

Mötesbok: Hälsa- och sjukvårdsnämnden (2019-03-28)

Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Datum: 2019-03-28

Plats: Martinsonsalen

Kommentar:

Dagordning

Val av justerare samt tid för justering

Godkännande av föredragningslista

Anmälan om protokolljustering

Information

Verksamhetsinformation

Intern budgetfördelning

Månadsrapport februari 2019

Vaccination mot humant papillomvirus (HPV) för pojkar

Svar på granskning av primärvården

Bemanningstal

Rätt använd kompetens (RAK)

Närakut

Levnadsvanemottagning

Plan för införande av kolorektalcancerscreening i Region Blekinge

Ärenden för beslut

§ 76/19 Intern budgetfördelning Hälso- och sjukvården 4

§ 77/19 Månadsrapport februari 2019 12

§ 78/19 Vaccination mot humant papillomvirus (HPV) för pojkar 17

§ 79/19 Utredning av ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser vid införandet av screening för tarmcancer 21

§ 80/19 Underlag för beslut om fortsatt drift av Levnadsvanemottagningen 28

§ 81/19 Svar på granskning av primärvården	34
§ 82/19 Svar på motion om GBS-provtagning	65
§ 83/19 Svar på motion angående inkluderande av färgblindhet i dagens glasögonbidrag för barn och unga	69
§ 84/19 Svar på motion om införande av "Grått arkiv"	72
§ 85/19 Svar på motion - Inför screening för att upptäcka tarmcancer	76
§ 86/19 Svar på motion gällande införande av psykiatrikonsult	79
§ 87/19 Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och sjukvårdsnämnden mars 2019	82
§ 88/19 Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och sjukvårdsnämnden mars 2019	89
§ 89/19 Igångsättningsbeslut Inhyrning av extern lokal	96
§ 90/19 Igångsättningsbeslut Investering Fastighetsförvärv	102
§ 91/19 Valärende Småland - Blekinge - Halland styrgrupp samt Brysselkontoret styrgrupp	109

Delegationsärenden

Beslutslogg

Anmälningsärenden

Övriga dokument

Sjukhusförvaltning
Åsa Jersheim

2019-03-20

Ärendenummer 2019/00673
Dokumentnummer 2019/00673-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Intern budgetfördelning inom Hälso- och sjukvården

Förslag till beslut

1. Att godkänna förslag till intern budgetfördelning inom Hälso- och sjukvården.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården har allvarligt ekonomiskt läge där budgeten beräknas vara mer än 200,0 mnkr lägre än föregående års utfall. Besparingar och effektiviseringar har fördelats och underskottet kan reduceras till 136,7 mnkr om samtliga besparingar får full effekt.

Budgetfördelningen per område och klinik har fördelats utifrån de gamla förvaltningarna och sedan bearbetats med hänsyn till den nya organisationen. Större omfördelningar mellan områden och kliniker har inte verkställts ännu, då omställningen till framtidens hälso- och sjukvård fortfarande håller på att ta form.

Bakgrund

Verksamhetsplan

Plan och budget är Region Blekinges huvudsakliga styrinstrument och ska vara styrande på alla nivåer i organisationen. Landstingsfullmäktige har beslutat att budgeten till Hälso- och sjukvårdens nämnd uppgår till 3 477 mnkr för år 2019.

	I	P	D	K	Totalt
41 Nära vård	-570 030	1 033 043	561 348	12 786	1 037 147
42 Specialiserad vård	-317 570	1 142 789	1 057 312	28 403	1 910 934
43 Medicinsk service	-334 135	186 076	144 800	15 476	12 217
44 HoS förvaltningsstab	-11 873	128 624	599 353	361	716 465
44 HoS tillkommande tilläggsbudget	0	-22 658	-11 027	-12 479	-46 164
44 HoS ofinansierad verksamhet	-31 830	-65 146	-56 107	-89	-153 172
Total budget Hälso- och sjukvården	-1 265 438	2 402 728	2 295 679	44 458	3 477 427
<i>(Anslagsfinansierad+intäktsfinansierad)</i>					

I ovan tabell redovisas budget för såväl anslagsfinansierad verksamhet som intäktsfinansierad verksamhet. Budgeten har fördelats utifrån intäkter, personal, drift och kapital.

I Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2019 beslutades budgetramar per område. Följande låg till grund för fördelningen av budgeten per område:

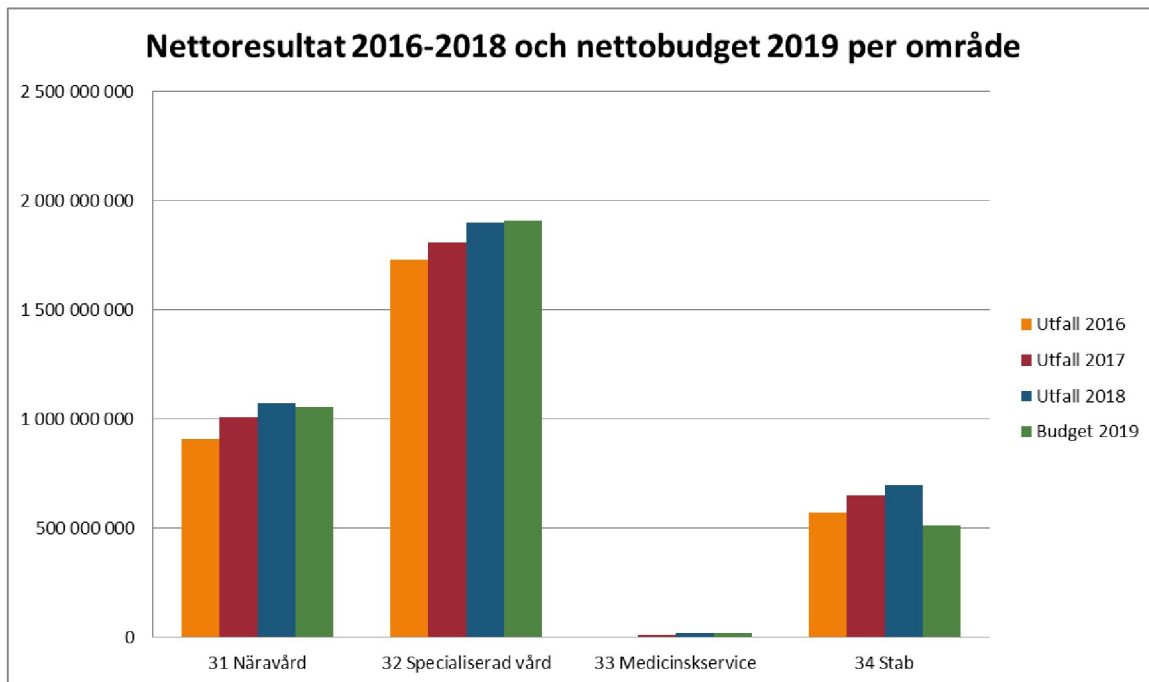
- Besparingskraven är fördelade per område och klinik.
- Tilläggsbudget för hyror, avskrivningar, nattkvot m.m. som ännu inte tilldelats Hälso- och sjukvården har fördelats per område/klinik för att budgeten ska fungera som styrmedel på område-/kliniknivå. Detta skapar ett tillfälligt underskott på förvaltningsstabens centrala ansvar.
- Effektiviseringskravet avser reducerat antal vårdplatser är ännu inte implementerad på områdesnivå utan ingår i raden HoS ofinansierad verksamhet temporärt. Hälso- och sjukvården fördelar alltså ut en större budget till områdena än den av regionfullmäktige beslutade budgetramen. Centralt uppstår ett underskott som i tabellen uppgår till – 153,1 mnkr.
- I samband med omorganisationen av hälso- och sjukvården har bland annat administrativa tjänster och anslag direkt hänförliga till sjukvård omfördelats till Hälso- och sjukvårdens förvaltningsstab i området 44.

Regionstyrelsen har efter det att verksamhetsplanen för Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställdes, beslutat om tilläggsbudget för köpt vård (14,3 mnkr), omfördelning av budget avseende digitaliseringsenheten (-7,6 mnkr), omfördelning av budget avseende ST-läkare utbildning (SPUR) (0,4 mnkr), tilläggsbudget för Microsoft licenser (1,0 mnkr), omfördelning avseende omorganisation (5,7 mnkr), tilläggsbudget för barnlots (0,6 mnkr) samt tilläggsbudget för ST-geriatrik (0,8 mnkr) .

Förändringarna innebär att Hälso- och sjukvårdensram uppgår till 3 492,5 mnkr, vilken är föreslås fördelas enligt följande.

Intern budgetfördelning inom Hälso- och sjukvården

Budgetfördelningen per område visualiseras i nedan diagram. I diagrammet finns jämförbara data avseende utfall för 2016-2018 samt budget för 2019. Diagrammet redovisar totalbudget och totalakostnader, utan hänsyn finansieringsform eller budgettyp. Budgeten för 2019 inkluderar inarbetade sparbetning.



Tabellen nedan redovisar den data som diagrammet utgår ifrån. Budgeten för 2019 är ca 200 mnkr lägre än föregående års utfall för hälso- och sjukvården, utan hänsyn tagen till avtalad kostnadsökning för köpt vård m.m..

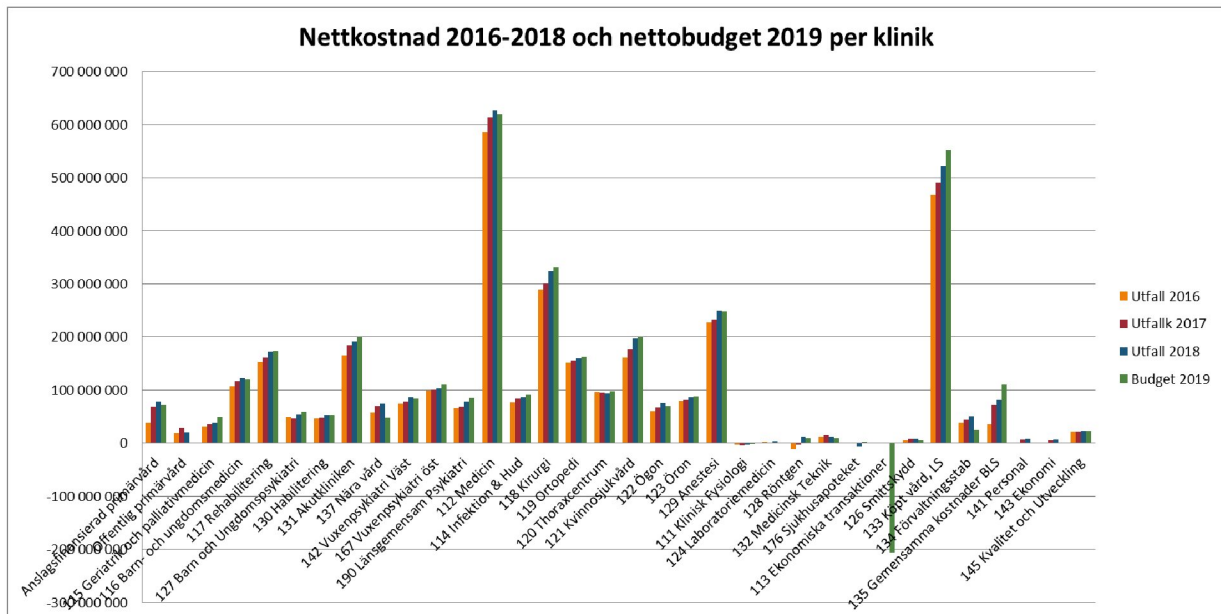
Område	Utfall 2016	Utfall 2017	Utfall 2018	Budget 2019
31 Närvård	907 519 347	1 006 831 867	1 071 850 472	1 053 029 298
32 Specialiserad vård	1 728 602 102	1 805 256 032	1 897 835 740	1 906 333 046
33 Medicinskservice	557 055	9 993 101	18 542 586	20 772 031
34 Stab	571 766 610	649 559 858	698 012 301	512 405 159
Total	3 208 445 115	3 471 640 859	3 686 241 100	3 492 539 535

Tabellen nedan redovisar samma data dock uppdelad utifrån externt och internt.

Område	Motpartstyp	Utfall 2016	Utfall 2017	Utfall 2018	Budget 2019
31 Närvård	Externt	1 107 143 828	1 183 336 247	1 241 400 090	1 053 031 398
31 Närvård	Internt	-199 624 481	-176 504 380	-169 549 618	0
32 Specialiserad vård	Externt	1 420 002 338	1 495 279 890	1 568 944 513	2 022 812 946
32 Specialiserad vård	Internt	308 599 764	309 976 142	328 891 227	-116 479 900
33 Medicinskservice	Externt	223 901 006	237 417 590	246 415 215	20 772 331
33 Medicinskservice	Internt	-223 343 951	-227 424 489	-227 872 629	-300
34 Stab	Externt	446 202 087	514 650 889	546 663 380	395 925 160
34 Stab	Internt	125 564 523	134 908 969	151 348 921	116 480 000
Total		3 208 445 115	3 471 640 859	3 686 241 100	3 492 539 535

Fördelningen av budgeten för 2019 har i grunden utgått från tidigare organisation och de fastställda sparbetet som tilldelats förvaltningarna. Därefter har budgeten splittats till den nya Hälso- och sjukvårdsorganisationen, där omfördelningar gällande palliativmedicin och geriatrik samt administrativa tjänster har genomförts. Arbetsättet har säkerställt att grundbudget, tillkommande budget från andra förvaltningar samt tilläggsbudget är rätt i ekonomisystemet.

I nedan diagram redovisas fördelningen per klinik och i efterföljande tabeller redovisas område tillsammans med klinik.



Diagrammet redovisar jämförbara data avseende utfall för 2016-2018 samt budget för 2019. I diagrammet redovisas den totala budgeten och de totalakostnaderna utan hänsyn finansieringsform eller budgettyp. Budgeten för 2019 inkluderar inarbetade sparbetet.

”Kliniken” ekonomiska transaktioner redovisar det underskottet för effektiviseringar som ännu inte är fördelat, med hänsyn till att utredningen avseende omfördelning och reducering av vårdplatser inte är klar. Här redovisas även obalansen som avser tilläggsbudget för hyror m.m., som ännu inte tillfallit Hälso- och sjukvården, men som fördelats per klinik för att göra budgeten rättvis ur styrningssynpunkt.

Område	Verksamhetsområde	Utfall 2016	Utfall 2017	Utfall 2018	Budget 2019
30 Näravård	Anslagsfinansierad primärvård	37 967 025	69 197 980	78 822 105	71 823 211
31 Näravård	Offentlig primärvård	19 573 617	28 203 191	19 802 333	0
31 Näravård	115 Geriatrik och palliativmedicin	31 580 414	35 492 980	38 138 769	49 276 755
31 Näravård	116 Barn- och ungdomsmedicin	107 860 297	116 425 167	122 071 004	120 204 892
31 Näravård	117 Rehabilitering	153 150 919	161 000 243	172 277 442	174 177 706
31 Näravård	127 Barn och Ungdomspsykiatri	49 116 731	46 238 457	53 346 413	58 432 312
31 Näravård	130 Habilitering	46 903 541	47 918 202	52 388 127	51 799 615
31 Näravård	131 Akutkliniken	164 663 822	184 656 024	191 495 854	199 599 120
31 Näravård	137 Nära vård	57 461 209	69 873 869	74 714 221	48 166 603
31 Näravård	142 Vuxenpsykiatri Väst	74 647 718	78 593 168	85 999 318	84 428 311
31 Näravård	167 Vuxenpsykiatri öst	98 821 927	99 917 107	103 888 901	110 176 054
31 Näravård	190 Läns gemensam Psykiatri	65 772 127	69 315 480	78 905 985	84 946 820
32 Specialiserad vård	112 Medicin	585 817 932	613 610 492	625 910 787	619 012 337
32 Specialiserad vård	114 Infektion & Hud	76 840 963	83 754 400	86 516 817	90 796 805
32 Specialiserad vård	118 Kirurgi	289 846 391	300 726 508	323 868 181	330 709 321
32 Specialiserad vård	119 Ortopedi	151 089 428	155 159 948	159 400 853	162 529 958
32 Specialiserad vård	120 Thoraxcentrum	95 805 373	94 284 367	93 848 428	97 936 012
32 Specialiserad vård	121 Kvinnosjukvård	161 806 541	176 051 127	197 143 800	199 724 701
32 Specialiserad vård	122 Ögon	60 525 724	66 708 450	75 170 194	70 174 945
32 Specialiserad vård	123 Öron	79 188 071	81 798 747	86 469 028	87 449 193
32 Specialiserad vård	129 Anestesi	227 681 682	233 161 994	249 507 652	247 999 775
33 Medicinsk service	111 Klinisk Fysiologi	-3 666 308	-4 182 601	-3 424 314	-539 121
33 Medicinsk service	124 Laboratoriemedicin	2 684 074	1 627 464	3 506 642	1 038 860
33 Medicinsk service	128 Röntgen	-11 544 510	-3 256 025	11 768 606	8 957 862
33 Medicinsk service	132 Medicinsk Teknik	12 620 857	14 266 994	12 344 202	9 540 779
33 Medicinsk service	176 Sjukhusapoteket	462 942	1 537 269	-5 652 550	1 773 652
34 Stab	113 Ekonomiska transaktioner				-205 455 052
34 Stab	126 Smittskydd	5 868 177	8 376 243	8 464 512	5 521 333
34 Stab	133 Köpt vård, LS	467 907 572	491 678 695	520 782 876	551 482 824
34 Stab	134 Förvaltningsstab	38 694 669	43 669 062	50 381 915	25 020 970
34 Stab	135 Gemensamma kostnader BLS	36 049 032	71 599 742	80 607 823	110 464 869
34 Stab	141 Personal	1 157 519	6 955 524	7 929 277	1 212 745
34 Stab	143 Ekonomi	488 319	5 653 470	6 872 997	748 815
34 Stab	145 Kvalitet och Utveckling	21 601 323	21 627 123	22 972 901	23 408 655
Total		3 208 445 115	3 471 640 859	3 686 241 100	3 492 539 535

Effektiviseringar enligt verksamhetsplan

Psykiatri och habilitering:

En kostnadseffektivisering på 1,5 % för psykiatri och habilitering innebär 6,2 mnkr.

Oberoende av inhyrd personal:

Under 2019 kommer enligt plan 2,85 årsarbetande ST-läkare bli klara specialister, detta innebär att motsvarande antal hyrläkare kan avslutas. Då hyrläkare kostar ca 2,8 mnkr per år och är ungefär dubbelt så dyra som egna specialister blir kostnadseffektiviseringen 4 mnkr. En helårseffekt på de specialistläkare som anställs under 2018 samt en beräknad minskad jourkostnad av inhyrd personal beräknas ge en kostnadseffektivisering med 0,5 mnkr.

Översyn av dömda enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård placerade i Kronoberg:

Under 2018 har ett arbete gjorts och där har framkommit att vissa av de patienter som idag vårdas enligt öppenvårds LRV sannolikt skulle kunna vårdas i Blekinge. En översyn av nuvarande patienter i Kronoberg visar en vårdtid på i snitt 6 år i slutenvården och 3 år i öppenvård. Ett arbete kommer att påbörjas under hösten 2018 för att försöka minska vårdtiderna inom slutenvården och ta hem de patienter inom öppenvården som verksamheten tror sig klara av. Detta kan under 2019 ge en kostnadseffektivisering på 1,0 mnkr. Detta förutsätter att det inte kommer fler dömda under 2019. Arbetet beräknas på sikt ge en större kostnadseffektivisering och framförallt blir det bättre för patienterna.

Arbete med sjukskrivning:

Psykiatri och habiliteringen har en hög sjukskrivning som ökat under 2018. Från 2015 och fram till 2017 har kostnaden för sjuklön och sjuklönstillägg varit ca 3,0 mnkr och prognosen för 2018 landar i dagsläget på 3,7 mnkr.

Om man genomför ett aktivt arbete med sjukskrivningen och kan få ner kostnaden till den nivå som varit under tidigare år medför det en kostnadseffektivisering på 700 tkr.

Primärvården

Primärvården redovisar ett underskott på -17,9 mnkr för verksamheten under 2018.

Effektiviseringsåtgärder motsvarande 1,5 % på primärvårdsförvaltningens prognos för 2018, skulle innebära reduceringar med 7,1 mkr utöver det budgetunderskott som finns. Med hänsyn till att framtidens hälso- och sjukvård kommer att innebära fokus på nära vård finns därför ett politiskt beslut att undanta effektiviseringsåtgärder inom primärvården. Primärvården förväntas dock utveckla sina arbetssätt och vidta åtgärder för att nå budget i balans 2019, vilket innebär krav på effektiviseringar. Under år 2019 förväntas det offentliga hälsovalet effektivisera verksamheten med 10,0 mnkr för att nå resultatet -14,7 mnkr.

Blekingesjukhuset

En kostnadseffektivisering på 1,5 % för Blekingesjukhuset innebär en besparing på 44 mnkr. Nedan följer förslag på åtgärder för en besparing på detta belopp.

Omfördela vårdplatser på Blekingesjukhuset

Effektiviseringar inom slutenvården har lett till kortare vårdtider, vilket i sin tur har lett till ett mindre behov av vårdplatser. En anpassning av vårdplatser har under de senaste åren gjorts på Blekingesjukhuset till dagens antal vårdplatser på 296.

Utifrån dagens arbetssätt är detta ett minimum för antal vårdplatser på Blekingesjukhuset. Ytterligare minskning av vårdplatser och omfördelning av vårdplatser sparar resurser. En minskning av antalet vårdplatser riskerar dock en högre beläggingsgrad på kvarvarande vårdavdelningar samt prioriteringar av patienter som ska vårdas på sjukhuset, men satsningar på mobila verksamheter och vård i hemmet kan sannolikt kompensera för vårdplatsminskning. till vi har ändrat arbetssätt och arbetar uppströms

En vårdplats på en vårdavdelning på Blekingesjukhuset kostar 1,4 mnkr per år inklusive fasta kostnader men exklusive overhead-kostnader.

Utav detta ingår personalkostnader per vårdplats på 1,0 mnkr. En minskning av antal vårdplatser påverkar kostnaden på kort sikt genom att rörliga kostnader så som personal, sjukvårdsmaterial och läkemedel sjunker. På kort sikt innebär en minskning av vårdplatser en besparing på drygt 1 mnkr per vårdplats och år. På längre sikt är besparingen större om effektivisering kan göras på de fasta kostnaderna så som lokalhyra och abonnemangskostnader för utrustning, städ etc.

Renodla Rehabkliniken

Rehabkliniken skulle kunna samla sin specialkunskap och specialiserade rehabilitering till Karlshamn, vilket skulle medföra effektiviseringsmöjligheter. Den akuta rehabiliteringen, t.ex. vid stroke, kan ändå vara kvar i Karlskrona. Utredning pågår.

Stängning av infektionsakuten

Idag finns en öppen infektionsakut vardagar, dagtid lokaliserat på infektionskliniken. Övrig tid hänvisas patienterna till akutmottagningen. Förslaget innebär att patienterna omhändertas hela dygnet, alla dagar på akutmottagningen. Innebär besparing på personal 0,5 mnkr.

Fördelen med infektionsakuten är närheten till vårdavdelningen och bakjournsstöd samt möjlighet för mottagningen att kombinera akutpatienter med annan verksamhet. Lokalerna är bra anpassade för vård av patienter med högsmittsamma sjukdomar.

Nackdelen är att ett flertal patienter redan idag kommer till vanliga akutmottagningen och att jourläkaren får arbeta på två ställen samtidigt samt att det är lång väg till intensivvård. Lokalerna på akutmottagningen är dock mindre lämpade för patienter med smittsamma sjukdomar även om de idag tar emot patienterna när infektionsakuten är stängd. Förbättrade isoleringsrum och förbättrade hygienrutiner behövs för att hålla hög vårdhygienisk standard för att inte sprida smittsamma sjukdomar. Förslaget kommer även innebära ett ökat tryck på akutmottagningen.

Upphandla näringspreparat för öppenvården

Nuvarande upphandling avser endast näringspreparat för slutenvården. En upphandling av öppenvårdsläkemedel skulle kunna innebära lägre kostnader. 10% lägre kostnad för näringspreparat i öppenvården innebär en besparing på 1,4 mnkr.

Hjälpmedelcentralen distribuerar inkontinenshjälpmedel

Förskrivning och kostnadsansvar är idag skilt åt. Inkontinenshjälpmedel förskrivs av primärvården medan kostnaden hamnar på barnkliniken respektive blekingesjukhuset centralt. En effektivare distribution skulle kunna uppnås genom att hjälpmedelcentralen tar över denna hantering. 10 % lägre kostnad för inkontinenshjälpmedel innebär en besparing på 1,3 mnkr för Blekingesjukhuset.

Besparingar enligt verksamhetsplan

Under 2018 har ett intensivt arbete gjorts för att reducera kostnaderna i Hälso- och sjukvårdens verksamheter. Detta arbete kommer att fortsätta under 2019 och följande åtgärder föreslås genomföras:

Optimera personalresurser för en personalbudget i balans där:

- bemanningstal och en effektivare användning av personalresurser på vårdavdelningar
- effektiviseringar i samband med vakanser
- standardiserade schemalägningsrutiner
- produktionsstyrning baserat på antal vårdplatser
- bemanning och fördelningstal på vårdavdelningar
- översyn arbetstidsmodeller

Som dessutom i sin tur medför:

- fortsatt minskning av hyrsjuksköterskor på vårdavdelningar och IVA
- fortsatt minskning av hyrläkare

Övriga åtgärder för en budget i balans:

- införande av ett apotekssystem, vilket är nödvändigt för att göra hanteringen av slutenvårdsläkemedel mer kostnadseffektiv. Ett apotekssystem anpassat för verksamheten frigör också ej värdeskapande tid för personalen
- minska fel i samband med provtagning (preanalytiska fel) genom utökat stöd från Klinisk kemi till verksamheten
- strategiska satsningar inom områden där vi med befintliga resurser kan ge ökad vård till utomlänspatienter. En effektivisering av operationsresurser kan ge ökade intäkter till Blekingesjukhuset inom thorax, gynekologisk cancer, kirurgi och ortopedi.
- standardisering av sjukvårdsartiklar för kostnadseffektivisering
- införande av kodningsteam, medicinska sekreterare med särskild kunskap om kodning/registering, skulle innebära att Region Blekinge skulle spara pengar. Rätt kodning är förutsättning för korrekt fakturering, och kunskap kring kodning är en förutsättning för att kunna granska utomlänsfakturor. Stickprov har visat att vi har mycket att tjäna på att systematiskt granska fakturor.

Besparingar	År 2019
Optimera personalresurser	15,0 mnkr
Hyrsjuksköterskor	5,0 mnkr
Hyrläkare	6,0 mnkr
Apotekssystem	1,0 mnkr
Preanalytiska fel	0,5 mnkr
Utomlänspatienter	7,5 mnkr
Kodningsteam	2,0 mnkr

Karlskrona enligt ovan

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Sjukhusförvaltning
Åsa Jersheim

2019-03-21

Ärendenummer 2019/00672
Dokumentnummer 2019/00672-2

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Månadsrapport februari 2019

Förslag till beslut

1. Att ta månadsrapporten till handlingarna.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården har en budget som beräknas vara 214,8 mnkr lägre än prognostiserat utfall för en oförändrad verksamhet. Under förutsättning att planerade effektiviseringar kan effektueras samt att besparingarna kan genomföras, begränsas underskottet till - 137,1 mnkr. Detta kommunicerades redan vid fastställandet av verksamhetsplanen för Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Förenklad månadsrapport

Hälso- och sjukvården behöver förändras med hänsyn till de behov, begränsningar och möjligheter som finns i framtiden. Vården behöver skapa förutsättningar

- för integrerade arbetssätt på olika vårdnivåer,
- för att arbeta processorienterat, för att minska variation,
- för att öka kunskapsstyrningen,
- för att skapa nya arbetssätt och strukturer som anpassas efter patienternas behov,
- för att arbeta ”uppströms”,
- för att öka kvalitet och minska behov av sjukhusvård.

Hälso- och sjukvården är en ny organisation som har omvandlats från de tidigare förvaltningarna Primärvård, Psykiatri och Rehabilitering samt Blekingesjukhuset, sedan ingången av 2019.

Organisationen är ung och förändringarna är i en inledande fas. Med en oförändrad verksamhet utan verksamhetsutveckling, besparingar, effektiviseringar, satsningar och kompensationer uppgår differensen mellan budget och matematiskt beräknat utfall till -214,7 mnkr.

Tabell 1. Matematiskt beräknat utfall 2019 vid oförändrad verksamhet jämfört med 2018

Kontoslag	Prognos helår 2019	Budget helår 2019	Prognos jmf budget 2019	Utfall helår 2018	Utfall helår 2017
Intäkter	-1 281 106	-1 275 502	5 604	-1 276 230	-1 281 204
Personal	2 565 226	2 407 685	-157 541	2 549 798	2 451 651
- Anställda	2 395 787	2 319 441	-76 346	2 379 121	2 249 706
- Inhyrda	132 588	54 397	-78 191	131 425	162 861
- Övrig personal	36 851	33 847	-3 004	39 253	39 084
Drift	2 365 304	2 314 423	-50 881	2 354 572	2 243 864
- Köpt vård	520 640	544 321	23 681	528 303	499 234
- Läkemedel öppenvård	341 639	353 407	11 767	340 709	315 111
- Läkemedel slutenvård	163 565	171 373	7 808	151 465	163 373
- Sjk.art & Med. Mtrl	205 693	206 775	1 081	201 465	189 911
- Lab/rtg undersökningar	302 415	309 187	6 771	299 454	295 838
- Hjälpmedel	45 747	43 607	-2 140	45 603	44 035
- Ankomstregistrerat		0	0	0	0
- Övrig drift	788 602	685 754	-102 847	787 574	736 362
Kapitalkostnad	57 906	45 934	-11 972	58 101	57 330
TOTALA INTÄKTER	-1 281 106	-1 275 502	5 604	-1 276 230	-1 281 204
TOTALA KOSTNADER	4 988 437	4 768 042	-220 395	4 962 471	4 752 845
NETTORESULTAT	3 707 331	3 492 540	-214 791	3 686 241	3 471 641

Förändrade arbets sätt kommer att ha en långsiktig positiv påverkan på den allvarliga ekonomiska situationen som Hälso- och sjukvården befinner sig i. För att hantera det ekonomiska läget kortsiktigt har besparingar och effektiviseringar arbetats fram inom samtliga delar av förvaltningen. Under förutsättning att de kan effektueras begränsas underskottet till - 137,1 mnkr, vilket också kommunicerades redan vid fastställandet av verksamhetsplanen för Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Tabell 2. Utfall 2019 vid full effekt av spar- och effektivitetsåtgärder.

Kontoslag	Prognos helår 2019	Budget helår 2019	Prognos jmf budget 2019	Utfall helår 2018	Utfall helår 2017
Intäkter	-1 236 506	-1 275 502	-38 996	-1 276 230	-1 281 204
Personal	2 484 326	2 407 685	-76 641	2 549 798	2 451 651
- Anställda	2 332 387	2 319 441	-12 946	2 379 121	2 249 706
- Inhyrda	115 088	54 397	-60 691	131 425	162 861
- Övrig personal	36 851	33 847	-3 004	39 253	39 084
Drift	2 365 304	2 314 423	-20 585	2 354 572	2 243 864
- Köpt vård	529 940	544 321	14 381	528 303	499 234
- Läkemedel öppenvård	341 639	353 407	11 767	340 709	315 111
- Läkemedel slutenvård	161 165	171 373	10 208	151 465	163 373
- Sjk.art & Med. Mtrl	205 693	206 775	1 081	201 465	189 911
- Lab/rtg undersökningar	301 915	309 187	7 271	299 454	295 838
- Hjälpmedel	45 747	43 607	-2 140	45 603	44 035
- Ankomstregistrerat		0	0	0	0
- Övrig drift	748 909	685 754	-63 155	787 574	736 362
Kapitalkostnad	46 406	45 934	-472	58 101	57 330
TOTALA INTÄKTER	-1 236 506	-1 275 502	-38 996	-1 276 230	-1 281 204
TOTALA KOSTNADER	4 896 037	4 768 042	-97 699	4 962 471	4 752 845
NETTORESULTAT	3 659 531	3 492 540	-136 695	3 686 241	3 471 641

Kostnadsutvecklingen var 4,4 % under 2018 och för 2019 beräknas den till - 0,0 % (antag 2,2 % lönerrevision). Nettokostnadsutvecklingen var 6,2 % under 2018 medan den beräknas till 0,6 % för 2019. Lägre intäkter förklarar skillnaden mellan kostnadsutvecklingen och nettokostnadsutvecklingen, där statsbidrag, ersättning för färdigbehandlade patienter samt asylintäkter saknas.

Tabell 3. Utfall efter januari och februari 2019

Kontoslag	Utfall ackumulerat	Budget ackumulerat	Utfall jmf budget ackumulerat	Utfall fg år ackumulerat	Utfall 19 jmf utfall 18 ackumulerat
Intäkter	-195 113	-212 319	-17 207	-190 236	4 876
Personal	441 869	401 317	-40 552	426 538	-15 331
- Anställda	417 355	386 573	-30 781	400 688	-16 667
- Inhyrda	21 613	9 066	-12 546	20 449	-1 164
- Övrig personal	2 902	5 677	2 775	5 401	2 499
Drift	388 491	388 270	-221	377 758	-10 734
- Köpt vård	84 000	90 722	6 722	91 663	7 663
- Läkemedel öppenvård	60 665	58 901	-1 763	59 734	-931
- Läkemedel slutenvård	25 448	28 563	3 115	13 348	-12 100
- Sjk.art & Med. Mtrl	32 610	34 465	1 855	28 381	-4 229
- Lab/rtg undersökningar	52 053	51 617	-436	49 093	-2 961
- Hjälpmedel	7 237	7 940	702	7 093	-144
- Ankomstregistrerat	6 870	0	-6 870	9 866	2 996
- Övrig drift	119 608	116 062	-3 546	118 580	-1 028
Kapitalkostnad	9 363	7 656	-1 707	9 558	195
TOTALA INTÄKTER	-195 113	-212 319	-17 207	-190 236	4 876
TOTALA KOSTNADER	839 724	797 243	-42 481	813 854	-25 870
NETTORESULTAT	644 611	584 923	-59 687	623 617	-20 994

För de två första månaderna under 2019 har kostnaderna endast ökat med 3,1 % vilket kan jämföras med kostnadsutvecklingen på 6,4 % föregående år. Anledningen till att nettoresultatet avviker markant från budgeterat nettoresultat är att semestereffekten påverkar, att det saknas budgetkompensationer och att planerade besparingar endast fått begränsad effekt.

Tabell 4. Beräknad budgetavvikelse efter schablonberäkningar (helår)

Budgetavvikelse oförändrad verksamhet	-214 695 169
Besparingar	87 200 000
Delsumma	-127 495 169
Tilläggsanslag/förändringar	
Avsaknad statsbidrag	-49 000 000
Besparing inom Regionservice	10 000 000
Färre listade patienter offentligt hälsoval	-3 100 000
Kompensation avskrivningar	11 500 000
Kompensation hyror	16 300 000
Kompensation köp/sälj	9 000 000
Kompensation nattkvot	10 300 000
Kompensation utbildningsanställningar	10 000 000
Köpt vård - prisökning (budgeterad)	-12 000 000
Levnadsvanemottagningen	2 500 000
Tillkommande administration omorganisationen	-16 000 000
Tilläggsanslag första linjens psykiatri	1 300 000
Summa budgetavvikelse efter schablon beräkningar	-136 695 169

En oförändrad verksamhet beräknas avvika från budget med 214,7 mnkr, då årets två första månader summeras med kostnaderna för mars tom. december 2018. Planerade besparingar uppgår till 87,2 mnkr och begränsar budgetavvikelsen till – 127,5 mnkr.

Tilläggsanslag och förändringar som påverkar resultatet är följande:

- Lägre intäkter för statsbidrag, färdigbehandlande patienter och asylsättning beräknas påverka resultatet med – 49,0 mnkr.
- Besparingen som är ålagd Regionservice påverkar sänker de interna kostnaderna för tjänsteköp med 10,0 mnkr.
- Färre listade patienter vid de offentliga vårdcentralerna ger lägre intäkter med 3,1 mnkr.
- Kompensation för avskrivningar beräknas till 11,5 mnkr.
- Kompensation för hyror beräknas till 16,3 mnkr.
- Kompensation för löneökning säljande verksamheter beräknas till 9,0 mnkr.
- Kompensation för nattkvot beräknas till 10,3 mnkr.
- Kompensation för utbildningsanställningar beräknas till 10,0 mnkr.
- Tilläggsbudget för levnadsvanemottagningen uppgår till 2,5 mnkr.
- Omorganisation av administration i samband med den nya organisationen innebär utökade kostnader med 16,0 mnkr (mar-dec). (Budgeterad omfördelad till Hälso- och sjukvården.)
- Tilläggsbudget för första linjens psykiatri uppgår till 1,3 mnkr.

Övriga satsningar i regionplanen som avser Hälso- och sjukvård förväntas inte påverka nettoresultatet och budgetavvikelsen, då det är utökningar av verksamhet som innebär att budget motsvarar kostnaderna och är lika stora.

Karlskrona enligt ovan

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2019-02-12
Bengt Wittesjö

Ärendenummer 2019/00278
Dokumentnummer 2019/00278-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Vaccination mot humant papillomvirus (HPV) för pojkar

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslås besluta att föreslå regionstyrelsen att föreslå regionfullmäktige

1. att Region Blekinge följer FoHM:s rekommendation om att införa HPV-vaccination för pojkar i årskurs 5-6.

Sammanfattning

HPV är en mycket smittsam könssjukdom som ger upphov till kondylom hos både pojkar och flickor, livmoderhalscancer hos kvinnor samt cancer i ändtarm, svalg och penis hos män.

Vaccination mot HPV erbjuds flickor i barnvaccinationsprogrammet sedan 2010, i första hand för att förebygga förekomst av livmoderhalscancer.

För att bryta smittkedjan och minska risken för andra HPV-orsakade cancerformer hos män bör vaccination även erbjudas pojkar. Detta bidrar även till minskad ojämlikhet mellan kön och familjer med olika ekonomiska möjligheter.

Region Blekinge och länets kommuner bör följa FoHM:s rekommendation och föreslås föregå regeringsbeslut om att införa HPV-vaccination för pojkar i årskurs 5-6.

Bakgrund

Sjukdomsinformation om HPV-infektion

Humant papillomvirus (HPV) är den vanligaste sexuellt överförbara infektionen i Sverige och övriga världen.

HPV-infektionen ger i de flesta fall inga symptom och läker ut av sig själv. Men infektionen kan också ge upphov till könsvärtor som kallas kondylom eller gynekologiska cellförändringar som kan leda till livmoderhalscancer.

Vad orsakar HPV-infektion och hur sprids det?

Humant papillomvirus är en grupp virus som omfattar mer än 100 olika typer varav cirka 40 kan orsaka kondylom (könsvärtor). HPV ligger även bakom de flesta fall av cellförändringar på livmoderhalsen där vissa kan vidareutvecklas till cancer. Minst 14 HPV typer klassificeras som högriskvirus och kan orsaka livmoderhalscancer och vissa andra cancerformer såsom cancer i ändtarmen, penis och tonsiller.

Papillomvirus smittar via direkt fysisk kontakt. De som drabbar könsorganen smittar då vanligen via samlag. Inkubationstiden anges till omkring två till tre månader för kondylom men för allvarliga cellförändringar och cancer ligger infektionen många år eller årtionden tillbaka i tiden. HPV är mycket smittsamt och de flesta människor infekteras med en eller flera olika typer av viruset någon gång i livet.

Kondylom

Kondylom sitter på eller i könsorganen. Oavsett lokaliseringen får man räkna med att virus finns överallt på slemhinnorna också i ändtarmsöppningen (anus) och i sällsynta fall även i munhålan. Om man varit fri från kondylom fyra till sex månader är det sannolikt att vårtvirusinfektionen har läkt ut och att man inte är smittsam. Man kan dock bli smittad igen med en ny HPV-typ.

Förebyggande åtgärder

Kondom utgör ett relativt säkert skydd mot sexuellt överförd HPV men smittan kan även överföras vid hudkontakt.

I Sverige kallas alla kvinnor från 23 till 50 år till gynekologisk cellprovskontroll vart tredje år. Mellan 50 och 64 år glesas kontrollerna ut till vart femte år. Cellprovskontroller är ett effektivt sätt att upptäcka cellförändringar och förebygga livmoderhalscancer. Antalet fall av livmoderhalscancer har mer än halverats sedan kontrollerna infördes på 1960-talet.

Vaccination mot HPV

Det finns numera tre vacciner mot HPV (Cervarix, Gardasil 4 och Gardasil 9). Alla vaccinerna skyddar mot HPV typ 16 och 18. Det är dessa typer som är vanligast bland de kvinnor som drabbas av livmoderhalscancer (omkring 70 procent av cancerfallen).

Gardasil 4 skyddar också mot HPV typ 6 och 11 vilka orsakar 90 procent av alla fallen av kondylom (könsvärtor) och Gardasil 9 mot ytterligare 5 HPV-typer. Vaccinerna läker inte ut en redan befintlig infektion och ska därför helst ges innan sexualdebuten.

HPV är vanligt i hela världen. I december 2014 hade över 60 av världens länder infört vaccinationsprogram mot HPV-infektion.

Sedan den 1 januari 2010 är vaccinering mot HPV införd i barnvaccinationsprogrammet i Sverige. Vaccin erbjuds i skolhälsovården till flickor i årskurs 5-6. Cirka åtta av tio flickor födda 2002 och 2003 är vaccinerade med minst en dos vaccin.

HPV-vaccin ingår i högkostnadsskyddet för kvinnor upp till 26 års ålder. Äldre kvinnor, pojkar och män får själva bekosta vaccinationen.

Catch-up vaccination

I Sverige erbjöds alla flickor födda 1993–1998 kostnadsfri vaccination med start 2012 i ett ikappvaccinationsprogram, så kallad catch-up, i landstingens regi. I september 2014 varierade vaccinationstäckningen i landstingen för en dos av HPV-vaccin i catch-up-programmet mellan 49 och 84 procent, enligt en utvärdering från Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten (FoHM) rekommenderar HPV-vaccination för pojkar

Det finns vetenskapligt underlag som visar att HPV-vaccin skyddar även unga män mot kondylom samt förstadier av cancer i ändtarmsöppningen (analcancer) och peniscancer. FoHM publicerade 2017 ett kunskapsunderlag där HPV-vaccination av pojkar bedöms hälsoekonomiskt motiverat motsvarande 375 tkr per vunnet livskvalitetsjusterat levnadsår (QALY) med utgångspunkt för det vaccin som hittills använts. Man räknar med att vaccination av pojkar kan förebygga cirka 120 cancerfall årligen varav hälften bland pojkar (motsvarar för Blekinges del en pojke och en flicka per år). Ett beslutsunderlag är lämnat till regeringen för beslut om att vaccinet ska ingå i det allmänna barnvaccinationsprogrammet.

I Danmark, Norge, Storbritannien, Österrike, Liechtenstein, USA, Australien och delar av Kanada ingår HPV-vaccination av pojkar i allmänna vaccinationsprogram.

Kostnad för HPV-vaccination av pojkar

HPV-vaccinet (Gardasil 4) är upphandlat nationellt och enligt FoHM:s beräkningar skulle den totala kostnaden för vaccin och elevhälsans insatser hamna på cirka 17,6 miljoner kronor, motsvarande cirka 330 tkr/år för Blekinges del (240 tkr för vaccinet och 90 tkr för elevhälsan). Om catch-up vaccination skulle erbjudas pojkar 13-18 år skulle det kosta 1,5-2 miljoner kronor förutsatt att alla pojkar accepterar vaccinationserbjudandet. Dessa siffror är beräknade utifrån det vaccin som varit upphandlat fram till och med 31/8 2019.

Därutöver krävs en överenskommelse mellan regionen och länets kommuner angående kostnadsfördelning och genomförande.

Från och med 1/9 2019 gäller ny nationell upphandling av HPV-vaccin (Gardasil 9) som täcker in ett större antal HPV-virus. Alla flickor kommer därefter att vaccineras med detta vaccin. Upphandlingen är överklagad till Kammarrätten varför priset än så länge är hemligt. Man får dock utgå från att vaccinkostnaden kommer att bli högre jämfört med nuvarande vaccin.

Genomförande av beslut

Ett eventuellt beslut att införa HPV-vaccination av pojkar förutsätter att länets kommuner samtidigt tillser att skolsköterskorna får möjlighet att genomföra vaccinationerna på samma sätt som för flickorna.

Bedömning

För att bryta smittkedjan och minska risken för andra HPV-orsakade cancerformer hos män bör vaccination även erbjudas pojkar. Detta bidrar även till minskad ojämlikhet mellan kön och familjer med olika ekonomiska möjligheter.

Region Blekinge och länets kommuner bör följa FoHM:s rekommendation och föreslås föregå regeringsbeslut om att införa HPV-vaccination för pojkar i årskurs 5-6.

Karlskrona enligt ovan

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bengt Wittesjö
Smittskyddsläkare

Utvecklingsavdelningen
Mia Dreier

2019-03-18

Ärendenummer 2018/01100
Dokumentnummer 2018/01100-2

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Plan för införande av kolorektalcancerscreening - verksamhetsmässiga och ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslås besluta

1. att hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att starta screening för kolorektalcancer med början 2020, där screening erbjuds alla kvinnor och män mellan 60 och 74 års ålder. Screeningen ska vara fullt införd december 2025.
2. att hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att säkra att Region Blekinge ansluter sig till nationellt kallelsesystem.
3. att hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att säkra att Region Blekinge använder sig av nationella kvalitetskriterier för koloskopi.
4. att hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att, under införandeperioden, återkomma till hälso- och sjukvårdsnämnden med en årlig statusrapport/utvärdering av införandet av screening för kolorektalcancer i Region Blekinge.

Sammanfattning

I detta underlag föreslås Region Blekinge införa screening för kolorektalcancer med början första kvartalet 2020. Screening ska erbjudas alla kvinnor och män mellan 60-74 års ålder och ska vara fullt införd december 2025, med start i de yngre åldersgrupperna (60 år). De medel som redan finns avsatta i budget för 2019 (3 mnkr), 2020 (1,5 mnkr) och 2021 (1,5 mnkr) antas täcka de merkostnader som införandet medför under dessa år. En kostnadstopp beräknas infalla 2024, vilket framtida budgetberedningar under 2021 och framåt bör beakta. Sju år efter införandet väntas screeningkostnaderna täckas av besparingar i behandlingkostnader.

Aspekter som har beaktats i underlaget rör förutsättningar för en effektiv endoskopiverksamhet av god kvalitet. Underlaget behandlar också möjliga samverkansvinster på nationell nivå, t.ex. system för att kalla patienter till screening, gemensam funktion för provanalyser eller möjlighet till kvalitetsregistersatsning för att förbättra förutsättningar för kvalitetsutveckling och forskning inom kolorektalcancerområdet. Frågor som endoskopikompetens, tillgång till endoskopister och assistenter, anpassade lokaler, förväntad ökning av provanalyser av tarmvävnad och polypborttagning/ingrepp, utbildningsmöjligheter för skopister och assistenter, tänkbara undanträngningseffekter och kostnader kopplade till ovan nämnda områden behandlas mer ingående i den bilagda planen för införande.

Landstingsstyrelsen beslutade 2018-09-24 att påbörja populationsbaserad screening för kolorektalcancer för personer mellan 60-74 år i Landstinget Blekinge med start 2019. Samtidigt fick landstingsdirektören uppdraget att utreda vilka ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser som införandet av screening för kolorektalcancer innebär för Landstinget Blekinge. Dessa har därför särskilt beaktats i planen för införandet.

Bakgrund

År 2018 tog Region Blekinge beslut om att 2019 påbörja införande av kolorektalcancerscreening för åldersgrupperna 60-74 år, samtidigt som landstingsdirektören fick uppdrag att återredovisa verksamhetsmässiga och ekonomiska konsekvenser av implementeringen av kolorektalcancerscreening. Socialstyrelsen rekommenderade ”Screening för tjock- och ändtarmscancer” 2014. Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan presenterade sin slutrapport och rekommendation i februari 2018. I den föreslås att screening påbörjas 2019 för åldersklasserna 60-74 år.

Kolorektalcancer är den tredje vanligaste cancersjukdomen i Sverige och 2017 diagnostiserades 6 627 patienter varav 151 i Blekinge. Årligen dör 2 700 patienter av sjukdomen. Evidensläget för att rädda liv med screening för kolorektalcancer är gott.

Fördjupad ärendebeskrivning

Verksamhetsmässiga konsekvenser

Syftet med införandet av kolorektalcancerscreening i landet är att tidigt upptäcka och åtgärda avvikelser som i förlängningen kan leda till cancersjukdom. Införandet av koloskopiscancerscreening i åldersgruppen 60-74 år kommer att innebära en ökning av provtagningar och koloskopier, det kräver system för kallelser och provanalys och för att följa upp kvaliteten i kolorektalcancerarbetet krävs relevanta och gärna nationellt överenskomna kvalitetsindikatorer.

Ökat antal endoskopier innebär ökat behov av endoskopister och assistenter

Det kommer att föreligga behov av ökat antal erfarna koloskopister och assistenter både för att klara screeningen av kolorektalcancer, men även för att möta framtidens krav på ökade endoskopivolymer. I Region Blekinge utförs idag koloskopier av kirurger, specialistutbildade sjuksköterskor och gastroenterologer. De olika verksamheterna behöver planeras och organiseras så att tillräckligt med endoskopister finns utbildade och särskilt dedikerade för screeningkoloskopier. Blekinge Tekniska Högskola planerar att starta en endoskopiutbildning för sjuksköterskor under vårterminen 2020. Det är angeläget att sjuksköterskor från Region Blekinge deltar i denna utbildning. Parallellt finns ett kontinuerligt vidareutbildningsbehov för befintliga koloskopister och assistenter för att säkra den fortsatta kvaliteten på koloskopierna.

Ökat behov av bedömningar av prov från tarmslemhinnan

Vid omkring en tredjedel av koloskopierna tas provbitar från slemhinnan eller hela polyper bort. För Region Blekinge skulle det innebära ytterligare 60-70 bedömningar av patologen årligen, förutom de år med puckeleffekt då de förväntas bli ca 90 st. Antalet är hanterbart enligt företrädare för patologen.

Ökat behov av att operera kolorektalcancer

Under screeningens första år kommer relativt fler tysta tarmcancrar att upptäckas, vilket initialt kommer att kräva fler kirurgiska operationer. Med tiden innebär screeningen att antalet avancerade cancrar blir mer sällsynta vilket kommer att minska behovet av mer avancerad tarmkirurgi.

Skapa möjligheter för kvalitetsutveckling och vidare forskning

Nationellt förs diskussioner om implementering av det nationella kvalitetsregistret för koloskopi, SveReKKS, vari alla koloskopier kommer att registreras. Registret är en källa till forskning och som synkroniseras via regionala styrgruppen. Framför allt inbjuder registret till lokala kvalitetsförbättringsprojekt. Här är det viktigt att Region Blekinge deltar.

Möjliga undanträngningseffekter

Möjliga undanträngningseffekter på övrig mottagningsverksamhet kan ske om koloskopikompetensen inte räcker till. Gastroenterologerna kan också bli en bristkompetens om de ska involveras ytterligare i koloskopiverksamheten, vilket är önskvärt. Redan idag pågår rekryteringsinsatser för att öka tillgången till gastroenterologer.

Nuvarande kösituation

Under 2019 sker en särskild satsning gällande aktuell kösituation för koloskopi i länet. Ett av målen för kösatsningen är att koloskopiväntelistan reduceras så att screeningverksamheten kan ta sin start 2020. Arbetet med utökade koloskopitider är redan uppstartat. Redan idag kan vi konstatera att en minskning av köerna har skett sedan årsskiftet.

Behov av ändamålsenliga lokaler för endoskopiverksamhet

Modern endoskopi kräver förutom utrustning och dedikerad personal, även ändamålsenliga och sammanhållna lokaler. Arkitektur och inredning av salar och övervakningsplatser bör planeras så att ca 4-6 endoskopier kan utföras samtidigt. En framtida särskild endoskopienhet kan vara en väg att gå för att möjliggöra en mer omfattande endoskopiverksamhet av hög kvalitet i Blekinge. Lokalfrågan bör hanteras i samband med om- och nybyggnationer av hälso- och sjukvårdens övriga lokaler de närmaste åren.

Behov av samordning av kolorektalcancerscreeningverksamhet

Det finns behov av en funktion som leder införandet och den fortsatta samordningen av screeningsverksamheten. Arbetsgruppen skattar den insatsen till ca 100 % tjänst från och med 1 september 2019 till december 2020, därefter till ca 50 % tjänst. Informations- och utbildningsinsatser till involverad personal behöver också initieras under hösten 2019, vilket utgör ytterligare ett uppdrag för denna samordningsfunktion.

Ekonomiska konsekvenser

Screening för kolorektalcancer kräver ökade resurser till i första hand koloskopi. Under de första 5-6 åren överstiger kostnaden för screeningprogrammet de minskade kostnaderna för sjukvård. Från år sju kommer screeningprogrammet att täcka sina egna kostnader genom minskade sjukvårdskostnader och från det nionde året minskar sjukvårdskostnaderna för kolorektalcancer med en summa som är nästan dubbelt så hög som screeningkostnaden per år.

Kostnaderna för det gemensamma nationella kallelssystemet, GAS, kommer att vara 400 000 kr/år för hela södra sjukvårdsregionen. Summan kommer att fördelas på befolkningens mängden i regionerna och skattas då till ca 50 000 kr/år för Region Blekinge.

Hälso- och sjukvårdsnämnden finansierar förberedelserna inför start av screening under 2019 med 3 miljoner kronor, dels för att arbeta bort nuvarande köer och dels för att förbereda och samordna uppstarten av screeningverksamheten. Medel på 1,5 miljoner/år finns avsatta för år 2020 och 2021. De avsatta medlen för åren 2019-2021 beräknas täcka de extra kostnader som införandet av screeningverksamheten kommer att medföra. Kostnader för 2022-2024 ska beaktas inom ramen för den årliga budgetprocessen år 2021 och framåt. Kostnaderna beräknas nå sin topp år 2024 innan vinsterna successivt utjämnar kostnaderna.

Nyttoeffekter

Nyinsjuknandet i kolorektalcancer har ökat för både kvinnor och män i stort sett varje år sedan 1970. Kolorektalcancer är en av de cancersjukdomar som i Sverige leder till flest dödfall per år.

Evidensläget för att rädda liv med screening för kolorektalcancer är gott. Med den föreslagna screeningen av kolorektalcancer räknar man med att cirka 300 personer per år i Sverige slipper förtida död i cancerformen, vilket för Blekinge innebär cirka 7 personer per år. Screeningen leder även till att cancer hittas tidigare, blir enklare att operera bort och därmed minskar lidandet för berörda personer och deras närstående. På sikt kommer förekomsten av avancerad cancersjukdom att minska och därmed behovet av onkologisk behandling såsom cellgifter och strålbehandling, vilka i sig utgör kostsamma insatser.

Kommunikation

Kommunikationsinsatser behöver göras på olika nivåer till olika intressenter. Information till medborgare och allmänheten initieras hösten 2019. Viktigt att öka kunskapen och medvetenheten hos allmänheten om varför screening införs för dessa riktade åldersgrupper. Samarbete pågår i södra sjukvårdsregionen genom Regionalt cancercentrum Syd (RCC Syd) gällande vilken information vi bör gå ut med till våra medborgare. Riktad information till professionen planeras under hösten 2019. Regionens kommunikationsenhet ingår i arbetsgruppen och deltar i planeringen av införandet.

Genomförande av beslut

Hälso- och sjukvårdsdirektören får uppdraget att verkställa förslagen till beslut. Under 2019 har regionstyrelsen avsatt 3 mnkr till hälso- och sjukvårdsnämnden för att minska köerna till koloskopi, vilket inkluderar initieringen av screeningverksamheten. Motsvarande summa för 2020 respektive 2021 är 1,5 mnkr per år. Region Blekinge bör samverka med och dra nytta av samarbetet inom Södra regionvårdsnämnden, Regionalt Cancercentrum Syd (RCC Syd) och RCC nationellt i införandet av kolorektalcancerscreening.

Beredning

Region Blekinge har samarbetat med såväl södra regionvårdsnämnden och Regionalt Cancercentrum Syd i ärendeberedningen. Medarbetare från Region Blekinge har deltagit aktivt i den regionala styrgruppen för införande av kolorektalcancerscreening i södra regionen. Statistiska beräkningar och simuleringsmodell för införande av kolorektalcancerscreening över tid har genomförts av Sixten Borg, statistiker i Region Skåne. Verksamhetsrepresentanter från kirurgkliniken, medicinkliniken, patologen och representanter från HR-funktion, ekonomifunktion, kommunikationsfunktion och verksamhetsstrategisk funktion har deltagit i planering och förarbete.

Bedömning

Ett beslut om införande av kolorektalcancerscreening i Region Blekinge fattades redan under 2018. Utifrån bifogat underlag för införande av kolorektalcancerscreening i Region Blekinge, där

verksamhetsmässiga och ekonomiska konsekvenser presenteras föreslås en införandetakt på ca 5 år med start år 2020. Rapporten föreslår också att Region Blekinge drar nytta av det nationella kallelsesystemet och att vi ansluter oss till användandet av nationella kvalitetsindikatorer – en viktig aspekt för att följa våra egna kvalitetresultat över tid, kunna jämföra oss med andra regioner och för att möjliggöra fortsatt forskning inom området. En förutsättning för att kunna bedriva kolorektalcancerscreening på ett säkert och effektivt sätt över tid är att koloskopiverksamheten kan verka i mer funktionsenliga lokaler. Viktigt att förbereda för en kommande kostnadstopp omkring år 2024 i kommande budgetberedningar.

Karlskrona enligt ovan

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga

- Plan för införande av kolorektalcancerscreening i Region Blekinge – verksamhetsmässiga och ekonomiska konsekvenser.

Utvecklingsavdelningen

2019-03-13

Ärendenummer 2016/00256

Gerthi Persson

Dokumentnummer 2016/00256-10

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Underlag för beslut om permanent drift av Levnadsvanemottagningen 2020

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslås besluta

1. att regionstyrelsen föreslås besluta att tillskjuta medel för att permanenta levnadsvanemottagningens verksamhet motsvarande 2,5 miljoner kronor från och med 2020.
2. att regionstyrelsen föreslås skicka frågan om utökade medel från och med 2020 vidare till budgetberedning.
3. att ge hälso- och sjukvårdsdirektören uppdraget att permanenta och vidareutveckla levnadsvanemottagningen under förutsättning att finansieringen om 2,5 mnkr bibehålls.
4. att begära budgetförstärkning av regionstyrelsen motsvarande 0,6 mnkr för en utökad kompetens av socionom 50 % och fysioterapeut 50 %.

Sammanfattning

Levnadsvanemottagningen startade hösten 2016 efter att ett behov identifierats av ett ökat stöd till personer med svår levnadsvaneproblematik. Mottagningen har utvärderats utifrån arbetssätt och åtgärdsresultat. Verksamheten visar på en kostnadseffektiv intervention, hälsoekonomiska vinster och goda resultat för såväl individ, som hälso- och sjukvård och samhälle.

Pilotprojektet genomfördes först från september 2016 till december 2017 med beslut om en första förlängning under 2018. Projektet har därefter ytterligare förlängts till och med 2019-12-31. Beslut ska nu tas om mottagningens fortsatta existens och finansiering.

Bakgrund

Levnadsvanemottagningen är resultatet av ett identifierat behov av ett utökat stöd till individer med en svår levnadsvaneproblematik. Ett stöd som underlättar för övriga verksamheter att ta sitt ansvar i arbetet med att förebygga ohälsosamma levnadsvanor tillsammans med patienterna. Verksamheten tog emot de första patienterna i december 2016 och har finansiering att drivas i projektform till och med 2019-12-31. Förutom att tillgodose behovet av utökat stöd till levnadsvaneförändringar är syftet att främja och säkra en större följsamhet till vårdprogrammet för levnadsvanor hos landstingets övriga verksamheter med uppdrag att aktivt bidra till bättre levnadsvanor och hälsa hos Blekinges invånare. Vårdprogrammet finns att se under ”Ytterligare information”.

På den korta tid som mottagningen har varit igång har ett hundratal patienter fått stöd och flertalet visar förändringar som över en sexmånadersperiod varit bestående. De positiva förändringarna har visat sig i ett bättre mående och minskade riskfaktorer att drabbas av sjukdom.

Personalens kompetens, arbetssätt och det personcentrerade förhållningssättet är de framgångsfaktorer som har kunnat identifieras utifrån patienters utsagor. Teamet har erbjudit individuella och gruppaktiviteter där teori och praktik blandas. Under processen har patienten varit delaktig genom att sätta delmål och mål utifrån egna önskemål och förutsättningar. Utifrån satta mål bestäms vilka aktiviteter som ska utföras, av patienten själv och med hjälp av teamet i en hälsoplan, ett tydligt exempel på ett patientkontrakt.

Levnadsvanemottagningen är en satsning som visar vägen till en ökad hälsofrämjande och jämlik vård med fokus på de grupper i samhället som har stora behov av stöd. De hälsoekonomiska beräkningar som genomförts visar på vinster för såväl individ, som hälso- och sjukvård och samhälle. Mottagningens verksamhet och insatser har konstaterats vara kostnadseffektiva.

Fördjupad ärendebeskrivning

En utförlig utvärderingsrapport skrevs i maj 2018 som underlag för verksamhetens fortsatta existens. Rapporten går att läsa via länken under ”Ytterligare information”. Nedan redovisas kompletterande information som tillkommit sedan rapporten skrevs.

Remissflöde

Fram till i februari 2019 har mottagningen tagit emot 276 remisser varav hälften har remitterats från specialistvård, 2 procent från psykiatri och övriga från primärvård. En tredjedel av remisserna har direktbesvarats (återremitterats) på grund av ofullständiga remisskriterier, vilket är ett lärande i sig för att förbättra vårdkedjan i hela regionen. Remisserna har efterhand visat sig bli mer och mer fullständiga. Två tredjedelar av patienterna är kvinnor och knappt hälften av patienterna bor i östra Blekinge, vilket talar för att patienterna är väl motiverade att åka en sträcka för att få stöd. För tillfället finns det 95 patienter som har en pågående intervention via mottagningen.

Arbetsrutiner och uppföljning

Under det första året erbjuds patienten kontinuerlig kontakt via telefon och individuella besök. Efter det första året finns det fortfarande möjlighet till kontakt med mottagningen och uppföljning sker i form av ett besök vid 12 och 18 månader där fysiskt och psykiskt mående bedöms. Mottagningen planerar att följa patienten årligen under en femårsperiod. Det finns möjlighet till träning och coaching under hela interventionsperioden av fem år.

Resultat

Det personcentrerade förhållningssättet är viktigt för att patienten ska uppleva sig sedd och minska oro och ångest, vilket i sin tur påverkar förutsättningarna för en levnadsvaneförändring. Patienter som erhållit interventioner via mottagningen visar goda resultat vid 6- och 12-månaders uppföljning. Mottagningen har hittills kunnat följa 35 patienter för en 12-månaders uppföljning och två patienter visar resultat från 24-månaders uppföljning.

Följsamhet till riktlinjer och vårdprogram

Mottagningens individuellt anpassade insatser utgör ett viktigt steg i att följa riktlinjer och vårdprogram. För att uppnå goda resultat rekommenderar flertalet regioner i sina vårdprogram för obesitas ett tvärdisciplinärt team liknande levnadsvanemottagningens. De nyreviderade nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor förstärker hälso- och sjukvårdens behandlingsansvar och identifierar riskgrupper som har stort behov av stöd. Riskgrupper är personer som har

- en sjukdom (t.ex. diabetes, astma, KOL, cancer, hjärt-kärlsjukdom, långvarig smärta, schizofreni eller depression)
- fysisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning
- social sårbarhet (t.ex. låg socioekonomisk ställning)
- biologiska riskmarkörer (t.ex. högt blodtryck, blodfetsrubbnings, övervikt eller fetma)
- andra riskfaktorer (t.ex. flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt eller en olycksfallsskada)
- vuxna som ska genomgå en operation
- barn och unga samt gravida.

Mottagningens patienter innefattas alla av en eller flera av ovanstående faktorer.

Finansiering

Under 2016 och 2017 har projektet finansierats med omfördelade medel från landstingets förfogandeanslag på 2 mnkr och 0,5 mnkr från landstingsstyrelsens anslag för folkhälsa. Motsvarande anslag har avsatts för 2018 och 2019. Orsak till att patienter remitteras till mottagningen är till största delen viktreduktion och flertalet är drabbade av psykisk ohälsa. Kopplingen mellan psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor är stark och frågorna bör därför adresseras med båda dessa perspektiv i beaktande. Det finns därför ett behov av att inkludera en socionom på 50 % i behandlingsteamet och tjänstgöringsgraden för en fysioterapeut bör öka från 50 % till 100 % för att matcha patientflödet, vilket skulle medföra en ökad kostnad motsvarande 0,6 mnkr.

Nyttoeffekter

Mottagningens verksamhet visar på ett kostnadseffektivt arbetssätt med signifikant förbättrade individuella fysiska och psykiska värden hos flera patienter. Vid en fortsatt verksamhet finns det goda möjligheter för patienter att uppnå bestående levnadsvaneförändringar då långtidsuppföljning och därmed stöd under längre tid blir möjlig.

Mottagningens verksamhet är unik i sitt slag då den inkluderar stöd och hjälp vid förändring av fyra levnadsvanor; tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet. Vid en fortsatt verksamhet kommer mottagningen att kunna uppvisa resultat från långtidsuppföljning, vilket är en brist både nationellt och internationellt. En etisk ansökan är godkänd för att kunna publicera resultat från mottagningens verksamhet.

I dagsläget saknar Region Blekinge preoperativa åtgärder som kan förstärka resultat av eller förhindra en gastric by pass-operation (GBP-operation). Här finns också möjlighet för levnadsvanemottagningen att göra en betydelsefull insats.

Konsekvenser

I samband med beslut 2018 om mottagningens fortsatta existens gjordes en riskanalys där konsekvenserna av en avveckling går att se. Det finns ingen alternativ verksamhet för dessa individer att vända sig till inom hälso- och sjukvården. Det kommer troligen att innebära att de istället söker vård hos många olika vårdinrättningar, med ökade kostnader, sämre behandlingskoordinering och sämre behandlingsresultat till följd. Den osäkra situationen som uppstod i samband med diskussionen kring en nedläggning av mottagningen resulterade i en ökad oro inför framtiden och en minskad tilltro till mottagningen bland patienter. Vidare sågs ett minskat remissflöde och en försämrad arbetsmiljö och stämning bland personalen. Riskanalysen finns tillgänglig via länken under ”Ytterligare information.”

Framtidsvisioner

Mottagningen kan i framtiden utvecklas genom att knytas till nära vård (idag är mottagningen placerad på thoraxkliniken i Karlshamn). Det skulle ge ökad tillgänglighet för de patienter som är i mest behov av mottagningens specifika kompetens och mottagningens verksamhet skulle också kunna ge ett bättre konsultativt stöd till de verksamheter som träffar patienter som söker vård ofta. Det skulle dessutom bidra till att förtydliga Region Blekinges process för tidiga hälsofrämjande och förebyggande insatser i sin strävan att arbeta uppströms. Såväl levnadsmottagningens som övriga vårdverksamheters roller och ansvar skulle bli tydligare och vår basverksamhet inom området skulle förstärkas.

En annan tänkbar utveckling kan vara att ställa krav på att patienter inför en gastric by pass-operation (GBP) först ska ha genomgått levnadsvanemottagningens intervention och på så sätt ha påbörjat en beteendeförändring. Det skulle öka förutsättningarna för goda operationsresultat eller rent av ersätta en planerad operation, något som Region Kalmar redan har uttalat. Region Skåne har utvecklat sin preventiva överviktsverksamhet genom att höja operationsgränsen för en GBP-operation från ett BMI på 35 till ett BMI på 40. Det förändrade operationskriteriet innebär att tre överviktsenheter kan finansieras i regionen. I Blekinge har vi idag en operationsgräns vid

ett BMI på 40. En GBP-operation utan komplikationer i Blekinge beräknas kosta 65 000 kr, vilket innebär att 46 operationer skulle kunna finansiera hela Region Blekinges levnadsvanemottagning.

Levnadsvanemottagningen erbjuder idag både individuell- och gruppintervention. För att öka mottagningens kapacitet skulle en ökad mängd gruppinterventioner innebära en ökad genomströmning av patienter.

Region Blekinges värdegrund uttalar en strävan efter hög kvalitet i allt vi gör, vilket innebär en hög kvalitet på alla operationer som utförs i hälso- och sjukvården, inte bara GBP-operationerna. I takt med en ökad evidens för att levnadsvanorna har betydelse för ett lyckat operationsresultat är det viktigt för regionen att satsa på preoperativa interventioner inför planerad kirurgi. Faktorer som orsakar eller medverkar till suboptimala operationsresultat är bland annat rökning, diabetes, fetma och alkohol. Även nedsatt kondition och ohälsosamma matvanor bidrar till ett mindre gott resultat av operation. Region Blekinge kan sedan några år tillbaka erbjuda rökare ett stöd för att sluta röka inför planerad operation. Verksamheten rökfri inför operation har redan idag ett samarbete med levnadsvanemottagningen och skulle i framtiden kunna utvecklas till att innefatta hela konceptet ”stark vid operation”, som innebär att vårdkedjan kring det operativa arbetet inkluderar förberedande interventioner inom alla fyra levnadsvanorna; rök- och alkoholfrihet, ökad fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor.

Levnadsvanemottagningen har en stor utvecklingspotential för att optimera den vård som erbjuds patienter med stor levnadsvaneproblematik.

Genomförande av beslut

Uppdraget att vidareutveckla och permanenta mottagningen bör via regiondirektören läggas på hälso- och sjukvårdsdirektören att verkställa. De medel som avsätts ska oavkortat gå till levnadsvanemottagningens verksamhet. Mottagningens organisatoriska placering bör beaktas i samband med den nya organisationsbildningen.

Beredning

Utvärderingen av mottagningens verksamhet har genomförts med hjälp av en docent i hälsoekonomi vid Uppsala Universitet. Både patienter, medarbetare vid mottagningen och hälso- och sjukvårdens övriga verksamheter har medverkat till utvärderingen. Ärendet har vid två tillfällen varit uppe för beredning och beslut i landstingsstyrelsen under de senaste två åren.

Bedömning

Mottagningens goda resultat är ett komplement till övriga insatser som görs i vårdkedjan i regionen när det gäller att stödja patienter till levnadsvaneförändringar. Verksamhetens personcentrerade arbetssätt är en modell som ska spridas och stimulera andra verksamheter till att arbeta med levnadsvanor på ett strukturerat sätt. Under tiden som verksamheten varit igång har remisserna förändrats till att bli mer kompletta, vilket bidrar till en ökad följsamhet till nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor.

Utifrån mottagningens resultat fyller den en viktig funktion för de svårast sjuka genom att förhindra ytterligare sjukdom och minimera redan uppkomna symptom. Med en marginell resursförstärkning med koppling till den psykiska hälsan finns det möjlighet till ytterligare bidrag till långsiktiga resultat. I den nya organisationen är det viktigt att fundera över hur levnadsvanemottagningen passar in i regionens övriga verksamhet då den permanentas och vidareutvecklas i samklang med intentionen i nära vård.

Karlskrona enligt ovan

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ytterligare information

- Vårdprogram Levnadsvanor:
<https://regionblekinge.se/download/18.1d469c2d16662db3e433740c/1545298876827/vardprogram-levnadsvanor-rev-20161212.pdf>
- Utvärderingsrapport av mottagningens verksamhet:
<http://arende.ltblekinge.org/locator.aspx?name=DMS.Document.Details.61000&recno=408037&module=Document&VerID=405696&subtype=61000>
- Riskanalys inför en eventuell avveckling av levnadsvanemottagningen:
<http://arende.ltblekinge.org/locator.aspx?name=DMS.Document.Details.61000&recno=412285&module=Document&VerID=408931&subtype=61000>

Hälso- och sjukvårdsstaben
Agnes Lindeberg

2019-03-14

Ärendenummer 2019/00225
Dokumentnummer 2019/00225-2

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Svar på granskning av primärvården

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslås besluta

1. Att anta svar på revisionsrapport ”Granskning av primärvård, Landstinget Blekinge 2018”

Sammanfattning

EY genomförde 2018 en granskning av primärvården. Syftet var att bedöma om dåvarande Landstingsstyrelsen samt Nämnden för primärvård och folktandvård säkerställt en ändamålsenlig vård. I granskningen har problem som föreligger inom primärvården, inom ekonomi, bemanning, tillgänglighet, ledning, styrning och uppföljning lyfts fram.

En del av problemen kan bero på brister i samverkan mellan olika vårdnivåer vad gäller kontinuitet, patientdelaktighet och tillgänglighet, vilket kan vara en konsekvens av att det inom svensk hälso- och sjukvård hittills satsats mer på akutsjukvård och annan specialiserad vård än på primärvården. Genom att organisera hälso- och sjukvården i en gemensam förvaltning och genom förändrad ledning och styrning kan omställning av vården underlättas. Införandet av processtyrning och ett processororienterat arbetssätt syftar till att stödja patientens väg genom vården. Verksamheten ska utgå ifrån personcentrerat förhållningssätt och patientens delaktighet. Sedan Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LOS) trädde i kraft, har nya rutiner för samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård införts och utbildningsinsatser genomförts. Arbetet med att identifiera och åtgärda brister fortsätter under 2019. Vidare pågår arbete för att förbättra tillgängligheten genom att bland annat utöka användandet av telefonsystemets funktioner, införa webb-tidbok samt införa distansbesök. Bemötande och kontinuitet är andra viktiga aspekter av tillgänglighet. Personcentrerad vård och införande av patientkontrakt är under utvecklande. Sedan den 1 januari 2019 gäller en utökad vårdgaranti för primärvården. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bedömer att stora delar av de brister så lyfts fram, således kan hanteras via förändring i styrning och ledning i den nya

organisationen, under förutsättning att dessa utgår från de behov och förutsättningar som en omställning av vården med satsningar på den nära vården innebär. Fokus ska ligga på att möjliggöra vård, utredning och behandling med god kontinuitet inom primärvården. Utöver det krävs satsningar på attraktivt arbetsgivarskap och på finansiering.

Karlskrona enligt ovan

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga

Svar på revisionsrapport ”Granskning av primärvården, Landstinget Blekinge 2018”
ärendenummer 2019/00225-1.

Till Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden

EY har på uppdrag av landstingets revisorer genomfört en granskning av primärvården. Syftet med granskningen är att bedöma om dåvarande Landstingsstyrelsen och Nämnden för primärvård och tandvård säkerställt en ändamålsenlig vård. De aspekter som granskats är arbetsfördelning mellan sjukhus och primärvård, samordning kring utskrivning, tillgänglighet, det prioriterade området barn och ungas hälsa samt personcentrerad vård. Granskningen omfattar både landstingsdrivna och privata vårdcentraler.

Den sammantagna bedömningen är att Landstingsstyrelsen och Nämnden för primärvård och tandvård inte har säkerställt en ändamålsenlig vård avseende kapacitet och tillgänglighet.

När det gäller utvecklingen mot att överföra vårdinsatser från sjukhus till primärvård är bedömningen att det inte finns något systematiskt utvecklingsarbete för att identifiera områden där överföring kan ske. Vid intervjuerna med verksamhetschefer vid vårdcentralerna har några exempel på möjliga områden framkommit men inget arbete pågår. Det finns ett betydande glapp mellan målsättningar i strategiska dokument och praktiken.

Lagen om samverkan vid utskrivning (LOS) har haft effekter på inte minst vårdcentralernas arbete. Bedömningen är att samordningen i stort fungerar väl men att det återstår att hantera de brister som ändå finns. Det kan handla om att sjukhuset missar att informera vårdcentralen om att en patient skrivits ut till hemmet med kommunal omsorg eller att vårdcentraler med tillgänglighetsproblem har svårt att svara upp mot behovet av fasta vårdkontakter.

När det gäller tillgänglighet finns det uppenbara problem vid vissa vårdcentraler, privata såväl som landstingsdrivna. Variationen är dock stor. Flera vårdcentraler har god tillgänglighet till telefonrådgivning och besök.


Förutom etablerandet av förstalinjeverksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa inom de offentligt drivna vårdcentralerna pågår på vårdcentralnivå inga specifika aktiviteter för detta prioriterade område. Det behöver dock inte betyda att omhändertagandet av barn och unga brister.

På samma sätt som intentionerna att växla sjukhusvård till vårdcentraler är målsättningen att etablera personcentrerad vård ett koncept som återstår att implementera i praktiken. Utöver vissa pilotprojekt har det i granskningen inte framkommit att vårdcentralerna arbetar med att utveckla detta förhållningssätt i vardagen. Regionens vårdcentraler väntar på att ett IT-stöd ska införas som stödjer den dokumentation som är en del av att arbeta personcentrerat.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att initiera en kartläggning av områden där besök som idag sker på sjukhus skulle kunna ske vid länets vårdcentraler.
- ▶ Fortsätt arbetet med att säkerställa att nödvändig information ges till vårdcentralerna vid utskrivning av patienter från sjukhuset.
- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att intensifiera arbetet med att förbättra tillgängligheten samt att säkerställa att regionens vårdcentraler arbetar utifrån modern vårdlogistik för att minska arbetet med att administrera köer, s.k. kökostnader, och därmed förbättra tillgängligheten.
- ▶ Regionstyrelsen rekommenderas att säkerställa att de krav på personcentrerat arbetssätt som finns i "Uppdragsbeskrivning och regelbok för hälsovalet" följs upp.

Karlskrona 2019-01-30



Jeppe Johnsson
Ordförande

Granskning av primärvården

Landstinget Blekinge 2018



Innehåll

Sammanfattande slutsatser och rekommendationer	3
1. Inledning	5
1.1. Bakgrund.....	5
1.2. Syfte.....	5
2. Lagstiftning och hälsovalets styrning av vårdcentralerna	7
3. Granskningsresultat	9
3.1. Arbetsfördelningen mellan sjukhus och primärvård.....	9
3.2. Konsekvenser av lagen om samverkan vid utskrivning (LOS).....	12
3.3. Hur klarar vårdcentralerna kravet på tillgänglighet?.....	13
3.4. Personorienterat arbetssätt.....	16
3.5. Prioritering av barn- och unga.....	17
4. Kortfattade svar på revisionsfrågorna	19
Bilaga 1. Intervjuade funktioner	22

Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

EY har på uppdrag av landstingets revisorer genomfört en granskning av primärvården. Syftet med granskningen är att bedöma om dåvarande Landstingsstyrelsen och Nämnden för primärvård och tandvård säkerställt en ändamålsenlig vård. De aspekter som granskats är arbetsfördelning mellan sjukhus och primärvård, samordning kring utskrivning, tillgänglighet, det prioriterade området barn och ungas hälsa samt personcentrerad vård. Granskningen omfattar både landstingsdrivna och privata vårdcentraler.

Den sammantagna bedömningen är att Landstingsstyrelsen och Nämnden för primärvård och tandvård inte har säkerställt en ändamålsenlig vård avseende kapacitet och tillgänglighet.

När det gäller utvecklingen mot att överföra vårdinsatser från sjukhus till primärvård är bedömningen att det inte finns något systematiskt utvecklingsarbete för att identifiera områden där överföring kan ske. Vid intervjuerna med verksamhetschefer vid vårdcentralerna har några exempel på möjliga områden framkommit men inget arbete pågår. Det finns ett betydande glapp mellan målsättningar i strategiska dokument och praktiken.

Lagen om samverkan vid utskrivning (LOS) har haft effekter på inte minst vårdcentralernas arbete. Bedömningen är att samordningen i stort fungerar väl men att det återstår att hantera de brister som ändå finns. Det kan handla om att sjukhuset missar att informera vårdcentralen om att en patient skrivits ut till hemmet med kommunal omsorg eller att vårdcentraler med tillgänglighetsproblem har svårt att svara upp mot behovet av fasta vårdkontakter.

När det gäller tillgänglighet finns det uppenbara problem vid vissa vårdcentraler, privata såväl som landstingsdrivna. Variationen är dock stor. Flera vårdcentraler har god tillgänglighet till telefonrådgivning och besök.

Förutom etablerandet av förstalinjeverksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa inom de offentligt drivna vårdcentralerna pågår på vårdcentralnivå inga specifika aktiviteter för detta prioriterade område. Det behöver dock inte betyda att omhändertagandet av barn och unga brister.

På samma sätt som intentionerna att växla sjukhusvård till vårdcentraler är målsättningen att etablera personcentrerad vård ett koncept som återstår att implementera i praktiken. Utöver vissa pilotprojekt har det i granskningen inte framkommit att vårdcentralerna arbetar med att utveckla detta förhållningssätt i vardagen. Regionens vårdcentraler väntar på att ett IT-stöd ska införas som stödjer den dokumentation som är en del av att arbeta personcentrerat.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att initiera en kartläggning av områden där besök som idag sker på sjukhus skulle kunna ske vid länets vårdcentraler.
- ▶ Fortsätt arbetet med att säkerställa att nödvändig information ges till vårdcentralerna vid utskrivning av patienter från sjukhuset.



- ▶ Hälsa- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att intensifiera arbetet med att förbättra tillgängligheten samt att säkerställa att regionens vårdcentraler arbetar utifrån modern vårdlogistik för att minska arbetet med att administrera köer, s.k. kökostnader, och därmed förbättra tillgängligheten.
- ▶ Regionstyrelsen rekommenderas att säkerställa att de krav på personcentrerat arbetssätt som finns i "Uppdragsbeskrivning och regelbok för hälsovalet" följs upp.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

I Landstinget Blekinge finns det 19 vårdcentraler, 12 landstingsdrivna och 7 privata. Målen för vårdcentralerna definieras i landstingsplanen.

"Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser. På vårdheterna inom Hälsoval Blekinge finns den vård som är basen i hälso- och sjukvården, det vill säga den vård som inte kräver sjukhusets resurser eller utrustning. Vårdheterna ska genom hög tillgänglighet, behovsanpassad vård och god kvalitet ge medborgarna den bästa möjliga hälso- och sjukvården inom de ramar som ställs till förfogande". (Landstingsplan 2018–2020).

Samtliga vårdcentraler styrs av "Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge 2018", både avseende ersättning och innehåll. Landstingsstyrelsen ansvarar för att denna uppdragsbeskrivning speglar ovanstående mål.

Det har i tidigare granskningar framkommit att Landstinget i Blekinge, i jämförelse med övriga landsting i riket, har en alltför "sjukhustung" vård. Med det avses att fler sökorsaker och åkommor skulle kunna hanteras av primärvården istället för av Blekingesjukhuset. Samtidigt brottas de landstingsdrivna vårdcentralerna med svårigheter i kompetensförsörjningen.

Landstingets revisorer har valt att rikta en fördjupad granskning mot vårdcentralernas förmåga att svara upp emot sitt uppdrag.

1.2. Syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om Landstingsstyrelsen och Nämnden för primärvård och tandvård och landstingsstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig vård avseende kapacitet och tillgänglighet.

För att nå syftet med granskningen besvaras följande delfrågor:

- ▶ Finns det strategier för vård som kan överföras från sjukhus till primärvård och hur ser primärvårdens förutsättningar ut för att kunna genomföra det?
- ▶ Finns det en tydlighet i gränsdragningen mellan specialistvård och första linjens vård för somatiska och psykiatriska besvär och klarar vårdcentralerna av att ta förstalinjeansvaret?
- ▶ Klarar vårdcentralerna att ta det samordningsansvar för vårdplanering som den nya lagen om samverkan vid utskrivning ställer?
- ▶ Hur klarar vårdcentralerna krav och målsättning för tillgänglighet och vilka åtgärder vidtas vid temporära tillgänglighetsproblem?
- ▶ Hur arbetar vårdcentralerna med det prioriterade området "barn- och ungas behov", som beskrivs i regelboken?



- ▶ Arbetar vårdcentralerna i tillräcklig utsträckning med att utveckla ett personorienterat arbetssätt?

2. Lagstiftning och hälsovalets styrning av vårdcentralerna

Primärvården består av 19 privata och landstingsdrivna vårdcentraler samt ett antal anslagsfinansierade verksamheter. Vårdcentralerna styrs i första hand av den av fullmäktige beslutade *Uppdragsbeskrivning och regelbok* vilken revideras kontinuerligt.

Landstingsfullmäktige beslutade den 27 november 2017 att revidera *Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval*, d.v.s. det dokument som styr vårdcentralernas uppdrag och förutsättningar. En del av revideringen handlade om att planera en genomgång av ansvarsfördelningen mellan sjukhus, primärvård och kommunerna under 2018 inom rehabiliteringsområdet. Den nya regelboken började gälla fr.o.m. 1 mars 2018. En ny version kommer att beslutas i början av 2019. Vad beträffar frågan om rehabilitering och fördelning mellan sjukhus och primärvården så är den ännu inte helt klar. Beslut har inte fattats härvidlag. Rehabilitering sker vid både sjukhus och vårdcentraler. De landstingsdrivna vårdcentralerna i Karlskrona bedriver den mesta rehabiliteringsverksamheten vid Karlskrona rehabcenter.

Primärvården ska vara den första vårdnivån där invånarna i Blekinge får den första kontakten när de är i behov av hälso- och sjukvård. Primärvården ska erbjuda förebyggande insatser, bedömningar, utredningar, behandlingar, åtgärder och uppföljning. Primärvården ska också utgöra basen för det folkhälsoarbete som utförs i Blekinge.

Den 1 januari 2018 trädde *Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LOS)* i kraft. Lagen främjar att patientens utskrivning från sjukhus sker så fort som möjligt efter att behandlande läkare har bedömt att patienten är klar för utskrivning. När det gäller patienter med behov av kommunal vård eller omsorg efter utskrivningen har kommunernas betalningsansvar tidigare inträtt efter fem dagar men har nu med denna lag skärpts till tre dagar. Det är primärvårdens ansvar att samordna den individuella planeringen samt att erbjuda patienten en fast vårdkontakt. Enligt verksamhetsplanen och budgeten 2018 för primärvården tar Landstinget Blekinge tillsammans med kommunerna i Blekinge fram gemensamma riktlinjer för hur de ska följa den nya lagen.

Antalet listade patienter vid vårdcentralerna i augusti 2018 framgår nedan:

Vårdenhet	Listade augusti	Ökning eller minskning av antalet listade sedan årsskiftet
Samaritens vårdcentral	15 091	191
Lyckeby vårdcentral	13 098	-262
Hälsöhuset för alla	11 711	577
Brunnsgårdens vårdcentral	11 587	-33
Kallinge vårdcentral	11 275	66
Ronneby vårdcentral	10 715	66
Sölvesborgs vårdcentral	10 682	-229
Trossö vårdcentral	8 597	-253
Wämö vårdcentral	7 618	-31
Jämjö vårdcentral	7 296	99
Capio Citykliniken	6 872	-73
Rödeby vårdcentral	6 640	68
Nättraby vårdcentral	6 340	13
Valjehälsan	6 265	295
Kungsmarkens vårdcentral	6 190	-106
Olofströms vårdcentral	6 025	-60
Läkarhuset	5 688	-52
Familjeläkarna	4 233	44
Läke hjälpen	3 660	61

Källa: Hälsovalets delårsrapport augusti 2018

3. Granskningsresultat

3.1. Arbetsfördelningen mellan sjukhus och primärvård

På nationell nivå finns det idag en tydlig utvecklingsinriktning mot att utveckla primärvården som bas i det svenska hälso- och sjukvårdsystemet. Två utredningar slår fast att en välutvecklad primärvård är nyckeln till att klara det framtida vårdbehovet ur demografisk synvinkel samt för att vården ska kunna ges jämlikt i landet. *Effektiv vård* (SOU 2016:2) föreslår en förändrad struktur där primärvården får en mer framträdande roll som befolkningens förstahandsval, bland annat mot bakgrund av att Sverige jämfört med andra länder är sjukhustungt. Utredningen *Samordnad utveckling för god nära vård*, som ska slutredovisas 2019, kom under förra året med ett delbetänkande (SOU 2018:39). Primärvården beskrivs ha de bästa förutsättningarna att se till personers hela vårdbehov. Men i utredningen konstateras att en betydande del av patienterna vänder sig till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bland annat på grund av bristande möjlighet att snabbt få en tid i primärvården. Detta gör att även det förebyggande arbetet blir lidande. En förstärkning av primärvården är därför nödvändig enligt utredningen. I den föreslagna färdplanen anges några nyckelfaktorer:

- ▶ Personcentrerat arbetssätt
- ▶ Inkludering av den kommunala verksamheten
- ▶ Primärvården som ett nav i systemet
- ▶ Stärkt medarbetarperspektiv och kompetensförsörjning
- ▶ Digitalisering

Till stora delar finns samma strategiska målsättning i landstingsplan 2018–2020 och budget 2018. Den nära hälso- och sjukvården ska utgöra basen och svara för huvuddelen av invånarnas sjukvårdsbehov. Även Verksamhetsplan och budget 2018 för Nämnden för primärvård och tandvård tar utgångspunkt från de nationella utredningarna. En av de, för primärvårdens vidkommande viktigaste beståndsdelarna av landstingets utvecklingsstrategi, är enligt verksamhetsplanen att flytta hälso- och sjukvården närmare människor – *närsjukvård*. Det ska ske genom ett personcentrerat arbetssätt där primärvården är navet i systemet.

I Regelboken finns även denna formulering i uppdragsbeskrivningen:

”Primärvården har även en viktig roll i landstingets ambitioner att finna kostnadseffektiva behandlingsformer och att minska den sammanlagda kostnaden för hälso- och sjukvården.” (2018, s 22)

År 2017 tillsattes en hälsovalsberedning med uppdrag att genomföra en översyn av hälsovalet med anledning av den antagna programplanen för Framtidens Hälso- och sjukvård. Bland de 12 förslag som beredningen tog fram fanns förslaget att ta fram ett gränsdragningsdokument som tydliggör vilka delar av fysioterapi och arbetsterapi som åvilar primärvården, sjukhuset och kommunen och att överväga att överföra mödravården till primärvården. I beredningen nämns även psykisk ohälsa som ett område där samverkan mellan primärvård och sjukhus bör förtydligas, se 3.1.3.

I en finansiell analys som gjordes av landstingsdirektörens stab (8 maj 2017) framkommer att nettokostnaderna för specialiserad somatisk vård utslaget på antal invånare (2015) var bland de högsta i riket. Även medelvårdtiden var längre än i riket och jämfört med jämförbara landsting. Antalet läkarbesök i primärvård per invånare var ungefär som i riket i övrigt (ca 1,4 besök/inv.). I analysen dras inga djupare slutsatser kring orsaker men i tidigare granskningar har synpunkter

framförts att det finns patienter som är inskrivna på sjukhuset men vilkas åkommor skulle kunna tas om hand i primärvården.

För att utreda i vilken mån det förekommer aktiviteter för att identifiera och överföra vård från sjukhus till vårdcentraler har vi i granskningen ställt frågor till de intervjuade verksamhetscheferna på vårdcentralerna samt till representanter för ÖNH-kliniken (medicinskt ansvarig läkare) och medicinkliniken vid Blekingesjukhuset (verksamhetschef).

De flesta verksamhetschefer menar att det finns patienter som idag vårdas eller genomför kontrollbesök på sjukhuset men som skulle kunna tas om hand i primärvården. Uttalandena är oftast generella eftersom inga systematiska analyser av detta är gjorda. Ett exempel som nämns är hjärtsviktspatienter som tre av verksamhetscheferna menar skulle kunna tas om hand på vårdcentraler i högre grad och att Blekinge ligger efter andra landsting härvidlag. Ett annat exempel är rehabiliteringspatienter. Verksamhetschefen vid Hälsohuset i Karlskrona är emellertid av motsatt uppfattning och menar att vårdcentralen i flera fall gör mer än de ska på grund av att sjukhusklinikerna antingen har läkarbrist eller att sjukhuset helt enkelt i för hög grad hänvisar patienter till vårdcentralerna.

De intervjuade vid Blekingesjukhuset ser inget uppenbart område där kontrollbesök eller annat skulle kunna flyttas över till vårdcentralerna. Inte heller att det tagits upp som en problematik bland övriga läkare vid klinikerna.

Ett område som verksamhetschefen vid medicinkliniken nämner är multisyka äldre med sociala problem. Dessa skulle i större utsträckning än idag kunna mötas mer i primärvården men en förändring i rätt riktning pågår, bland annat som en konsekvens av den nya lagen om samverkan.

Verksamhetschefen vid medicinkliniken, som tidigare haft motsvarande position inom barnmedicin och psykiatri, menar att den frågan varit mer aktuell inom dessa specialiteter och då åt båda hållen. Ibland kommer klagomål från primärvården att de inte får tillräcklig hjälp från specialistvården, enligt verksamhetschefen.

I övrigt nämns vid dessa intervjuer problematiken med ofullständiga remisser som kan göra vårdflödet mellan primärvården och specialistvården problematiskt.

Enligt de två intervjuade representanterna från Blekingesjukhuset förekommer inga samtal i denna fråga på strategisk nivå.

3.1.1. Täckningsgraden sjunker

Täckningsgraden är ett mått på andelen konsumtion av öppen hälso- och sjukvård som sker inom hälsovalets vårdcentraler i förhållande till medborgarnas totala konsumtion av öppen hälso- och sjukvård inom länet. Om täckningsgraden ökar är det en indikation på att andelen vård vid vårdcentralen i förhållande till annan öppenvård ökar för den listade patienten.

Enligt hälsovalets delårsrapport har den genomsnittliga täckningsgraden sjunkit i motsats till en ökning som varit målsättningen.

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
61,40%	60,88%	60,68%	59,86%	58,24%	57,57%	57,94%	57,75%

2018 avser genomsnitt för jan – nov.

Minskningen är inte stor mellan åren men det är en tydlig trend över tid. Täckningsgraden är bland annat beroende av kompetensförsörjningen och tillgängligheten vid vårdcentralerna. Intervjuad tjänsteperson vid hälsovalet

beskriver att den analys som hälsovalet gör av denna fråga är att primärvården inte är rustad för att en ökning av täckningsgraden eller överföring av vård från sjukhus ska kunna ske. De förutsättningarna finns inte idag.

Synpunkter har också framförts att detta är en komplex fråga. Det finns ett visst behov för specialisläkarna vid sjukhuset att möta behandlade patienter vid efterkontroller för att följa upp behandlingen som ett lärande. Det kan även finnas behov av att bedriva mottagningsverksamhet för att kunna anställa tillräckligt många läkare inom en viss specialitet. Dessutom kan förändringen äga rum på olika sätt. Ett sätt är att få specialister att möta patienter på vårdcentraler, vilket ännu inte skett men som är en intention. Distriktsläkaren skulle även kunna koppla in en specialist digitalt vid ett patientmöte på vårdcentralen. Det senare är också en utvecklingstanke som inte blivit verklighet ännu.

3.1.2. Landstingsövergripande aktiviteter pågår kring äldre

Två aktiviteter pågår inom regionstaben för att utreda och eventuellt hitta förbättringsåtgärder avseende fördelningen mellan sjukhusvård och primärvård. En rör mångbesökare bland äldre patienter. Tanken är att kartlägga hur deras behov ser ut och var de söker vård. Tanken är att vårdcentralen tydligare ska kunna bli den fasta punkten för dessa patienter. Vid flera av de landstingsdrivna vårdcentralerna finns äldremottagning med egna tider för patienterna och där de får träffa sjuksköterskor och läkare. I intervjuerna framkommer dock att de sjuksköterskor som sitter i vårdcentralernas telefonrådgivning ofta har en pressad situation. En av orsakerna uppges vara det politiskt fastställda trycket på telefontillgänglighet och väntetid till första besöket. Det får konsekvenser på möjligheterna att ge äldre patienter den tid de behöver för att reda ut deras situation som kan vara mycket komplex med somatiska, psykiska och sociala problem.

Den andra aktiviteten handlar om att eventuellt utveckla geriatriska team som kan arbeta närmare i samverkan med kommunerna och på så vis förhindra onödiga besök vid akutmottagningarna.

3.1.3. Riktlinjer för gränsdragning

Det finns inte några generella gränsdragningsdokument som styr förhållandet mellan sjukhuset och vårdcentralerna i vårdprocesserna. Inom området psykiatri finns sedan tidigare en gränssnittsöverenskommelse om vad som ska betraktas som första linjens vård och vad som ska ses som specialistvård. Just nu pågår ett arbete med att ta fram en ny vårdöverenskommelse för vuxenpsykiatri som förväntas förenkla samverkan mellan specialistvården och vårdcentralerna. Denna är inte implementerad ännu. En liknande för barn- och ungdomspsykiatri ska påbörjas under 2019.

Inom ortopedi finns det en gemensamt framtagen "handläggningsöverenskommelse" för ett antal vanliga diagnoser. Därutöver finns det en mängd PM som beskriver vem som gör vad i remissprocessen. Hälsovalets medicinske rådgivare uppger att det är tveksamt om Hälsovalet ska ta initiativ till ett heltäckande system av gränsdragningsdokument. Skälet är att det på nationell nivå pågår utveckling av 24 kunskapsområden där tanken är att vårdprocesser ska definieras vilka i sin tur beskriver vem som ska göra vad för en optimal vårdkedja. Eftersom den allmänna uppfattningen är att svensk sjukhusvård är för sjukhusvård ska detta arbete påbörjas med att stärka upp den nära vården. Det finns därför risk för dubbelarbete om regionen tar fram egna gränsdragningsdokument, enligt den medicinske rådgivaren.

Utöver de kommenterar som beskrivits ovan angående remisskvalitet och vem som ska ansvara för provtagning vid remisser har intervjupersonerna i några fall beskrivit problem med gränsdragning. Men då har det inte handlat om att riktlinjerna är otydliga utan om att de inte följs på grund av personalbrist m.m. En verksamhetschef beskriver att det nya samverkansdokument som finns för psykiatrien ännu inte har implementerats och att konsensus inte råder fullt ut vad som ska gälla. Patienter bollas fram och tillbaka. Det gäller främst vuxenpsykiatrien.

3.1.4. Bedömning

Sammantaget är den dominerande bilden från intervjupersonerna att det är önskvärt att en överföring från sjukhus till primärvård sker i högre grad än nu men att en grundförutsättning är att resursfrågan löses. Ett exempel som tagits upp rör hjärtsviktpatienter. Dessa gör idag besök vid thoraxkliniken, medicinkliniken eller på vårdcentral. Flera menar att vårdcentralerna skulle kunna sköta dessa kontrollbesök. Det finns dock inga diskussioner eller överväganden på strategisk nivå som hanterar den typen av frågor.

Mot bakgrund av att landstinget har en strävan att utveckla den nära vården bedömer vi det som en brist att sådana arbeten inte pågår. Det bör påpekas att det finns en plan för att organisera så att specialister skulle kunna genomföra besök vid vårdcentraler men den är fortfarande på idéstadiet.

En lite mer spekulativ tolkning av situationen är att detta utvecklingsarbete hindras dels av att flera vårdcentraler brottas med rekryteringsproblem samt tillgänglighetsproblem, dels av en väntan på större strukturella förändringar. Det senare som en följd av de nationella utredningar som pågår.

3.2. Konsekvenser av lagen om samverkan vid utskrivning (LOS)

Under 2018 har kommunerna varit snabbare än tidigare med att ta emot utskrivningsklara patienter från sjukhuset. Samtidigt har lagen om samverkan (LOS) trätt i kraft, vilket har gjort att vårdcentralen fått en väsentligt tydligare koordinerande roll än tidigare. Lagen syftar till att skapa en fungerande samverkan vid planering av insatser för enskilda som skrivs ut från slutenvård och som är i behov av socialtjänst, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Vid utskrivning ska ett inskrivningsmeddelande skickas till kommunal socialtjänst eller den kommunala hälso- och sjukvården när den utskrivande läkaren ser sådant behov. I det senare fallet ska inskrivningsmeddelandet skickas till den vårdcentral där patienten är listad. Vid vårdcentralen utses en fast vårdkontakt.

För att kunna säkerställa en trygg och snabb utskrivning som är i enlighet med LOS ska arbetet utgå från modellen *SAMSPEL*, en samverkan mellan specialistvård, primärvård och kommun. Modellen går ut på att de olika parterna redan från början ska vara överens om vad deras roller är i den gemensamma insatsen. Varken patient eller arbetsuppgifter ska "hamna mellan stolarna" vid utskrivning. Grundpelarna för modellen är:

- ▶ Beslutsstöd
- ▶ Säker utskrivning
- ▶ Samordnad individuell vårdplan (SIP)

Om patienten efter utskrivning behöver insats från fler verksamheter ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras utan dröjsmål. Initiativet kan

komma från sjukhuset, vårdcentralen eller kommunen men tanken är att det i första hand är den fasta vårdkontakten som bevakar om behovet finns och tar initiativet.

Vårdcentralens koordinerande och samordnande roll är därmed tydlig. I vissa landsting har extra medel tilldelats primärvården för att ta detta ansvar. Så har icke skett i region Blekinge utan förändringen ska ske inom befintliga ramar.

Vid intervjuerna har följande iakttagelser gjorts:

- ▶ Vårdcentralerna har valt olika lösningar för att tillsätta fast vårdkontakt, från att två eller tre sjuksköterskor bevakar information i IT-stödet till att en sjuksköterska bevakar detta för två vårdcentraler.
- ▶ Vissa beskriver att detta samordningsansvar har skett på bekostnad av telefontillgängligheten eftersom det är samma personalresurs som berörs. Tre av de intervjuade cheferna uppger att de inte märkt av förändringen speciellt mycket än.
- ▶ Det kan vara svårt att hitta tider för att genomföra [SIP:ar](#) där alla kan vara med men vårdcentralerna löser det ändå. Fasta tider verkar inte fungera. Flera menar att den digitala tekniken skulle kunna användas mer vid [SIP:ar](#). [SIP:arna](#) ökar men det är inte alla som är i behov av SIP.
- ▶ Då och då missar den utskrivande enheten vid sjukhuset att informera vårdcentralen; då vet inte vårdcentralen att patienten är åter i hemmet. Sjukhusklinikerna håller fortfarande på att utbilda personalen varför förhoppningen är att detta problem kommer att minska.
- ▶ I de flesta fall fungerar samordningen bra.

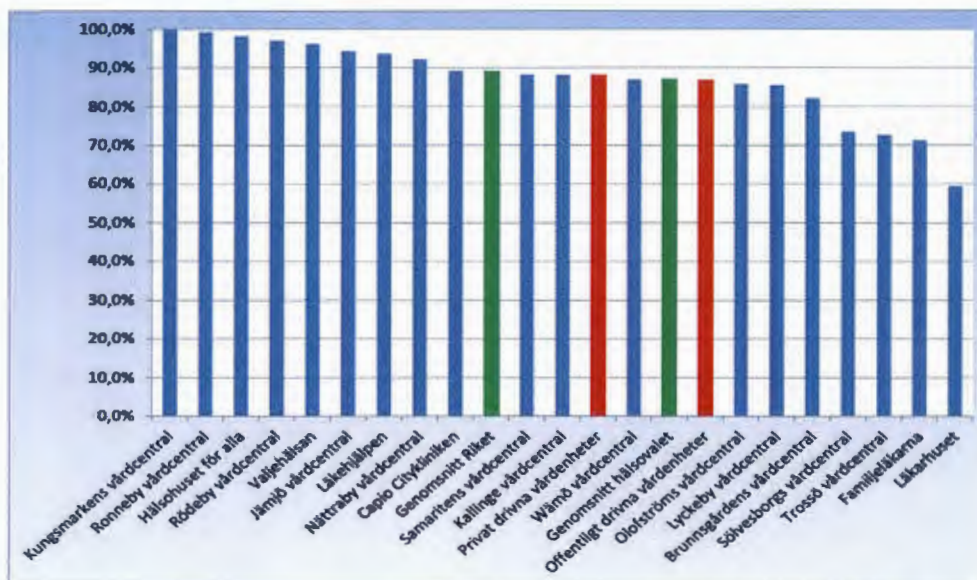
3.2.1. Bedömning

Bedömningen är att lagen om samverkan vid utskrivning (LOS) tydligt påverkat vårdcentralernas arbete och gjort vårdcentralernas fasta vårdkontakter centrala i vård- och planeringsprocessen. Förändringen har varit olika stor vid olika vårdcentraler beroende på tidigare arbetsätt och samverkan med kommunerna. De vårdcentraler som har ett ansträngt läge vad gäller tillgänglighet har svårast att ta ansvaret. Sammantaget bedöms arbetet fungera med fasta vårdkontakter och initiativ till [SIP:ar](#), men inte fullt ut. Det händer inte sällan att sjukhuset missar att informera vårdcentralen om att patient är utskriven men insatser pågår på sjukhuset för att minska det problemet.

3.3. Hur klarar vårdcentralerna kravet på tillgänglighet?

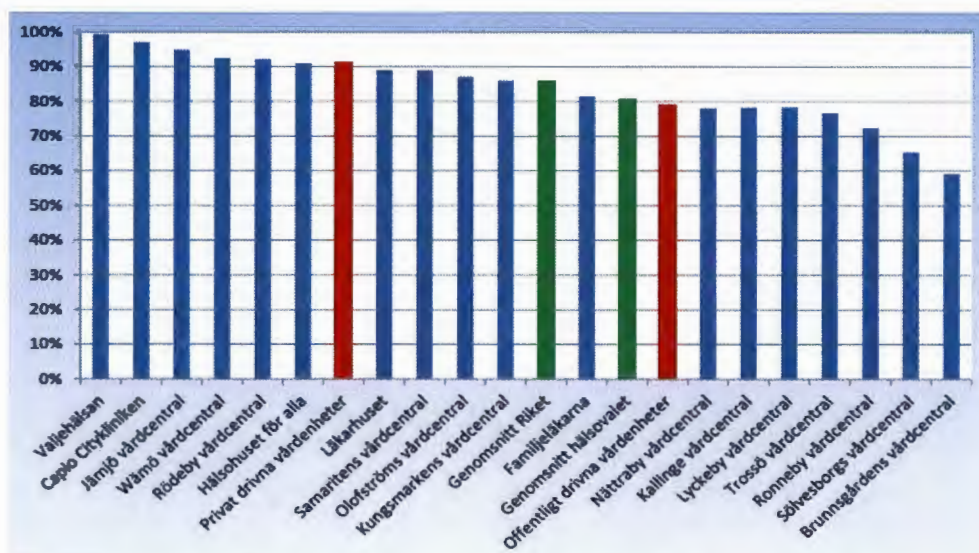
I Hälsovalets delårsrapport framkommer att tillgängligheten till länets vårdcentraler visar en negativ utveckling. "Blekinges vårdcentraler har allt sämre resultat jämfört med riket". Diagrammet nedan visar andel läkarbesök som skett inom 7 dagar vid vårmätningen¹ 2018. Från och med 1 januari 2019 är kravet från vårdgarantin tre dagar till läkarbesök. Huruvida ett läkarbesök ska ske avgörs när patienten tar kontakt med telefonrådgivningen på vårdcentralen.

¹ Nationell väntetidsundersökning görs två gånger per år.



Genomsnittet för Blekinge (87 %) ligger två procentenheter lägre än för riket (89 %) och har försämrats jämfört med 2017 års mätningar. Bland de som har den sämsta tillgängligheten finns både offentligt drivna och privata vårdcentraler.

Det andra måttet på tillgänglighet som används är väntetiden för att komma fram till telefonrådgivningen. Även denna har försämrats sedan 2017. Det som mäts är andelen besvarade samtal samma dag som den sökande ringt. Diagrammet visar resultatet av vårens mätning.



Diagrammet ovan visar att telefontillgängligheten varierar starkt mellan olika vårdcentraler.

lakttagelser från intervjuerna:

- Presidiet för nämnden för primärvård och tandvård (som under 2018 var driftsansvarig nämnd för de landstingsdrivna vårdcentralerna) står bakom den politiska prioriteringen av tillgängligheten, d.v.s. tid till förstabesök och telefontillgänglighet. Det ses som ett fundament att invånarna får kontakt

vid sökorsaker och att en läkarbedömning kan ske. Brister det där kan patienterna hamna fel och deras problem kan ev. förvärras m.m. Det gäller framför allt telefontillgängligheten.

- ▶ Det finns ingen samstämmig bild av vad som orsakar de brister i tillgänglighet som finns, utöver det att det finns ett uppenbart samband mellan kompetensförsörjning och tillgänglighet. Närhet till sjukhus/akutmottagning och sätt att arbeta är andra orsaker som nämns av de intervjuade. Hälsovalets analys är att den bristande tillgängligheten på ett övergripande plan påverkas av resurstilldelningen. Blekinges ersättning till vårdcentralerna är bland de lägre i landet.
- ▶ Samma vårdcentral kan ha god tillgänglighet när det gäller läkarbesök men sämre på telefontillgänglighet eller tvärtom.
- ▶ Vissa menar att en tillgänglighet på 100 % är orealistiskt ur medicinsk synpunkt och inte heller nödvändigt.
- ▶ Det politiskt initierade trycket på telefontillgänglighet sker på bekostnad av andra sysslor som sjuksköterskor bedriver, som preventivt arbete och omhändertagande av äldre.
- ▶ Vid problem med tillgängligheten koncentreras sjuksköterskornas arbete till att svara i telefon måndagar och tisdagar då efterfrågan är störst. Blir patienten inte uppringd på måndagen hinner vårdcentralerna oftast med att ringa upp på tisdagen.
- ▶ Det är vanligt att patienter som inte kommer fram på telefon väljer att ta sig till vårdcentralen. Även om de då kan få vänta blir de omhändertagna men vissa uppger att det arbetet stjäl tid från telefonrådgivningen.
- ▶ Den läkarbil som införts har förbättrat tillgängligheten till läkare för den kommunala sjukvården. En av de intervjuade menar att läkarbilen i praktiken bara är en nödlösning på läkarbristen. De privata kan inte utnyttja den.

3.3.1. Det råder skilda uppfattningar kring frågan om digitala möten löser tillgänglighetsproblemen

Inom de landstingsdrivna vårdcentralerna pågår en försöksverksamhet som kallas "Vårdcentral 2.0". År 2015 genomfördes ett utvecklingsprojekt med syftet att ta fram förutsättningar för en framtida modern vårdcentral. Arbetet fortsätter och i nämndens verksamhetsplan för 2018 uppges att arbetet med att utveckla E-hälsolösningar ska fortsätta. Målet är att med god tillgänglighet och vårdkvalitet för patienterna, oberoende av geografi och möjlighet för fysiska möten, effektivt utnyttja läkarresurser genom att samnyttja resurser mellan olika enheter. Genom läkarstöd på distans förväntas hyrläkarberoendet minska. Tester pågår för närvarande vid Jämjö och Brunnsårdens vårdcentral. Även Wämö vårdcentral gör försök med fler telefonmöten. I ett första skede kommer test göras med patienter som ska till återbesök.

Bland de privata vårdcentralerna finns det skilda strategier när det gäller att utveckla digitala vårdmöten. Lideta (Läkarhuset) har idag ett avtal med KRY men de har ännu inte använt sig av detta. Framförallt är det kontrollbesök och antibiotikaföreskrivningar som de digitala besöken skulle kunna användas till. Verksamhetschefen vid Hälsohuset för alla uppger däremot att de inte har för avsikt att börja med digitala besök. De är av uppfattningen att risken att det leder till fler besök för patienten och en ökad förskrivning av läkemedel är stor. Den intervjuade chefen menar också att det i de flesta fall inte går att göra en medicinsk bedömning utifrån bildmedier. Det kan dock finnas vissa patienter där det går bra, exempelvis överviktspatienter och diabetiker. De digitala verktygen måste

användas selektivt menar intervjuad chef. Även intervjuad verksamhetschef för Valjehälsan är kritisk till utvecklingen av digitala besök generellt. Både Hälsohuset och Valjehälsan har god tillgänglighet för fysiska besök.

3.3.2. Bedömning

Tillgängligheten till läkarbesök varierar mellan vårdcentralerna. Vid ungefär hälften av vårdcentralerna är denna tillgänglighet tämligen tillfredsställande. Ett antal andra har väsentliga problem. Av de två dimensioner av tillgänglighet som mäts och följs upp är det telefontillgängligheten som är mest problematiskt. Att inte få kontakt samma dag som man ringer bedöms som en brist och kan leda till fler besök på akutmottagning eller jourcentraler.

Det bör tas i beaktande att dessa två mått på tillgänglighet inte ger hela bilden. Möjligheten att genomföra planerade återbesök till läkare och sjuksköterskor är en nog så viktig aspekt av tillgänglighet men den följs inte upp.

Några intervjuade uppger att de tvingas avstå från viktiga sysslor på grund av att de måste prioritera tillgängligheten. Utifrån våra erfarenheter kan ett sådant resonemang leda fel. Skälet är att en eventuellt sänkt ambition när det gäller tillgänglighet leder till ännu mer kökostnader i form av telefonsamtal, frustrerade patienter m.m. Vid god balans mellan efterfrågan och kapacitet försvinner avsevärt mycket administrativt arbete i form av kökostnader.

3.4. Personorienterat arbetssätt

I mars 2016 beslutades att Landstinget Blekinge skulle införa personcentrerad vård generellt inom landstingets hälso- och sjukvård. I regelboken för vårdcentralerna anges att "personcentrering grundas i en människosyn som ser människan som kapabel" och är därmed ett krav för de vårdcentraler som ingår i hälsovalet. "Patienten ska värdesättas som en person med egna upplevelser av situationen och egna förutsättningar, resurser och hinder". Med andra ord är det just ett nytt förhållningssätt som genomsyrar de strategiska målformuleringarna på landstingsnivå och i regelboken. Konkreta faktorer finns inte beskrivna utan förväntas utformas av professionen.

lakttagelser från intervjuerna:

- ▶ Samtliga verksamhetschefer inom de landstingsdrivna vårdcentralerna har genomgått utbildning i personcentrerat arbetssätt.
- ▶ Ingen av vårdcentralerna, vare sig privata eller landstingsdrivna, har gjort något systematiskt arbete med att definiera vad ett personcentrerat förhållningssätt i praktiken innebär för det dagliga arbetet. Det arbetet återstår.
- ▶ En förutsättning för att konkretisera förhållningssättet är ett administrativt stöd. Det uppger bland andra förvaltningschefen för den landstingsdrivna primärvården. Det är i ett sådant som resultaten av samtalen med patienterna kan dokumenteras och följas. Något sådant finns ännu inte. Resultatet av det pilotprojekt som genomförts vid Wämö vårdcentral kan därför inte fullt ut användas enligt förvaltningschefen.
- ▶ Ett konkret uttryck för förhållningssättet som de flesta nämner är den fasta vårdkontakten som beskrivits ovan. Den fasta vårdkontakten har goda förutsättningar att förstå patientens upplevelse av vårdförloppet och kan ta hänsyn till det i planeringen. Även [SIP:arna](#) nämns som en metod där

- patientens medverkan bildar utgångspunkt för planeringen. SIP är dessutom en beståndsdel i SAMPELS-modellen som används i Blekinge.
- ▶ Några nämner att det finns en inneboende konflikt mellan att arbeta personcentrerat, vilket tar längre tid, och strävan efter att erbjuda telefontillgänglighet och till ett förstabesök. Samtidigt stödjer flera tanken att mer tid med respektive patient och deras delaktighet kan minska behovet av nya besök. Det är dock svårt att i nuet tänka långsiktigt, inte minst om köerna och väntetiderna är långa.
 - ▶ En av de intervjuade menar att personcentrering inte bara handlar om att möta patienten under längre tid vid besöket. Om tillgängligheten är god och den sökande får bedömning och hjälp tidigt i förloppet så går det fortare att lösa problemet och det är samtidigt personcentrerat att ta hand om problemet snabbt.
 - ▶ En av de intervjuade menar att en av de grundläggande beståndsdelarna i den allmänmedicinska specialiteten är just helhetsperspektivet och utgångspunkten i patientens upplevelse av situationen. Därför är tanken om personcentrerat förhållningssätt inte något nytt inom primärvården.

3.4.1. Bedömning

Bedömningen är att personcentrerat förhållningssätt alltjämt är en beslutad målformulering som ännu inte fått konkreta uttryck inom länets vårdcentraler. Med alltjämt menas att landstinget tog beslutet om att införa detta för mer än tre år sedan. Begreppet är inskrivet och allmänt definierat i regelboken men hur det ska kunna följas upp och bedömas är oklart. Det innebär inte nödvändigtvis att vårdcentralerna i vissa eller rent av flera avseenden arbetar med patienten och utifrån dennes intentioner och situationsbeskrivning. Det tydligaste uttrycket för patientcentrerad vård som nämnts bland de intervjuade är etablerandet av fast vårdkontakt för de som behöver. Fast vårdkontakt är ett krav i både LOS och patientlagen.

Vi bedömer vidare att det finns ett samband mellan tillgänglighet och bemanningssituation å ena sidan och möjligheterna att arbeta personcentrerat å den andra. När situationen är ansträngd för personalen på grund av väntetider och personalbrist går den mesta energin för chefer och medarbetare åt till att lösa dagens uppgifter. Att utveckla nya arbetssätt och ägna mer tid till patienterna blir då svårt. Vad som är hönan och ägget är dock inte självklart. En vårdcentral som har en tydlig och genomarbetad strategi för patientrelationen och vårdlogistiken kan få lättare att rekrytera personal och arbeta köfritt. Det finns exempel på detta inom både sjukhusvård och primärvård i Sverige. Omvänt kan det även vara så att det är svårt att nå till en sådan situation om det inte finns vissa grundförutsättningar avseende resurser och kompetens.

Härvidlag ser situationen tämligen olika ut vid de vårdcentraler som ingår i denna granskning.

3.5. Prioritering av barn- och unga

Ett av de prioriterade områdena som beskrivs i regelboken och i landstingsplan och budget 2018 är området barn- och unga. Det ingår som ett av de sju fokusområdena för den nära vården och där samverkan beskrivs som en central faktor. Landstingsstyrelsen tog ett inriktningsbeslut i början av 2017 kring den nära

vården (ärende 2017/00077) som bland annat berör barn och ungas behov. Insatser som nämns är familjecentraler och barn- och ungdomshälsa som viktiga komponenter. En familjecentral är planerad att starta i Karlskrona. I denna granskning är fokus riktat mot det arbetet som sker på vårdcentralerna. Vid de granskade vårdcentralerna är det ingen som vidtagit någon explicit åtgärd för att stärka barn och ungas behov när det gäller den somatiska vården mot bakgrund av inriktningsbeslutet som även anges i regelboken.

Den tydliga åtgärd som vidtagits för de landstingsdrivna vårdcentralerna är en satsning tillsammans med barn- och ungdomspsykiatri avseende första linjens vård för psykisk ohälsa. Det projekt som tidigare benämndes som "Kallingeprojektet" är permanentad i en verksamhet som kallas "Första linjen för barn- och unga". Vid Ronneby vårdcentral finns psykolog, kuratorer och KBT-terapeut med kompetens att möta barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Dessa stödjer samtliga landstingsdrivna vårdcentraler med att ta emot dessa besök. Från och med 2018 arbetar de över hela länet efter att tidigare ha arbetat främst i västra länsdelen. Samtliga intervjuade chefer inom de landstingsdrivna uppger att verksamheten har fungerat bra och att deras förmåga att möta behov har stärkts.

Hälsohuset för alla, Valjehälsan och Familjehälsan har egen personal med denna kompetens och som arbetar med både vuxna och barn. Vid Valjehälsan har de fyra kuratorerna som uppgift att stötta nyblivna föräldrar och att identifiera risk för psykisk ohälsa i framtiden. Läkarhuset har en KBT-sköterska och är i färd med att rekrytera en psykolog och en med barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens.

I landstingets delårsrapport per augusti 2018 framgår att Landstinget och Blekinges fem kommuner har ansökt och beviljats att delta i ett treårigt nationellt utvecklingsarbete kring tidiga och samordnade insatser för barn och unga som Skolverket och Socialstyrelsen bjudit in till. Totalt har 16 utvecklingsarbeten beviljats delta. Utvecklingsarbetet ger god möjlighet till utveckling av en sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa.

Den ordinarie barnhälsovården är inte granskad i denna rapport. I Hälsovalets delårsrapport framgår emellertid att alla vårdcentraler inte uppfyller kraven utifrån nationellt evidensbaserad praktik. "Det fanns brister avseende både universella och riktade insatser vilket riskerar att bidra till en ojämlig hälsa i befolkningen". Vissa vårdcentraler uppfyller kraven väl enligt delårsrapporten.

3.5.1. Bedömning

Det tydligaste uttrycket för en särskild insats som ligger i linje med inriktningsbeslutet för barn- och ungas behov är etablerandet av förstalinjeverksamheten inom den landstingsdrivna primärvården. Första linjens vård för barn- och unga med psykisk ohälsa har under lång tid varit ett problemområde i Blekinge liksom i övriga landet. Verksamheten vid Kallinge vårdcentral är enligt vad som framkommit i denna granskning ett viktigt steg i rätt riktning.

De flesta av de privata vårdcentralerna bedöms ha goda förutsättningar att svara upp mot denna förstalinjeverksamhet. Denna granskning kan inte till fullo bedöma hur väl de privata vårdcentralerna klarar detta förstalinjeuppdrag.

I övrigt är bedömningen att landstingets inriktningsbeslut att fokusera på barn och ungas behov inte resulterat i några specifika åtgärder på vårdcentralnivå. Det är den medicinska prioriteringen som ligger till grund för vilka patienter som tas om hand först. Det finns heller ingen uppföljning av hur inriktningsmålet förverkligats.

Det bör även i detta område betonas att det i granskningen inte finns underlag för att bedöma hur väl vårdcentralerna tar om hand barn och unga generellt. I den

mån vårdcentralen brottas med bristande tillgänglighet och/eller kompetensförsörjningsproblem drabbas sannolikt både barn och vuxna.

4. Kortfattade svar på revisionsfrågorna

Revisionsfråga	Svar
<p>Finns det strategier för vård som kan överföras från sjukhus till primärvård och hur ser primärvårdens förutsättningar ut för att kunna genomföra det?</p>	<p>Det finns formulerade målsättningar om att så ska ske men inga konkreta strategier för en förändring i den riktningen. I granskningen har det framkommit några exempel på aktiviteter/besökstyper som skulle kunna ske på vårdcentralerna i större utsträckning. Däremot finns inget pågående förändringsarbete för att identifiera diagnoser vars vårdprocess skulle kunna vara föremål för förändring. Vår bedömning är att regionen befinner sig i ett vänteläge i avvaktan på nationella initiativ vad gäller resurser och uppdrag.</p> <p>Frågan är dessutom komplex. Det finns andra skäl än rent medicinska, till att återbesök sker vid sjukhusets kliniker istället för vid vårdcentralerna.</p>
<p>Finns det en tydlighet i gränsdragningen mellan specialistvård och första linjens vård för somatiska och psykiatriska besvär och klarar vårdcentralerna av att ta förstalinjeansvaret?</p>	<p>I viss grad. I intervjuerna har några framfört att oklarhet råder huruvida sjukhuset eller vårdcentralen ska omhänderta patienterna. Det är dock inte klart om det beror på otydlighet eller exempelvis brist på specialister vid sjukhuset.</p>

Revisionsfråga	Svar
<p>Klarar vårdcentralerna att ta det samordningsansvar för vårdplanering som den nya lagen om samverkan vid utskrivning ställer?</p>	<p>Bedömningen är att lagen om samverkan vid utskrivning (LOS) tydligt påverkat vårdcentralernas arbete och gjort vårdcentralernas fasta vårdkontakter centrala i vård- och planeringsprocessen. Förändringen har varit olika stor vid olika vårdcentraler beroende på tidigare arbetssätt och samverkan med kommunerna. De vårdcentraler som har ett ansträngt läge vad gäller tillgänglighet har svårast att ta ansvaret. Sammantaget bedöms arbetet fungera med fasta vårdkontakter och initiativ till SIP:ar, men inte fullt ut. Det händer inte sällan att sjukhuset missar att informera vårdcentralen om att patient är utskriven men insatser pågår på sjukhuset för att minska det problemet.</p>
<p>Hur klarar vårdcentralerna krav och målsättning för tillgänglighet och vilka åtgärder vidtas vid temporära tillgänglighetsproblem?</p>	<p>Vid ungefär hälften av vårdcentralerna tillgängligheten tämligen tillfredsställande. Ett antal andra har väsentliga problem. Av de två dimensioner av tillgänglighet som mäts och följs upp är det telefontillgängligheten som är mest problematisk. Att inte få kontakt samma dag som man ringer bedöms som en brist och kan leda till fler besök på akutmottagning eller jourcentraler.</p> <p>Det bör tas i beaktande att dessa två mått på tillgänglighet inte ger hela bilden. Möjligheten att genomföra planerade återbesök till läkare och sjuksköterskor är en nog så viktig aspekt av tillgänglighet men den följs inte upp.</p> <p>Några intervjuade uppger att de tvingas avstå från viktiga sysslor på grund av att de måste prioritera tillgängligheten.</p>

Revisionsfråga	Svar
<p>Hur arbetar vårdcentralerna med det prioriterade området "barn- och ungas behov", som beskrivs i regelboken?</p>	<p>Det tydligaste uttrycket för en särskild insats som ligger i linje med inriktningsbeslutet för barn- och ungas behov är etablerandet av förstalinjeverksamheten inom den landstingsdrivna primärvården. Verksamheten vid Kallinge vårdcentral är enligt vad som framkommit i denna granskning ett viktigt steg i rätt riktning.</p> <p>De flesta av de privata vårdcentralerna bedöms ha goda förutsättningar att svara upp mot denna förstalinjeverksamhet. Denna granskning kan inte till fullo bedöma hur väl de privata vårdcentralerna klarar detta förstalinjeuppdrag.</p> <p>I övrigt är bedömningen att landstingets inriktningsbeslut att fokusera på barn och ungas behov inte resulterat några specifika åtgärder på vårdcentralsnivå. Det är den medicinska prioriteringen som ligger till grund för vilka patienter som tas om hand först. Det finns heller ingen uppföljning av hur inriktningsmålet förverkligats.</p>
<p>Arbetar vårdcentralerna i tillräcklig utsträckning med att utveckla ett personorienterat arbetssätt?</p>	<p>Nej. Personcentrering är ännu bara ett begrepp som inte fått konkreta uttryck i arbetet på vårdcentralerna.</p> <p>En förklaring till detta som anförts från de landstingsdrivna vårdcentralerna är avsaknaden av ett IT-stöd för den dokumentation som behövs för att arbeta personcentrerat.</p>

Stockholm den 23 januari 2019

Anders Hellqvist
EY

Bilaga 1. Intervjuade funktioner

- ▶ Förvaltningschef för primärvården
- ▶ Presidiet för Nämnden för primärvård och tandvård
- ▶ Representant från hälsovalsavdelningen
- ▶ Verksamhetschef för Lyckeby, Wämö och Rödebys vårdcentraler
- ▶ Verksamhetschef för Ronneby, Kallinge, Samariten och Bräkne-Hobys vårdcentraler samt 1177 och jourcentral vårdcentral
- ▶ Verksamhetschef för Brunnsgårdens vårdcentral
- ▶ Verksamhetschef för Olofströms och Sölvesborgs vårdcentral
- ▶ Verksamhetschef för Hälsohuset för alla
- ▶ Verksamhetschef för Läkarhuset
- ▶ Verksamhetschef för Familjeläkarna och Läkehjälpen
- ▶ Verksamhetschef för Valjehälsan
- ▶ Verksamhetschef för Medicinkliniken på Blekingesjukhuset
- ▶ Medicinsk ansvarig rådgivare och överläkare hos öron- näs- halskliniken på Blekingesjukhuset

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

2019-03-12

Ärendenummer: 2019/00225

Dokumentnummer: 2019/00225-3

Förvaltningsstaben
Agnes Lindeberg

Till hälso- och sjukvårdsnämnden

Svar på uppföljning "Granskning av primärvården, Landstinget Blekinge 2018"

Bakgrund och ärendebeskrivning

EY har på uppdrag av landstinget revisorer genomfört en granskning av primärvården. Syftet med granskningen var att bedöma om dåvarande Landstingsstyrelsen samt Nämnden för primärvård och folktandvård säkerställt en ändamålsenlig vård.

EY gav följande rekommendationer:

- Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att initiera en kartläggning av områden där besök som idag sker på sjukhus skulle kunna ske vid länets vårdcentraler
- Fortsätt arbetet med att säkerställa att nödvändig information ges till vårdcentralerna vid utskrivning av patienter från sjukhuset
- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att intensifiera arbetet med att förbättra tillgängligheten samt säkerställa att regionens vårdcentraler arbetar utifrån modern vårdlogistik för att minska arbetet med att administrera köer, s.k. kökostnader, och därmed förbättra tillgängligheten
- Regionstyrelsen rekommenderas att säkerställa att de krav på personcentrerat arbetssätt som finns i "Uppdragsbeskrivning och regelbok för hälsovalet" följs upp

Sammanfattande svar på givna rekommendationer i rapporten

De problem som idag ses i primärvården och i samverkan mellan olika vårdnivåer vad gäller kontinuitet, patientdelaktighet och tillgänglighet kan vara en konsekvens av att det inom svensk hälso- och sjukvård hittills satsats mer på akutsjukvård och annan specialiserad vård än på primärvården. Det faktum att andelen äldre ökar och att hälso- och sjukvårdens resurser är begränsade innebär att samarbetet för ett bättre resursutnyttjande måste utvecklas. En omställning av vården innebär bland annat förändrade arbetssätt samt förbättrad styrning och uppföljning. Sedan 2016 pågår, i Region Blekinge, ett långsiktigt utvecklingsarbete kring *Framtidens hälso- och sjukvård*. Arbetet, som sker i olika fokusgrupper, innebär att vården på sikt ska ställas om från

sjukhusvård till nära vård och primärvård samt utveckla förebyggande och hälsofrämjande insatser. 2018 tog dåvarande landstingsfullmäktige beslut om en förändring av hälso- och sjukvårdens ledningsstruktur. I samband med övergång till Region Blekinge den 1 januari 2019, organiserades hälso- och sjukvården i en gemensam förvaltning. Syftet är att underlätta för hälso- och sjukvårdens omställning genom förändrad ledning och styrning. Dessutom ska införandet av processtyrning och ett processorienterat arbetssätt underlätta patientens väg genom vården. Verksamheten ska bygga på ett personcentrerat förhållningssätt och patientens delaktighet.

Primärvårdens verksamhet utgår från *Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge*. I denna konstateras att primärvården utgör basen för hälso- och sjukvården i Blekinge dygnet runt, oavsett ålder- eller patientgrupp. Primärvården ska erbjuda vård utifrån befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, hälsofrämjande- och förebyggande insatser samt rehabilitering som inte kräver länssjukvårdens medicinska eller tekniska resurser eller kompetens. Enligt uppdragsbeskrivningen omfattar primärvårdens ansvar planerad och akut sjukvård, prioritering av patienter får endast ske utifrån medicinska behov. Förutom bedömningar, utredningar, behandlingar och åtgärder har primärvården också i uppdrag att vara patientens rådgivande instans dit man vänder sig för råd och anvisningar. Primärvården ska även vara den instans som bedömer när patienten ska vidareremitteras till annan vårdnivå och till rätt vårdspecialitet i de fall patientens tillstånd så kräver. Detta innebär att patienten remitteras tillbaka till primärvården så snart patienten är färdigbehandlad och/eller färdigutredd och specialistinsatser inte längre krävs för den fortsatta vården. *Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård* (LOS) trädde i kraft den 1 januari 2018. Lagen innebär att primärvården liksom annan öppen vård har ansvar för samordnad individuell planering så kallad SIP och skyldighet att erbjuda en fast vårdkontakt. Gemensamma utbildningsinsatser för personal i landstinget och i kommunerna och uppdatering av kommunikationsverktyget *Prator* genomfördes i samband med införandet av den lagen. Nya rutinerna för samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård utarbetades och infördes i Blekinge från den 1 februari 2018. Under 2018 har ytterligare utbildningsinsatser genomförts. Arbetet med att identifierat och åtgärda brister fortsätter under 2019.

2017 tillsatte dåvarande regering en utredning för att stödja landsting, myndigheter och organisationer i arbetet med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård i primärvården. I delbetänkandet *God och nära vård - en primärvårdsreform* från juni 2018, slås det fast att primärvården har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården bör därför ges förutsättningar för att utgöra navet i vården. Vidare konstateras i utredningen, att forskning visar, att för att uppnå en jämlik hälsa i befolkningen behövs en stärkt primärvård.¹

De problem som föreligger inom primärvården, inom ekonomi, bemanning, tillgänglighet, ledning, styrning och uppföljning lyfts fram i granskningen. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bedömer att stora delar av dessa brister kan hanteras via förändring i styrning och ledning i den nya organisationen under förutsättning att dessa utgår från de behov och förutsättningar som en omställning av vården med satsningar på den nära vården innebär. Fokus ska ligga på att möjliggöra vård, utredning och behandling med god kontinuitet inom primärvården. Utöver det krävs satsningar på attraktivt arbetsgivarskap och på finansiering.

¹ God och nära vård – en primärvårdsreform

https://www.regeringen.se/49c941/contentassets/85abf6c8cfdb401ea6fbd3d17a18c98e/god-och-nara-var-d-en-primarvar-dsreform_sou-2018_39.pdf

Svar på givna rekommendationer till nämnden:

- För att möta framtida behov av vård, behöver resurser användas så att mesta möjliga vård fås. Det innebär att vården behöver ställa om från en sjukhustung vård till en mer nära vård där primärvården utgör basen och navet i vården. För det krävs förändringar i arbetssätt, styrning och ledning. Inom Region Blekinge pågår arbeten på olika nivåer. Sedan den 1 januari 2019 är Region Blekinges hälso- och sjukvård organiserad i en gemensam hälso- och sjukvårdsförvaltning där den offentliga primärvården ingår i område *Nära vård*. Processstyrning och ett processororienterat arbetssätt ska införas för att underlätta och förbättra för patienterna. Hälso- och sjukvården i Region Blekinge har påbörjat arbetet med processkartläggning för att utveckla samverkan mellan den sjukhusvård, primärvård och kommunal vård och omsorg. I denna utveckling ska vårdflöden garanteras, så att rätt vård ges i rätt tid med rätt metod och kompetens och där ansvaret för att koordinera vårdinsatser säkerställs inom området *Nära vård*. Vidare pågår arbeten som utgår från utredningen *Framtidens Hälso- och sjukvård*. Initiativen syftar till att möta framtida behov genom att identifiera olika gruppers behov. För att ställa om till en processororienterad organisation har även arbetet med kartläggning och identifiering av olika processer till exempel artros- och strokeprocessen påbörjats. Ett arbete med att införa personcentrerat förhållningssätt pågår. För att utveckla den nära vården, så att i framtidens primärvård kan utgöra hälso- och sjukvårdens nav, är det nödvändigt att förändringsarbetet utgår från ett helhetsperspektiv på patienten. En kartläggning för att analysera vilka besök som kan ske på vårdcentral men som idag görs på sjukhuset, är en del av det påbörjade processarbetet.
- Information och informationsöverföring är en utmaning för vården. För att bedriva en patientsäker vård krävs en säker och effektiv informationshantering. I samband med införandet av *Lagen om samverkan vid utskrivning* (LOS) den 1 januari 2018 gjorde Landstinget Blekinge tillsammans med kommunerna en genomgång av arbetet med informationsöverföring. För att underlätta införandet av det förändrade arbetssättet erbjöds personal inom såväl landstinget som kommunerna utbildning och uppdatering av rutiner och hantering av teknik för överföring. Utbildningar följdes upp under hösten 2018. Vidare har Region Blekinge deltagit i SKL:s konferenser och fortbildning samt tagit del av det utbildningsmaterial som SKL tagit fram. För att leva upp till lagens intentioner krävs stöd via tekniska system för informationsöverföring och kommunikation, tydlig metodik för information och väl fungerande och kända rutiner. Rutiner kring SIP och kommunikationsverktyget Prator utvecklas kontinuerligt för att möjliggöra säker kommunikation och för att kunna utvärdera mål kring beslutsstöd och SIP. Sedan lagen infördes har vårdtider på sjukhus minskat utan att återinläggningar ökat, vilket kan ses som ett resultat av förbättrat samarbete. Arbetet med att utveckla samverkan kommer att fortsätta under 2019. Kommunernas roll är i många fall av stor betydelse för patienterna.
- Arbetet med att erbjuda en god tillgänglighet är ständigt pågående. I SKL:s *Väntetider i vården* redovisas primärvårdens tillgänglighet i form av andelen telefonsamtal som besvaras samma dag och tillgänglighet till besök. Sedan den 1 januari 2019 gäller en utökad vårdgaranti, vilken innebär att en patient, som bedöms ha behov av vård, ska få en bedömning av legitimerad personal inom tre dagar. Begreppet tillgänglighet är mer omfattande och kan också innebära ett gott bemötande, möjlighet till kontinuitet i kontakt med sjukvården och valfrihet i hur kontakten ska etableras. Förutom det pågående arbetet med att utveckla telefonisystemets möjligheter med bland annat inringning för bokning av uppringningstid och avbokning, har primärvården påbörjat införande av webb-tidbok. Detta arbete beräknas vara färdigt vid

halvårsskiftet 2019. Dessutom pågår ett pilotprojekt för distansbesök på tre vårdcentraler. Projektet omfattar möjlighet att genomföra distansbesök via Skype och lansering av en vårdapp. Genom att erbjuda olika vägar att nå vården, ökar invånarnas möjlighet att välja det sätt som passar den enskilda individen bäst. Personcentrerat förhållningssätt och arbetet med att införa så kallat patientkontrakt syftar till att patient och anhöriga känner en större delaktighet. Därutöver har ett arbete med produktionsstyrning startat 2018. Detta arbete kommer att fortsätta under senare delen av 2019 i syfte att förbättra tillgängligheten.

- Häls- och sjukvården i Region Blekinge arbetar sedan några år med införandet av personcentrerat förhållningssätt. Redan 2017 togs initiativ i primärvården att införa personcentrerad vård via pilotprojekt som bland annat omfattade äldres hälsa, årsuppföljning vid kronisk sjukdom, kvinnors hälsa och mångsökare. I samband med pilotprojektet framkom behov av dokumentation för att kunna följa upp det personcentrerade arbetssättet på verksamhetsnivå. I Region Blekinge pågår ett arbete med att ta fram och införa ett nytt vårdinformationssystem. I samband med att det gamla vårdsystemet avvecklas till förmån för det nya kommer också uppföljning av personcentrerad vård att möjliggöras på ett tillfredsställande sätt. Vidare arbetar hälso- och sjukvården med att införa *patientkontrakt*, en nationell satsning via SKL. *Patientkontrakt* utgörs av en överenskommen plan över inplanerade vårdinsatser och syftet är att bidra till trygghet för patienten. Kontraktet ska också garantera att vårdinsatserna genomförs inom rimlig tid. En regional grupp arbetar med att ta fram en handlingsplan för införandet. Planen ska presenteras under våren 2019.

Karlskrona som ovan

Lars Almroth
Häls-och sjukvårdsdirektör

Kanslienheten
Helene Håkansson

2019-03-20

Ärendenummer 2018/00501
Dokumentnummer 2018/00501-3

Till regionfullmäktige

Svar på motion om GBS-provtagning

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige

1. att avslå motionen

Sammanfattning

I aktuell motion från Emilie Pilthammar (M) menas det att B-streptokocker, kallade GBS, är vanliga och cirka trettio procent av alla gravida har dem. Många gånger utan att veta om det. GBS kan i värsta fall orsaka plötslig spädbarnsdöd men även orsaka andra skador. Genom en odling av urin, ett prov från livmoderhalstappen eller genom ett blodprov kan GBS påvisas. I dagsläget får den kvinna som påvisat dessa streptokocker antibiotika vid förlossningen men den som inte testats riskerar att smitta sitt barn.

Att införa ett GBS-test vid konstaterad graviditet kan rädda liv om det görs i den senare delen av graviditeten. Med nya rön har den plötsliga spädbarnsdödligheten gått ner avsevärt men vi är fortfarande inte på noll och det bör målet vara. Sedan screening infördes i USA gick den plötsliga spädbarnsdöden (kallad SIDS) ner. De som är negativa till screening säger att detta skulle rädda väldigt få barn, men just det där barnet som räddas kan vara allt för någon. Det kan vara ditt framtida barn eller barnbarn.

Politiken ska inte peta i vården men att införa livräddande åtgärder bör vara en kostnadsbesparing i längden då lidandet hos de enskilda kan minskas oerhört.

I motionen föreslås:

Att Landstinget Blekinge undersöker vad kostnaden för ett införande av GBS-tester för gravida skulle bli

Att Landstinget Blekinge, så fort budgeten tillåter, inför GBS-tester hos gravida i vårt landsting

Bakgrund

Grupp B Streptokocker (GBS) utgör idag den vanligaste orsaken till allvarliga bakteriella infektioner hos nyfödda. Omkring 20-30 procent av alla gravida är koloniserade med GBS. Cirka 70 procent av barnen till kvinnor som är bärare av GBS blir koloniserade i samband med vaginal förlossning.

0,5 - 1 av tusen barn som föds i Sverige får en sepsis/meningit orsakat av GBS. Mortaliteten bland dessa barn är cirka 5 procent och majoriteten av barnen insjuknar inom 24 timmar efter förlossningen. Profylaxregimen för detta i Sverige är riskbaserad till skillnad från screeningbaserad.

Riskbaserad regim innebär att patienter med ökad risk ges antibiotika under förlossningen enligt nedan:

1. Om kvinnan tidigare fött barn som drabbats av svår tidig neonatal GBS infektion (<7d).
2. Om GBS kolonisation konstaterats under aktuell graviditet (urin eller vaginalodling).
3. Vid prematurbörd graviditetsvecka 32+0-36+6.
4. Vid vattenavgång mer än 18 timmar och aktivt värkarbete

Dessutom ges antibiotika vid akuta kejsarsnitt och vid planerade kejsarsnitt om den födande är >100kg eller blödning > 1000ml, detta även för att skydda för andra infektioner.

Som kommentar till punkt 4 kan tilläggas att detta innebär att man även ger profylax vid förlossningen till en del patienter som möjligen inte hade haft någon risk att få ett barn som får infektion, men i Blekinge gör man det för säkerhets skull.

Om en kvinna med en GBS får behandling under graviditeten så finns en risk att infektionen återkommer senare. Odling för analys av GBS tas på förlossningsavdelningen vid för tidig vattenavgång eller tempstegring hos den födande. Man väntar inte på odlingsvar utan ger antibiotika samt även under förlossningen vid misstanke om infektion eller tempstegring.

Det sker även analys av GBS om man av någon anledning skickar urinodling under graviditeten. I vissa fall, t.ex. tidigare GBS, tas vaginalodling under graviditeten för analys av GBS. Vid konstaterad positiv odling under mödravårdstiden noteras detta i journalsystemet så att det visas när journalen öppnas då patienten anländer till förlossningsavdelningen.

I England har man nyligen genomfört en nationell studie om förekomsten av neonatala GBS-infektioner, och med anledning av undersökningen valt att bibehålla den riskbaserade profylaxmodellen.

Den ”screening”-baserade profylaxstrategin, med behandling av alla GBS-positiva kvinnor, anses kunna förhindra fler fall av neonatal infektion än den riskbaserade. Underlaget för denna slutsats bygger dock på retrospektiva data, vilket inte har högt evidensvärde.

Man har i USA med ”screening”-baserad strategi lyckats komma ner till samma nivå av neonatala infektioner som vi har i Sverige. Dock har man inte sett någon ytterligare minskning av antal neonatala GBS-fall under den senaste 5-årsperioden då screeningbaserad profylax konsekvent förordats.

Man måste också beakta riskerna med ett omfattande antibiotikabruk och att ett stort antal kvinnor måste behandlas för att förebygga ett fall av neonatal GBS-infektion. Det finns också farhågor för att en omfattande tillämpning av intrapartal antibiotikapofylax (IAP) kan öka risken för neonatala infektioner som orsakas av andra bakterier än GBS och för utveckling av antibiotikaresistens.

För närvarande bedöms det inte aktuellt att införa allmän screening för GBS i Sverige och Region Blekinge bör följa den nationella rekommendation som finns.

Karlskrona enligt ovan

Emma Stjernlöf (M)
Ordförande hälso- och sjukvårdsnämnden

Bilaga

- Motion dokumentnummer 2018-00501-1

Motion om GBS-provtagning

För många är du ingen men för någon är du allt. Ett barn kan förändra så mycket i livet till det positiva. Förlusten av ett barn är oerhört svår för föräldrar, syskon och andra anhöriga oavsett om barnet avlider i magen eller i spädbarns ålder.

Plötslig spädbarnsdöd kallas det om ett barn dör i magen från vecka 22 fram tills det är ett par år gammalt. I Sverige finns det ingen exakt siffra beroende på att vi räknar på lite olika sätt men det rör sig om ungefär 500 barn om året. Varje år dör cirka 250 människor i trafikolyckor i Sverige.

B-streptokocker, kallade GBS, är vanliga och cirka trettio procent av alla gravida har dem. Många gånger utan att veta om det. GBS kan i värsta fall orsaka plötslig spädbarnsdöd men även orsaka andra skador. Genom en odling av urin, ett prov från livmoderhalstappen eller genom ett blodprov kan GBS påvisas. I dagsläget får den kvinna som påvisat dessa streptokocker antibiotika vid förlossningen men den som inte testats riskerar att smitta sitt barn.

Att införa ett GBS-test vid konstaterad graviditet kan rädda liv om det görs i den senare delen av graviditeten. Med nya rön har den plötsliga spädbarnsdödligheten gått ner avsevärt men vi är fortfarande inte på noll och det bör målet vara.

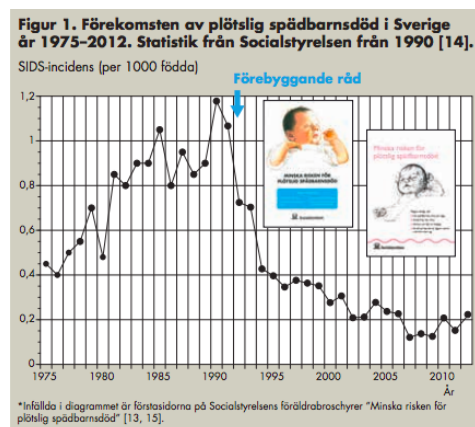
Sedan screening infördes i USA gick den plötsliga spädbarnsdöden (kallad SIDS) ner. De som är negativa till screening säger att detta skulle rädda väldigt få barn, men just det där barnet som räddas kan vara allt för någon. Det kan vara ditt framtida barn eller barnbarn.

Politiken ska inte peta i vården men att införa livräddande åtgärder bör vara en kostnadsbesparing i längden då lidandet hos de enskilda kan minskas oerhört.

Jag föreslår därför

Att Landstinget Blekinge undersöker vad kostnaden för ett införande av GBS-tester för gravida skulle bli.

Att Landstinget Blekinge, så fort budgeten tillåter, inför GBS-tester hos gravida i vårt landsting. (eller region om det har hunnit bli det)



Kanslienheten
Helene Håkansson

2019-03-20

Ärendenummer 2018/00537
Dokumentnummer 2018/00537-3

Till regionfullmäktige

Svar på motion angående inkluderande av färgblindhet i dagens glasögonbidrag för barn och unga

Förslag till beslut

Hälso-och sjukvårdsnämnden beslutar föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige

1. att avslå motionen.

Sammanfattning

I aktuell motion från Camilla Karlman (SD) och Tommy Strannemalm (SD) menas det att om man tappar information på grund av fel färguppfattning, påverkas livskvaliteten, försämras säkerheten av informationsbearbetning och därmed påverkas uppfattningens reaktionstid. Färgblindhet medför en särskild nackdel i barndomen. Små barn blir hindrade i sina studier och i sin självuppfattning. Dagsbarn och små skolbarn ritar rött gräs och grönt hustak på sina ritningar, och de kanske får dåligt betyg pga. detta.

Motionärerna anser att även dessa barn skall ha samma rättigheter till dagens glasögonbidrag som alla andra synfel ingår i. Från 1 mars 2016 får barn och unga vuxna ett bidrag till glasögon för den synnedsättning de har, ett så kallat glasögonbidrag.

I motionen föreslås att:

Att Landstingsfullmäktige ger berörd instans i uppdrag att omarbete de glasögonbidrag som finns idag, så att även färgblindhet inkluderas.

Bakgrund

Metoden angående glasögon för färgblindhet befinner sig ännu i ett tidigt skede och det är därför svårt att bedöma effekten. Troligtvis kan man lägga in olika filter i glasögonen för att på så sätt förbättra färgseendet, dock kommer den metoden inte fungera alls på vissa patienter. Det skulle kunna bli en förbättring i kontraster men kan inte jämföras med fullgott färgseende. Dessutom skulle glasögonen men filter bli mörka likt solglasögon, vilket försämrar seendet på andra sätt.

Frågan har ställts till ett flertal andra regioner i landet om glasögonbidrag för färgblindhet. Ingen av de tillfrågade regionerna erbjuder något liknande bidrag.

För Alliansen är det viktigt att en välfungerande och beprövad metod finns att tillgå innan Region Blekinge eventuellt utökar glasögonbidraget så att även färgblindhet inkluderas. Idag finns inte en sådan metod.

Karlskrona enligt ovan

Emma Stjernlöf (M)
Ordförande hälso- och sjukvårdsnämnden

Bilaga

Motion från SD dokumentnummer 2018–00537-1

Motion ang inkluderande av färgblindhet i dagens glasögonbidrag för barn och unga

Sinnesorganens roll i överföring av information hos den moderna människan fördelas ungefär på följande sätt. Syn: 90%, hörsel: 5%, känsel: 2%, smak; 2%, lukt: 1%. Därför är det viktigt att utnyttja synens möjligheter maximalt. Om man tappar information på grund av fel färguppfattning, påverkas livskvaliten, försämras säkerheten av informations bearbetning och därmed påverkas uppfattningens reaktionstid. Drygt 32.6 miljoner människor lider av daltonism i Västeuropa, USA och Japan. De som lider av daltonism är förbjudna att arbeta i mer än 1500 olika yrken och de finner sig i underläge i praktiskt taget i livets alla områden. Idag finns det glasögonbidrag att söka för barn och unga.

Från 1 mars 2016 får barn och unga vuxna ett bidrag till glasögon för den synnedsättning de har, ett så kallat glasögonbidrag. Bidraget gäller från 0 år till och med det år man fyller 19 år. Till den dag då barnet fyller 8 år bestämmer varje landsting och region själv bidragets storlek. Därefter är det på minst 800 kronor och gäller även för linser. Om glasögonen eller linserna kostar mindre än 800 kronor är bidraget lika stort som kostnaden.

Färgblindhet medför en särskild nackdel i barndomen. Små barn blir hindrade i sina studier och i sin självuppfattning. Dagsbarn och små skolbarn ritar rött gräs och grönt hustak på sina ritningar, och de kanske får dåligt betyg pga detta. I lågstadiet där mycket av undervisningen innefattar färger med uppgifter som går ut på att man ska färglägga en bild med olika färger beroende på vad det är för tal det blir i de olika delarna. Problemet blir då att barn som är färgblinda får jätte dåliga resultat i matte trots att de kan räkna. De ser bara inte vilken penna som är blå.

Därför anser vi Sverigedemokrater detta som ytterst viktigt att även dessa barn skall ha samma rättighet till dagens glasögonbidrag som alla andra synfel igår i .

Vi Sverigedemokrater yrkar på:

Att Landstingsfullmäktige ger berörd instans i uppdrag att omarbetar de glasögonbidrag som finns idag, så att även färgblindhet inkluderas.

Kanslienheten
Helene Håkansson

2019-03-20

Ärendenummer 2018/00614
Dokumentnummer 2018/00614-3

Till regionfullmäktige

Svar på motion om införande av "Grått arkiv"

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige

1. att avslå motionen.

Sammanfattning

I aktuell motion från Björn T Nurhadi (SD) och Louise Erixon (SD) menas det att i begravningsbranschen tillhandahålls vid önskemål en handling som benämns som "det vita arkivet". Denna är tänkt att underlätta för de efterlevande så att det i en svår stund heltäckande sammanfattas praktiska åtgärder inför begravning. Samtidigt kan eventuella önskemål som den avlidne tidigare framfört om akten framgå där. Med samma typ av framförhållning bör det finnas möjlighet att få tillgång till en liknande handling som kan presenteras om en oförutsedd demens eller hjärnskada efter olycka/sjukdom (exempelvis stroke, infarkt, bil/mc/rid/fall-olyckor) inträffar.

För att så långt som möjligt kunna uppfylla den dementes eller skadades framförda behov och önskemål, och detta med ett lämpligt förhållningssätt, bör därför en handling införas som specificerar dessa. Denna ska kunna följa patienten under hela vårdförloppet och finnas med som en bilaga till patientjournalen.

Utöver att kunna ge patienten en drägligare tillvaro kan handlingen också bidra till att underlätta för vårdpersonal samt komma att innebära en ökad grad av trygghet och lugn hos anhöriga som då kan känna sig trygga i att hänsyn tas till den dementes eller hjärnskadades specifika, individuella behov.

I motionen föreslås:

Att utreda möjligheten att införa ett system som liknar det gråa arkivet enligt motionens intentioner.

Att information om ett ovan nämnt arkiv ska tillgängliggöras för allmänheten på exempelvis samtliga vårdcentraler, mottagningar, i sociala mediekkanaler och på lämpliga hemsidor

Bakgrund

Samspelet mellan patient och vårdare har under senare år fått stor uppmärksamhet, inte minst genom diskussioner om och implementering av en mer personcentrerad vård. Både nationellt och internationellt har begreppet personcentrerad vård vuxit fram som en beskrivning av god omvårdnad. Begreppet likställs ofta med god, humanistisk vård. I beskrivningar av personcentrerad vård betonas att personer med någon form av ohälsa, risk för ohälsa eller funktionshinder inte främst bör betraktas utifrån ohälsotillståndet eller funktionshindret utan istället att i högre grad fokusera på de resurser varje person har och vad det innebär att vara människa och i behov av vård.

Personcentrerad vård innebär en övergång från en modell där patienten är den passiva mottagaren av en medicinsk åtgärd, och där fokus för många vårdyrken är på patientens behov i stället för på resurser, till en modell där en överenskommelse görs med patienten, och ofta i samarbete med anhöriga, som aktivt deltagande i planering och genomförande av den egna vården och rehabiliteringen.

Vård innebär därför ett partnerskap mellan patienter/anhörigvårdare och professionella vårdare och utgångspunkten är patientens berättelse om sin sjukdom, och med den som utgångspunkt görs en gemensam vårdplan med mål och strategier för genomförande och uppföljning på kort- och lång sikt.

Genom att utveckla ett mer personcentrerat förhållningssätt kan patientens behov och önskemål uppmärksammas, tas tillvara och i möjligaste mån tillfredsställas.

Hälso- och sjukvården ställer om till den nära vården. En viktig del i omställningen är hur relationer tillsammans byggs mellan patienter, vård- och andra samhällsaktörer för att främja god hälsa och vård. Ett sätt att göra detta på är att använda sig av konceptet med patientkontrakt.

Konceptet patientkontrakt består av fyra delar, baserade på gemensam värdegrund och gemensamt ansvar:

- Överenskommelse
- Fast vårdkontakt
- Överenskommen tid
- Sammanhållen plan

Arbetet med att införa patientkontrakt i Region Blekinge är påbörjat. Det finns en utsedd arbetsgrupp och arbetet är förankrat och beslutat av hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Arbetsgruppen har även involverat invånargrupper och brukarsamordnare.

Syftet med såväl personcentrerad vård/ förhållningssätt som patientkontrakt är att i en högre utsträckning involvera patient och anhöriga i vården. Att lyssna in patient och anhörigas behov och önskemål, att informera och göra dem delaktiga är viktiga delar i utvecklingen av vården.

Karlskrona enligt ovan

Emma Stjernlöf (M)
Ordförande hälso- och sjukvårdsnämnden

Bilaga

- Motion dokumentnummer 2018–00614-1



Motion om införande av ”Grått arkiv”

I begravningsbranschen tillhandahålls vid önskemål en handling som benämns som ”det vita arkivet”. Denna är tänkt att underlätta för de efterlevande så att det i en svår stund heltäckande sammanfattas praktiska åtgärder inför begravning. Samtidigt kan eventuella önskemål som den avlidne tidigare framfört om akten framgå där. Med samma typ av framförhållning bör det finnas möjlighet att få tillgång till en liknande handling som kan presenteras om en oförutsedd demens eller hjärnskada efter olycka/sjukdom (exempelvis stroke, infarkt, bil/mc/rid/fall-olyckor) inträffar.

Vi vet att det även vid svår demens eller hjärnskador finns en mängd olika rutiner, behov, smaker, känsel- hörsel- och synintryck som ofta är intakta och därför viktiga att beakta och stimulera för att upprätthålla en så hög livskvalitet som omständigheterna medger. För att så långt som möjligt kunna uppfylla den dementes eller skadades framförda behov och önskemål, och detta med ett lämpligt förhållningssätt, bör därför en handling införas som specificerar dessa. Denna ska kunna följa patienten under hela vårdförloppet och finnas med som en bilaga till patientjournalen.

Utöver att kunna ge patienten en drägligare tillvaro kan handlingen också bidra till att underlätta för vårdpersonal samt komma att innebära en ökad grad av trygghet och lugn hos anhöriga som då kan känna sig trygga i att hänsyn tas till den dementes eller hjärnskadades specifika, individuella behov.

Sverigedemokraterna föreslår fullmäktige

Att utreda möjligheten att införa ett system som liknar det gråa arkivet enligt motionens intentioner

Att information om ett ovan nämnt arkiv ska tillgängliggöras för allmänheten på exempelvis samtliga vårdcentraler, mottagningar, i sociala mediekkanaler och på lämpliga hemsidor

Kanslienheten
Helene Håkansson

2019-03-20

Ärendenummer 2018/00618
Dokumentnummer 2018/00618-3

Till regionfullmäktige

Svar på motion - Inför screening för att upptäcka tarmcancer

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

1. att anse motionen besvarad.

Sammanfattning

I aktuell motion från Björn T Nurhadi (SD) och Nicolas Westrup (SD) menas det att varje år drabbas över 6 000 svenskar av tarmcancer och hälften av dessa dör som en följd av detta. Omkring en fjärdedel av de drabbade finns enligt Regionalt cancercentrum i den södra sjukvårdsregionen i Sverige. Medelåldern för de som drabbas är 75 år.

Vidare i motionen står det att det vore relativt enkelt för landstinget Blekinge att minska antalet dödsfall som en följd av för sent upptäckt tarmcancer. I Stockholm och på Gotland pågår sedan flera år tillbaka screening där alla 60–69-åringar vartannat år får hem ett test med posten där de själva kan göra avföringsprov som sedan skickas till laboratorier som analyserar det. Om blod upptäcks i provet kallas patienten till en undersökning. Av de som undersöks i detta steg har det visat sig att 10-15 procent har cancer. Beräkningar visar att fler liv kan räddas med screening för tarmcancer än vid mammografi för bröstcancer. I detta sammanhang bör nämnas alla tusentals liv som kunnat räddats sedan mammografin infördes. Det är inte rimligt att Sverige sticker ut bland höginkomstländerna internationellt när det gäller att screening av tarmcancer ännu inte är en del av det allmänna utbudet av vård.

I motionen föreslås:

Att ge i berörd nämnd i uppdrag att utreda möjligheten att, som socialstyrelsen rekommenderar, införa screening för att tidigt upptäcka tarmcancer hos personer i berörd åldersgrupp.

Bakgrund

På landstingsstyrelsens möte den 24 september 2018 behandlades ärendet ”Screening för tarmcancer. Rekommendationer södra regionvårdsnämnden” (2018/01100, §201/18). Vid detta sammanträde tog styrelsen beslut om att med start 2019 påbörja populationsbaserad screening av tarmcancer för personer mellan 60 och 74 år i Region Blekinge. Styrelsen tog också beslut om att uppdraga åt landstingsdirektören att utreda vilka ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser som införandet av screening för tarmcancer innebär för Region Blekinge.

I Regionplanen för 2019 står det att hälso- och sjukvårdsnämnden ska införa tarmcancerscreening under 2019 för personer mellan 60 och 74 år. För insatserna finns särskilda medel avsatta.

Arbetet med att införa screening för att tidigt upptäcka tarmcancer hos personer mellan 60 och 74 år i Region Blekinge är redan igångsatt.

Karlskrona enligt ovan

Emma Stjernlöf (M)
Ordförande hälso- och sjukvårdsnämnden

Bilaga

- Motion dokumentnummer 2018-00618-1



Inför screening för att upptäcka tarmcancer

Varje år drabbas över 6 000 svenskar av tarmcancer och hälften av dessa dör som en följd av detta. Omkring en fjärdedel av de drabbade finns enligt Regionalt cancercentrum i den södra sjukvårdsregionen i Sverige. Medelåldern för de som drabbas är 75 år.

Cancerformen är den tredje vanligaste efter bröstcancer och prostatacancer. I och med detta är det inte konstigt att Socialstyrelsen idag rekommenderar regioner och landsting att införa tarmcancerscreening. År 2003 kom även riktlinjer från EU i frågan. Dessutom har både specialläkarföreningen och Riksförbundet för magtarmsjuka har påpekat att denna screening behövs för att tidigt upptäcka cancer och därmed rädda liv. Faktum är att överlevnadschansen hos de drabbade ökar ju tidigare cancer upptäcks. Idag rekommenderar socialstyrelsen tarmcancerscreening i åldern 60-74 år.

Det vore relativt enkelt för landstinget Blekinge att minska antalet dödsfall som en följd av för sent upptäckt tarmcancer. I Stockholm och på Gotland pågår sedan flera år tillbaka screening där alla 60-69-åringar vartannat år får hem ett test med posten där de själva kan göra avföringsprov som sedan skickas till laboratorier som analyserar det. Om blod upptäcks i provet kallas patienten till en undersökning. Av de som undersöks i detta steg har det visat sig att 10-15 procent har cancer. Beräkningar visar att fler liv kan räddas med screening för tarmcancer än vid mammografi för bröstcancer. I detta sammanhang bör nämnas alla tusentals liv som kunnat räddats sedan mammografien infördes.

Det är inte rimligt att Sverige sticker ut bland höginkomsländerna internationellt när det gäller att screening av tarmcancer ännu inte är en del av det allmänna utbudet av vård. Visst innebär ett införande av testerna inledningsvis en viss kostnad, men långsiktigt skulle landstinget tjäna på det betydligt i form av mindre omfattande behandlingar, färre strålnings- och cellgiftsbehandlingar och mindre belastningar på samhällets psykologiska och terapeutiska verksamheter. Dessutom är det inte acceptabelt att en sådan välbeprövat och väletablerad metod ignoreras i ett välfärdsland där landstingsskatten faktiskt ska stå som garant för en god vård.

Fullmäktige föreslås besluta:

Att ge i berörd nämnd i uppdrag att utreda möjligheten att, som socialstyrelsen rekommenderar, införa screening för att tidigt upptäcka tarmcancer hos personer i berörd åldersgrupp

Kanslienheten
Helene Håkansson

2019-03-20

Ärendenummer 2018/00677
Dokumentnummer 2018/00677-3

Till regionfullmäktige

Svar på motion gällande införande av psykiatrikonsult

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige

1. att avslå motionen.

Sammanfattning

I aktuell motion av Tim Svanberg (C) och Silke Jacob (C) menas det att cirka en fjärdedel av alla patienter som vårdas på sjukhus har psykiska problem. Det finns klara samband mellan psykiska mående och sämre resultat vid behandling av den fysiska sjukdomen, till exempel äldre patienter med både fysisk och psykisk sjukdom behöver längre vårdtid och har ökad risk för att bli institutionaliserade. Om både det fysiska och psykiska måendet behandlas samtidigt tillfrisknar patienterna snabbare.

Region Jönköping har sedan många år i ett projekt använt sig av psykiatrikonsulter. Konsulten skall vara en länk mellan somatiken och psykiatrin.

I motionen föreslås:

Att landstingsfullmäktige beslutar att ge Landstinget Blekinge i uppdrag att utreda förutsättningarna för att anlita/anställa en psykiatrikonsult.

Bakgrund

Tillgång till konsultativt stöd för sjukhusbaserade kliniker från psykiatrin finns redan idag och då är det främst läkare som genomför denna konsultation. Det har gjorts cirka 350-400 konsultationer om året de senaste åren, utom 2018 då det minskade till 250. Inom den somatiska vården arbetar även kuratorer som kan identifiera psykisk ohälsa och vid behov koppla in psykiatrisk specialistkompetens.

Det behövs dock en bättre koppling mellan psykiatrin och somatiken, men det är inte säkert att motionens förslag möter detta behov. En psykiatrikonsult uppmärksammar psykisk ohälsa hos somatiskt sjuka inlagda patienter, men en ännu större utmaning är somatisk sjukdom hos psykiskt sjuka, där det finns en uttalad överdödlighet av somatisk sjukdom. Vi behöver hitta nya arbetssätt där också.

Nära Vård är på väg in i ett gemensamt synsätt som innebär att vården hålls samman av ett vårdteam inom öppen vård som har sin bas inom primärvård och där det finns koppling till psykiatrisk expertis. Det är viktigt att primärvården även fortsättningsvis är basen för behandling av psykisk ohälsa.

Sammanfattningsvis så finns det existerande arbetssätt med kuratorer och psykiatrikonsulter inom somatisk vård. Samarbetet mellan somatisk och psykiatrisk vård behöver stärkas och det arbetet har initierats. Eftersom gemensam målbild är under utveckling vore det olyckligt att i detta skede skapa en parallell struktur som riskerar ta resurser från den samlade tillgänglighet. Nära vård syftar till att utveckla.

Karlskrona enligt ovan

Emma Stjernlöf (M)
Ordförande hälso- och sjukvårdsnämnden

Bilaga

- Motion dokumentnummer 2018 – 00677-1



Motion

Till Landstinget Blekinge

Motion om att införa psykiatrikonsult

Motionen om att införa psykiatrikonsult är författad utifrån en etisk tanke att vården redan från början ska behandla patienten så rätt som möjligt. Det bidrar till en bättre prognos, minskat lidandet och till lägre kostnader för samhället. Region Jönköping har sedan många år i ett projekt använt sig av psykiatrikonsulter. Konsulten skall vara en länk mellan somatiken och psykiatrin.

Cirka en fjärdedel av alla patienter som vårdas på sjukhus har psykiska problem.

Det finns klara samband mellan psykiska mående och sämre resultat vid behandling av den fysiska sjukdomen, till exempel äldre patienter med både fysisk och psykisk sjukdom behöver längre vårdtid och har ökad risk för att bli institutionaliserade. Om både det fysiska och psykiska måendet behandlas samtidigt tillfrisknar patienterna snabbare.

Med anledning av ovanstående hemställs

att landstingsfullmäktige beslutar att ge Landstinget Blekinge i uppdrag att utreda förutsättningarna för att anlita/anställa en psykiatrikonsult.

Tim Svanberg

Centerpartiet

Silke Jacob

Centerpartiet

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2019-03-15
Peter Pettersson

Ärendenummer 2019/00580
Dokumentnummer 2019/00580-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och sjukvårdsnämnden mars 2019

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår att regionstyrelsen beslutar

1. Att bevilja igångsättningsbeslut för upphandling av läkemedlet Trastuzumab.
2. Att bevilja igångsättningsbeslut för upphandling av autoklaver och diskdesinfektorer till steriltekniska avdelningen i Karlskrona och i Karlshamn.

Sammanfattning

Igångsättningsbeslut söks för upphandling av läkemedlet Trastuzumab. Läkemedlet trastuzumab används vid behandling av bröstcancer och ventrikelcancer. Syftet är att säkerhetsställa tillgången på läkemedlet och möjlig kostnadseffektivisering. Upphandlingsvärdet är beräknat utifrån nuvarande förbrukning. Avtalsperioden är 4 år och det ger ett beräknat upphandlingsvärde på 20 000 000 kr för avtalsperioden.

Den årliga driftkostnaden blir utifrån det totala upphandlingsvärdet 5 000 000 kr per år.

Igångsättningsbeslut söks för autoklaver och diskdesinfektorer till steriltekniska avdelningen i Karlskrona och i Karlshamn. Nuvarande utrustning har uppnått sin tekniska livslängd och en ny upphandling av utrustning behöver genomföras.

Det finns inte avsatta medel i beslutad investeringsplan 2019-2023 för inköp av autoklaver och diskdesinfektorer. Inköp av utrustning under 2019 belastar därmed investeringsreserven. Inköp av utrustning under 2020 föreslås revideras in i investeringsplanen gällande 2020 – 2024.

Hela investeringens upphandlingsvärde bedöms till 12 000 000 kr och fördelas på två år. 2019 bedöms utgiften till 1 800 000 kr och för 2020 bedöms utgiften till 10 200 000 kr.

Karlskrona enligt ovan

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga

Nya upphandlingar.

Nya upphandlingar

För beredning i Hälsa- och sjukvårdsnämnden

För beslut/beredning i serviceutskottet

Mars/april 2019

Dokumentnamn: Nya upphandlingar		Revision: 01
Dokumenttyp: Beslutsärende	Dokumentnummer: 2019/00580-1	
Detta dokument gäller för: Regionstyrelsen / Regionservice	Funktionsområde: Upphandling	
Dokumentansvarig: Åsa Norrby	Beslut av:	
Beslut datum:	Nästa revidering:	

Innehållsförteckning

1. Nya upphandlingar.....	4
1.1. Läkemedel Trastuzumab.....	4
1.1.1. Förutsättningar.....	4
1.1.2. Projektbeskrivning.....	4
1.1.3. Bakgrund och syfte till investering.....	4
1.1.4. Upphandlingsvärde/år samt total kostnad hela avtalsperioden.....	4
1.1.5. Konsekvensbeskrivning – Verksamhet.....	4
1.1.6. Miljö- och hållbarhetsförbättring.....	4
1.2. Autoklaver och diskdesinfektorer till steriltekniska avdelningen i Karlskrona och Karlshamn.....	5
1.2.1. Förutsättningar.....	5
1.2.2. Projektbeskrivning.....	5
1.2.3. Bakgrund och syfte till investering.....	5
1.2.4. Upphandlingsvärde	5
1.2.5. Konsekvensbeskrivning – Verksamhet.....	5
1.2.6. Konsekvensbeskrivning Fastighet	5
1.2.7 Miljö-och hållbarhetsförbättringar.....	5

1. Nya upphandlingar

1.1. Läkemedel Trastuzumab

1.1.1. Förutsättningar

Nuvarande avtal löper ut 2019-09-30.

Ärendet ska behandlas i Hälso- och sjukvårdsnämnden innan beslut kan tas i serviceutskottet.

1.1.2. Projektbeskrivning

Region Blekinge genomför upphandlingen.

1.1.3. Bakgrund och syfte till investering

Läkemedlet trastuzumab används vid behandling av bröstcancer och ventrikeltcancer. Syftet är att säkerhetsställa tillgången på läkemedlet och möjlig kostnadseffektivisering på uppskattningsvis 64%.

1.1.4. Upphandlingsvärde/år samt total kostnad hela avtalsperioden

Upphandlingsvärdet är beräknat utifrån nuvarande förbrukning. Avtalsperioden är 4 år och det ger ett beräknat upphandlingsvärde på 20 000 000 kr för avtalsperioden.

Den årliga driftkostnaden blir utifrån det totala upphandlingsvärdet 5 000 000 kr per år.

1.1.5. Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Ökade kostnader för verksamheten om man inte utnyttjar konkurrensen då patentet löper ut.

1.1.6. Miljö- och hållbarhetsförbättring

Miljö- och hållbarhetskrav kommer att finnas med i upphandlingen.

1.2. Autoklaver och diskdesinfektorer till steriltekniska avdelningen i Karlskrona och Karlshamn

1.2.1. Förutsättningar

Nuvarande utrustning har uppnått sin tekniska livslängd och en ny upphandling av utrustning behöver genomföras.

Det finns inte avsatta medel i beslutad investeringsplan 2019-2023 för inköp av autoklaver och diskdesinfektorer. Inköp av utrustning under 2019 belastar därmed investeringsreserven. Inköp av utrustning under 2020 föreslås revideras in i investeringsplanen gällande 2020 – 2024.

Ärendet ska behandlas i Hälso- och sjukvårdsnämnden innan ärendet kan beredas i serviceutskottet för beslut i regionstyrelsen och slutligen i regionfullmäktige.

1.2.2. Projektbeskrivning

Region Blekinge genomför upphandlingen.

1.2.3. Bakgrund och syfte till investering

Befintlig utrustning har uppnått sin tekniska livslängd. I flera fall saknas reservdelar och för att säkerställa sjukhusens operationsverksamhet behöver utrustningen bytas ut.

1.2.4. Upphandlingsvärde

Hela investeringens upphandlingsvärde bedöms till 12 000 000 kr och fördelas på två år. 2019 bedöms utgiften till 1 800 000 kr och för 2020 bedöms utgiften till 10 200 000 kr.

1.2.5. Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Den huvudsakliga orsaken till att utbytet är att kunna erbjuda patientsäker kvalitativ och god vård i rätt tid. Konsekvenserna av att inte godkänna utbytet av maskiner på Steriltekniska avdelningen kan i längden generera att operationsavdelningarna inte kan utföra operationer och att avdelningarna inte kan genomföra undersökningar och behandlingar. Detta i sin tur leder till att patienter inte kan opereras alternativt att vi får betala dyra kostnader för att skicka patienter till andra län för operationer. Det finns också stor risk för att infektioner kommer öka för patienter på avdelningarna på grund av att instrumenten inte kan steriliseras. Det är av yttersta vikt att vi kan fortsätta vårt arbete på ett säkert sätt som serviceavdelning för hälso- och sjukvården i Blekinge.

1.2.6. Konsekvensbeskrivning Fastighet

Inköp av nya autoklaver och spoldesinfektorer kommer att innebära lokalanpassningar på sterilcentralerna i Karlskrona och Karlshamn. Förstudie pågår för att identifiera omfattningen men det är först då upphandlingen slutförts och man har utsett leverantör som de sista projekteringsdetaljerna kan fastställas. Objekt nr i investeringsplan 2019-2023: 200223. Bedömd kostnad/avsatta medel: 6 mnkr. Separat igångsättningsbeslut kommer att skrivas för fastighetsinvesteringen.

1.2.7 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

Miljö- och hållbarhetskrav kommer att finnas med i upphandlingen.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2019-03-18
Peter Pettersson

Ärendenummer 2019/00598
Dokumentnummer 2019/00598-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och sjukvårdsnämnden mars 2019

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att föreslå att regionstyrelsen beslutar

1. Att bevilja igångsättningsbeslut för investering i ENG EMG till klinisk fysiologisk avdelning
2. Att bevilja igångsättningsbeslut för investering i C-båge till operation på Blekingesjukhuset i Karlshamn
3. Att bevilja igångsättningsbeslut för investering i intensivvårdsdialysmaskiner till intensivvårdsavdelningen (IVA) och thoraxintensivvårdsavdelningen (THIVA)

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

4. Att eventuellt ökade driftkostnader med anledning av investeringarna under punkt 1-3 ovan finansieras inom ramen för hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Sammanfattning

Igångsättningsbeslut söks för ENG EMG till klinisk fysiologisk avdelning. Befintlig EMG (mätning av musklernas respons på nervstimulering) är från 2005 och 2010 och behöver bytas ut.

Igångsättningsbeslut söks för C-båge till operation på Blekingesjukhuset i Karlshamn. Under ryggoperationer behöver C-bågen flyttas fysiskt. De befintliga C-bågarna är tunga, vilket gör detta besvärligt. En lättare C-båge bedöms så viktig att visst avkall på bildkvaliteten kan accepteras. Befintliga C-bågar köptes 2014 och skall inte bytas ut. Det här handlar om en komplettering.

Igångsättningsbeslut söks för intensivvårdsdialysmaskiner till intensivvårdsavdelningen (IVA) och thoraxintensivvårdsavdelningen (THIVA). Befintliga utrustningar är tio, elva och 13 år gamla. De senaste åren har de börjat få problem med driftsäkerheten, i meningen att de stannar under behandling, vilket i högsta grad är negativt för patientsäkerheten.

Karlskrona enligt ovan

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga

Igångsättningsbeslut Investeringar.



Igångsättningsbeslut Investeringar

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Mars 2019

Ärende: 2019/00598

Dokument: 2019/00598-1



Innehållsförteckning

Igångsättningsbeslut	
Investeringar.....	
1 Begärda igångsättningsbeslut	3
1.1 ENG EMG till Klinisk fysiologisk avdelning	3
1.1.1 Förutsättningar	3
1.1.2 Projektbeskrivning	3
1.1.3 Bakgrund och syfte till investering	3
1.1.4 Investeringsutgift	3
1.1.5 Driftkostnad	3
1.1.6 Konsekvensbeskrivning – MT	3
1.1.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet	3
1.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar	3
1.1.9 Byggnadspåverkan Ingen påverkan	3
1.1.10 Påverkan IT	3
1.2 C-båge till operation i Karlshamn	3
1.2.1 Förutsättningar	3
1.2.2 Projektbeskrivning	4
1.2.3 Bakgrund och syfte till investering	4
1.2.4 Investeringsutgift	4
1.2.5 Driftkostnad	4
1.2.6 Konsekvensbeskrivning – MT	4
1.2.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet	4
1.2.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar	4
1.2.9 Byggnadspåverkan Ingen påverkan	4
1.2.10 Påverkan IT	4
1.3 Intensivvårdsdialysmaskiner till IVA och Thiva	4
1.3.1 Förutsättningar	4
1.3.2 Projektbeskrivning	4
1.3.3 Bakgrund och syfte till investering	4
1.3.4 Investeringsutgift	4
1.3.5 Driftkostnad	5
1.3.6 Konsekvensbeskrivning – MT	5
1.3.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet	5
1.3.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar	5
1.3.9 Byggnadspåverkan	5
1.3.10 Påverkan IT	5



1 Begärda igångsättningsbeslut

1.1 ENG EMG till Klinisk fysiologisk avdelning

1.1.1 Förutsättningar

Befintlig EMG (mätning av musklernas respons på nervstimulering) är från 2005 och 2010 och behöver bytas ut.

1.1.2 Projektbeskrivning

Idag finns även utrustning som är kombinerad för mätning av ENG (mätning av signalernas hastighet i nervbanorna). Önskvärt är att få med den funktionen i upphandlingen.

1.1.3 Bakgrund och syfte till investering

Idag finns även utrustning som är kombinerad för mätning av ENG (mätning av signalernas hastighet i nervbanorna). Önskvärt är att få med den funktionen i upphandlingen.

1.1.4 Investeringsutgift

Investeringsutgiften beräknas till 700 000 kr.

1.1.5 Driftkostnad

Driftkostnaden bedöms till samma nivå som dagens.

1.1.6 Konsekvensbeskrivning – MT

MTA kommer, from garantins utlöp, att teckna serviceavtal.

1.1.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Bättre diagnostik.

1.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

Ingen förändrad miljöinverkan.

1.1.9 Byggnadspåverkan

Ingen påverkan.

1.1.10 Påverkan IT

Lagring av mätningar och remote uppkoppling mot Lund.

1.2 C-båge till operation i Karlshamn

1.2.1 Förutsättningar

Under ryggoperationer behöver C-bågen flyttas fysiskt. De befintliga C-bågarna är tunga, vilket gör detta besvärligt.



LANDSTINGET BLEKINGE

1.2.2 Projektbeskrivning

En lättare C-båge bedöms så viktig att visst avkall på bildkvaliteten kan accepteras.

1.2.3 Bakgrund och syfte till investering

Befintliga C-bågar köptes 2014 och skall inte bytas ut. Det här handlar om en komplettering.

1.2.4 Investeringsutgift

Investeringsutgiften beräknas till 2 000 000 kr.

1.2.5 Driftkostnad

Ingen uppgift.

1.2.6 Konsekvensbeskrivning – MT

MTA kommer, from garantins utlöp, att teckna serviceavtal.

1.2.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Bättre arbetsmiljö och mindre risk för kontaminering tack vare lättare manövrering av C-bågen.

1.2.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

Obetydlig förändring av miljö, eftersom förbrukning saknas.

1.2.9 Byggnadspåverkan

Ingen påverkan.

1.2.10 Påverkan IT

Bildöverföring och lagring.

1.3 Intensivvårdsdialysmaskiner till IVA och Thiva

1.3.1 Förutsättningar

Befintliga utrustningar är tio, elva och 13 år gamla. De senaste åren har de börjat få problem med driftsäkerheten, i meningen att de stannar under behandling, vilket i högsta grad är negativt för patientsäkerheten.

1.3.2 Projektbeskrivning

Behandlingarna som kan ges med utrustningarna är olika typer av dialysbehandlingar inklusive plasmaferes.

1.3.3 Bakgrund och syfte till investering

Investeringen finns med i investeringsbudgeten med utbetalning 2019. Objekt nummer 100525.

1.3.4 Investeringsutgift

Investeringsutgiften beräknas till 750 000 kr.



LANDSTINGET BLEKINGE

1.3.5 Driftkostnad

Förbrukningskostnaderna beräknas bli oförändrade mot dagens 500 000 kr per år. Servicekostnaderna beräknas bli lägre. Avtal på förbrukning och reservdelar behövs.

1.3.6 Konsekvensbeskrivning – MT

MTA kan, from garantins utlöp, komma att teckna serviceavtal beroende på med vilken eller vilka leverantörer som avtal sluts.

1.3.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Dagens driftstopp orsakar irritation och fokus på fel saker. Ny utrustning innebär här en bättre arbetsmiljö och ökad patientsäkerhet.

1.3.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

Beroende på blivande leverantör kan plastavfallet minskas.

1.3.9 Byggnadspåverkan

Ingen påverkan.

1.3.10 Påverkan IT

Ingen påverkan.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2019-03-19
Peter Pettersson

Ärendenummer 2019/00651
Dokumentnummer 2019/00651-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Igångsättningsbeslut Inhyrning av extern lokal

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att föreslå serviceutskottet

1. Att bevilja igångsättningsbeslut för inhyrning av extern lokal.

Sammanfattning

Rehabverksamheten i Rödeby bedrivs idag i en lokal som Karlskrona Kommun äger, Mogården. Delar av denna byggnad står tom och kommunen beslutade 2018 att byggnaden ska rivas för att man ska bygga ett boende på fastigheten. Kommunen har sagt upp hyresavtalet med Region Blekinge och from 2019-07-01 saknar Region Blekinge en lokal för denna verksamhet. Karlskrona kommun vill få tillgång till lokalen i Mogården innan kontraktstiden löper ut och har därför erbjudit Region Blekinge en ersättningslokal i Gullberna Park, Gärskullen 1 vilken vi har accepterat.

Karlskrona enligt ovan

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga

Inhyrning av extern lokal.



Inhyrning av extern lokal

Serviceutskottet

April 2019

Ärende:

Dokument:

Innehållsförteckning

1 Inhyrning av extern lokal för rehabverksamhet, Gullberna Park, Karlskrona.....	3
1.1 Förutsättningar	3
1.2 Projektbeskrivning	3
1.3 Bakgrund och syfte till inhyrningen och investeringen.....	3
1.4 Investeringsutgift	3
1.5 Driftkostnad	3
1.6 Konsekvensbeskrivning - Fastighet.....	4
1.7 Konsekvensbeskrivning - Verksamheten	4
1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättring	4

1 Inhyrning av extern lokal för rehabverksamhet, Gullberna Park, Karlskrona.

1.1 Förutsättningar

- Beslut söks för inhyrning av externa lokaler för rehabverksamheten som i dag bedrivs på Mogården i Rödeby.

1.2 Projektbeskrivning

Inhyrning av extern lokal (650 kvm) för rehabverksamheten som idag bedrivs på Mogården i Rödeby.

1.3 Bakgrund och syfte till inhyrningen och investeringen

Rehabverksamheten i Rödeby bedrivs idag i en lokal som Karlskrona Kommun äger, Mogården. Delar av denna byggnad står tom och kommunen beslutade 2018 att byggnaden ska rivas för att man ska bygga ett boende på fastigheten. Kommunen har sagt upp hyresavtalet med Region Blekinge och from 2019-07-01 saknar Region Blekinge en lokal för denna verksamhet. Karlskrona kommun vill få tillgång till lokalen i Mogården innan kontraktstiden löper ut och har därför erbjudit Region Blekinge en ersättningslokal i Gullberna Park, Gärskullen 1 vilken vi har accepterat. Målet var att rehabverksamheten skulle flytta till Gullberna Park i början av 2019 men av olika anledningar har projektet försenats. Fastighet har inte lyckats hitta en annan lämplig lokal i Rödeby att placera rehabverksamheten i. Under 2018 har en tät dialog förts med primärvårdens ledning. Även dåvarande nämndsordföranden informerades om lokalsituationen. För att verksamheten ska kunna fortsätta att bedrivas behöver nu nya externa lokaler hyras in. Föreslagen lokal är den ersättningslokal som Karlskrona Kommun erbjudit oss och som nu håller på att byggas om/anpassas efter rehabverksamhetens behov.

1.4 Investeringsutgift

- Inhyrning av lokalen innebär inga investeringsutgifter. I dagsläget bedöms inga lokalanpassningar behöva utföras.

1.5 Driftkostnad

- Extern tillkommande lokalyta 650 kvm. Avgående lokalyta: 690 kvm
- Tillkommande hyra (inkl vatten och värme): 715 000 kr bashyra + bedömt hyrestillägg på 715 000 kr. Totalt: 1 430 000 kr per år. Hyrestillägget utgår fr.o.m. tillträdesdagen och under 3 år.
- Kostnad för el: 39 000 kr/år
- Kontraktstid: 3 år. (12 mån förlängning). Tillträde tidigast 2019-06-17.
- Avgående hyra: 0 (noll) kr. Region Blekinge nyttjar lokalerna i Mogården hyresfritt, vilket ingick i överenskommelsen när Karlskrona Kommun köpte fastigheten av Landstinget Blekinge 2009
- Avgående driftkostnad: el, värme, vatten? 0 (noll) kr/år

Finansiering

Totalt kommer kostnaderna för rehabverksamheten att öka med 1 469 000 kr per år, vilket finansieras av budgeten för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

För 2019 blir det inte helårseffekt utan bedömd ökad kostnad är 734 500 kr för 6 månader.

Utöver ovanstående kan kostnader för inredning och utrustning tillkomma.

1.6 Konsekvensbeskrivning - Fastighet

Konsekvensbeskrivning ur ett fastighetsperspektiv om inhyrningen och investeringen inte genomförs:

Fastighet kommer inte kunna erbjuda lokaler till rehabverksamheten som idag bedrivs i Rödeby.

1.7 Konsekvensbeskrivning - Verksamheten

Konsekvensbeskrivning ur ett verksamhetsperspektiv om inhyrningen och investeringen inte genomförs:

Se 2.2.3 Syfte och bakgrund till inhyrningen och investeringen.

1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättring

Projektet avser inhyrning av befintliga lokaler utan några lokalanpassningar.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2019-03-19
Peter Pettersson

Ärendenummer 2019/00650
Dokumentnummer 2019/00650-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Igångsättningsbeslut Investering Fastighetsförvärv

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att föreslå serviceutskottet att föreslå regionstyrelsen att besluta

1. Att bevilja igångsättningsbeslut för investering i fastighet (tomtmark) för framtida nybyggnation av ambulansstation i Karlskrona.

Sammanfattning

Igångsättningsbeslut söks för strategiskt förvärv av fastighet (tomtmark) för framtida nybyggnation av ambulansstation i Karlskrona.

Strategiskt tomtförvärv för att säkerställa lämplig placering för en framtida nybyggnad av ambulansstation i Karlskrona. Nybyggnad av ambulansstation är beslutad i investeringsplan 2019 – 2023 och kostnadsbedömd till 75 mnkr. Kostnadsbedömningen är gjord utifrån nyckeltal samt erfarenhet från liknande genomförda byggprojekt. Separat Igångsättningsbeslut kommer att sökas för entreprenad/uppförande av byggnad efter genomförd förprojektering och ny kostnadsbedömning. Nuvarande ambulansstation i Karlskrona togs i bruk år 1975. Det finns brister i arbetsmiljön kopplat till lokalernas ändamålsenlighet. Byggnaden är i ett stort renoveringsbehov och inom de närmsta åren behöver därför nuvarande lokaler ersättas med nya.

Karlskrona enligt ovan

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga

Förvärv av fastighet (tomtmark).



Förvärv av fastighet (tomtmark)

För beredning i Hälso- och sjukvårdsnämnden
För beredning i serviceutskott
För beredning i regionstyrelsen
För beslut i regionfullmäktige

Mars/ April 2019

Innehållsförteckning

1 Begärda igångsättningsbeslut - Fastighet.....	3
1.1 Förvärv av fastighet (tomtmark) för framtida nybyggnation av ambulansstation i Karlskrona	3
1.1.1 Förutsättningar	3
1.1.2 Projektbeskrivning.....	3
1.1.3 Bakgrund och syfte till investering.....	3
1.1.4 Investeringsutgift.....	4
1.1.5 Driftkostnad	4
1.1.6 Konsekvensbeskrivning - Fastighet.....	4
1.1.7 Konsekvensbeskrivning - Verksamhet	5
1.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar	5

1 Begärda igångsättningsbeslut - Fastighet

1.1 Förvärv av fastighet (tomtmark) för framtida nybyggnation av ambulansstation i Karlskrona

1.1.1 Förutsättningar

Igångsättningsbeslut söks för strategiskt förvärv av fastighet (tomtmark) för framtida nybyggnation av ambulansstation Karlskrona.

- Projektet finns med i den beslutade investeringsplanen för 2019 - 2023.
- Objektetsnummer i investeringsplan: 200306
- Förstudie har genomförts inom ramen för tidigare erhållet igångsättningsbeslut ärendenummer 2016/01516. Ärendet om förstudie har även föredragits i LSAU 2018-06-18.
- Beslut om igångsättning togs på landstingsstyrelsen 2018-12-10, ärende 2018/01689. Att bevilja igångsättningsbeslut för förvärv av fastighet (tomtmark) för framtida nybyggnation av ambulansstation Karlskrona.

1.1.2 Projektbeskrivning

Strategiskt tomtförvärv för att säkerställa lämplig placering för en framtida nybyggnad av ambulansstation i Karlskrona. Nybyggnad av ambulansstation är beslutad i investeringsplan 2019 - 2023 kostnadsbedömd till 75 mnkr. Kostnadsbedömningen är gjord utifrån nyckeltal samt erfarenhet från liknande genomförda byggprojekt. Separat Igångsättningsbeslut kommer att sökas för entreprenad/uppförande av byggnad efter genomförd förprojektering och ny kostnadsbedömning.

1.1.3 Bakgrund och syfte till investering

Nuvarande ambulansstation i Karlskrona togs i bruk år 1975. Det finns brister i arbetsmiljön kopplat till lokalernas ändamålsenlighet. Byggnaden är i ett stort renoveringsbehov och inom de närmsta åren behöver därför nuvarande lokaler ersättas med nya.

Ett syfte med att flytta ut verksamheter som inte behöver vara placerade på sjukhusområdet i Karlskrona är att skapa utrymme och möjligheter för framtida utveckling och samtidigt värna om den skyddsvärda naturen som finns i området.

I nya lokaler utanför sjukhusområdet kan ambulansen bedriva en mer effektiv och patientsäker verksamhet i en god arbetsmiljö. Den nya placeringen utanför sjukhusområdet ger ambulansen bättre förutsättningar att nå uppsatta mål för tillgänglighet, att nå 90 % av Prio 1 larmen inom 15 minuter.

Det är en rad kriterier som ska uppfyllas gällande fastighetens placering, och i förstudien har det endast identifierats ett fåtal lämpliga tomter som idag finns ute till försäljning. Utifrån dessa få alternativ har Fastighet i dialog med ambulansverksamheten identifierat fastigheten Kofoten 1, Torskors som mest lämplig. Fastighet föreslår förvärv av denna tomtmark för att säkerställa en bra placering i kommunen för byggnation av en ambulanscentral.



Bild över fastigheten Kofoten 1

1.1.4 Investeringsutgift

Den totala kostnaden för fastighetsförvärvet är bedömd till 5 000 000 kr. Dessa medel finns avsatta i investeringsplanen för 2019 - 2023.

Hittills nerlagda kostnader för förstudien är ca 200 000 kr, vilka belastar Hälso- och sjukvårdsförvaltningens budget om tomtköpet inte genomförs.

1.1.5 Driftkostnad

Förvärv av mark skapar inga driftkostnader i form av hyra då denna typ av investering inte är föremål för avskrivning.

1.1.6 Konsekvensbeskrivning - Fastighet

Konsekvensbeskrivning ur ett fastighetsperspektiv om investeringen inte genomförs:

I området kring befintlig ambulansbyggnad finns ett antal skyddsvärda träd samt en av huvudinfarterna till sjukhusområdet vilket gör det mycket komplicerat att genomföra en tillbyggnad. Markytan där den befintliga ambulansstationen är placerad är en del i den framtida utvecklingsplanen av sjukhusområdet i Karlskrona. Utförs inte investeringen medför detta minskade möjligheter för framtida utveckling av sjukhusområdet.

Det är ett antal kriterier som ska uppfyllas gällande fastighetens placering. I förstudien har endast ett fåtal lämpliga tomter identifierats som idag finns ute till försäljning. Det är en stor risk att dessa tomter inte finns kvar som ett alternativ den dag Region Blekinge beslutar sig för att bygga en ny ambulanscentral utanför sjukhusområdet. Risken är stor att detta försenar uppförande av nya lokaler till ambulansen då en ny förstudie gällande placering i så fall måste genomföras. Det

finn även en överhängande risk att det i framtiden inte finns lika lämpliga tomter tillgängliga på marknaden.

1.1.7 Konsekvensbeskrivning - Verksamhet

Konsekvensbeskrivning ur ett verksamhetsperspektiv om investeringen inte genomförs:

Nuvarande placering av ambulansstationen är långt ifrån optimal med tanke på tillgänglighetsmålet att nå 90 % av prio 1 patienter inom 15 minuter. Sedan 2017-01-01 fram till 2018-08-31 är snittet för Karlskrona 81 %.

Utryckningsvägarna norrut från befintlig station omges av sjukhusområde samt passage förbi knutpunkt för tåg och bussar. Från tidig morgon till sen kväll är trafiksituationen besvärlig med många gångtrafikanter och cyklister, vilket bidrar till försämrad tillgänglighet till patienten och risker för såväl ambulanspersonal som andra trafikanter.

Ambulanssjukvården i Blekinge har ett politiskt satt tillgänglighetsmål att nå 90 % av prio 1 larmen inom 15 minuter.

Verksamheten ser stora fördelar med en lokalisering närmre E22 som möjliggör snabbare insats till patient. Även i de fall där man kommer längre från patienten (Trossö) är det väl inom angiven tidsram.

Dragpelseffekten västerut blir gynnad då man enligt egna mätningar kan kapa tiden till Ronneby med uppskattningsvis 5-10 minuter och samtidigt inte bli lika sårbar för aktuell trafiksituation.

1.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

I dagsläget inga miljö- eller hållbarhetsförbättringar.

Kanslienheten
Martina Leinvall

2019-03-18

Ärendenummer 2019/00639
Dokumentnummer 2019/00639-2

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Valärende Småland - Blekinge - Halland styrgrupp samt Brysselkontoret styrgrupp

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslås besluta

För mandatperioden 2019 – 2022

1. Att till ledamot utse
(M) Emma Stjernlöf

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har att förrätta val av ledamot för Småland – Blekinge – Halland styrgrupp samt styrgrupp för Brysselkontoret för mandatperioden 2019 – 2022.

Karlskrona enligt ovan

Helene Håkansson
Administrativ chef