

Protokoll**Protokoll från pensionärsråd för Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd den 22 januari 2019**

Tid: 09.30–12.00

Plats: Dalheimers hus, Slottsskogsgatan 12 i Göteborg. Lokal Hultbergssalen

Närvarande**Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd**

Johan Fält (M) § 1–5

Ann-Christine Andersson (S) § 1–5

Sören Björkman (S)

Oscar Pihlblad (KD)

Från pensionärsorganisationerna**Ordinarie ledamöter**

Ingela Ekholm (PRO)

Sven Carlsson (PRO)

Solvig Sjöholm (PRO)

Berit Fredholm (PRO)

Tommy Emanuelsson (PRO)

Zaidi Folias (SKPF)

Anna-Lena Stjernlöf (SKPF)

Lars Holmgren (SKPF) ersätter Olof Jacobsson (SKPF)

Anders Walan (RPG)

Göran Eklund (SPF)

Britt Johansson (SPF)

Marianne Hagman (SPF)

Ersättare

Hans Fredriksson (PRO)

Asta Jensen (PRO)

Viveka Gedda (PRO)

John Jareborg (PRO)

Lars Svanå (RPG)

Lars Göran Karlsson (SPF)

Alf Lundberg (SPF)

Lennart Kihlström (SPF)

Övriga

Henrik Ripa (M), ordförande Sahlgrenska Universitetssjukhuset § 1–2

Annika Wahlstedt, Koncernkontoret

Petter Wrenne, Koncernkontoret

Karolina Berg, Koncernkontoret

Emma Damne, Koncernkontoret

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

Underskrifter

Sekreterare: _____
Emma Damne

Ordförande: _____
Johan Fält

Justerare: _____
Zaidi Folias

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

§ 1 Val av justerare

Beslut

Zaidi Folias (SKPF) väljs till justerare.

§ 2 Situationen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Henrik Ripa (M), ordförande styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) har tre huvudsakliga uppdrag från Västra Götalandsregionen (VGR): klinisk verksamhet, forskning, utbildning, utveckling och innovation (FoUU), samt att bidra till en attraktiv region. Utifrån detta har SU tre mål för att förbättra vården för patienterna. Akutsjukvård i toppklass med ett bra bemötande, korta ledtider och att alla verksamheter tar ansvar för akuta patienter vilket möjliggörs med exempelvis goda kontakter med äldreboende. Det ska finnas ett värde för patienterna genom patientdelaktighet, hälsofrämjande insatser och en effektiv och säker vård. Det tredje målet är att vara landets ledande universitetssjukhus. Universitetssjukhus har ett uppdrag att bedriva forskning och utbildning på nationell och internationell nivå och samverka med akademien och näringslivet.

För SU är det viktigt med både bredd och spets för att kunna uppfylla sitt uppdrag. Utmaningen är att hitta balans mellan högspecialiserad vård och icke-högspecialiserad vård. SU, som finns på flera adresser, är dels ett sjukhus för göteborgarna, dels ett specialistsjukhus för Västra Götalandsregionen och hela Sverige. SU har i dagsläget sju av femton rikssjukvårdsuppdrag, bland annat för vissa transplantationer och hjärtkirurgi. Samtidigt sker 30 förlossningar, 55 akutbesök och 3 800 öppenvårdsbesök på SU varje dag. Forskningen leder till att fler patienter kan få bättre och effektivare vård i framtiden.

Vården står inför stora förändringar. Befolkningen blir större och äldre, samt mer kunnig och ställer högre krav på sjukvården. Framgångsrik forskning gör också att fler patienter överlever, men kan få bestående men vilket skapar nya patientgrupper. SU är en stor del i omställningen av hälso- och sjukvården som syftar till att stärka den nära vården och koncentrerar viss sjukvård. Samarbeten med andra vårdenheter och organisatoriska förutsättningar för personalen att förändra sina arbetssätt är viktigt för att lyckas. För att öka tillgängligheten till vården arbetar SU med att utveckla akuterna. Förhoppningen är att fler läkare ska vilja bli akutspecialister och att patienten ska träffa en läkare tidigare när den kommer till akuten. Särskilda satsningar görs på sköra äldre som påverkas mycket av att vänta på akuten. SU fokuserar också på ledarskap och att cheferna ska ha tid att vara synliga ute i verksamheten.

Fråga från Ann-Christine Andersson (S): Vad ska SU göra gällande vårdgarantin och köerna? Vårdköerna är en utmaning för hela VGR. Ett steg är att förändra arbetet på akuterna men också sprida ut patienterna på fler enheter.

Pensionärsorganisationerna har i ett brev till nämnden ställt frågor gällande den debatt som media följt där vårdpersonalen kritiserar sjukhuset och menar att besparingar kommer påverka patientsäkerheten, medan regiondirektören svarar att verksamheten ska anpassas till budgeten

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

och att man måste omprioritera. Hur kommer det sig att ledningen och professionen har olika bilder av situationen? Pensionärsorganisationerna har medlemmar som är oroliga över att söka sig till SU.

Ledningen och styrelsen är väl medveten om att det finns många problem. Det professionen säger är självklart sant. De senaste åren har 5,9 miljarder kronor extra delats ut till sjukvården. SU fick 2018 en budgetökning med 7 procent, produktivitetsökningen var 4 procent.

Högonkonjunkturen har gett oss möjlighet att skjuta till mer pengar men det kommer inte vara möjligt i samma utsträckning i framtiden. De strukturella problemen kvarstår trots ökade medel. Lösningar kräver att vi tänker i nya banor. Personalen är kompetent inom sitt område, men vi har svårt att flytta runt personal vilket gör att situationen på avdelningarna kan vara väldigt olika. Vi har svårigheter att hitta och rekrytera personal. Personalomsättningen 2018 var 7,2 procent, vilket inte är jättehögt. Omsättningen för sjuksköterskor var 14 procent vilket är en för hög siffra.

Ann-Christine Andersson (S): Oron gäller köerna, exempelvis för diabetespatienter i behov av ögonbottenundersökningar där drygt 3000 personer står i kö och har väntat i över tre år. Detta byggs upp i fler patientgrupper. Jag förstår läkarna som känner frustrationen från patienterna.

Henrik Ripa (M): Frågan om ögonbottenundersökningar har vi diskuterat med nämnden och en lösning är att upphandla tjänsten. Vi är generellt dåliga på att hänvisa patienterna till andra vårdenheter, det måste vi bli bättre på.

Vårdpersonal slutar för att de känner att de inte klarar av sin situation. De handlar inte bara om pengar utan också om trivsel och känslan av att höra ihop. Läkare är olika och hybridprofessioner, läkare och ingenjör, kommer inte att passa alla. SU är en attraktiv arbetsplats, hur sköter ni om personalen? Hur får ni personalen att stanna?

Självklart ska det finnas ett personligt intresse för att skaffa sig en hybridkompetens, vissa ingrepp kräver dock teknisk kunskap. En del i att locka personal var den dubbla OB-ersättningen för nattarbete, vilket har gjort det lättare att rekrytera personal. Trots situationen på akuten är det många som vill arbeta där. Det är viktigt att medarbetarna känner att vi värderar dem. Konkurrensen om personal med det privata aktörerna är inom områden som till exempel ögonvård stor. De privata kan erbjuda bättre arbetstider och då måste vi vara attraktiva på andra sätt. Forskning och utbildningen är ofta något som lockar.

En undersökning visade att läkarstudenter inte sätter SU först när de ska söka AT-tjänst. Vad gör SU åt det?

Sjukhus på mindre ort ger en annan möjlighet att ha en bra kontakt med ledningen och mycket handledning, därför ligger universitetssjukhusen ofta längre ner. Vårt första mål är att vara attraktivast bland universitetssjukhusen. Vi ska inte negligera kritiken, men vi behöver också fler som svarar på enkäten för att ha ett bra underlag.

SU levererar den vård de ska. Levererar SU på samtliga vårdområden enligt vårdgarantin, hur ser handlingsplanen ut? Hur ser regionens riktlinjer för remisshantering ut?

Vi lever inte upp till vårdgarantin på ett antal områden. Vårdgarantin för livshotande tillstånd prioriteras. En av styrelsens viktigaste uppgifter att följa hur SU klarar vårdgarantin och vi har löpande diskussioner med fokus på de frågorna. Jag kan inte svara på hur riktlinjerna för remisser ser ut. Det är viktigt att de kommer in i systemet snabbt. Jag hoppas att Framtidens

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

vårdinformationsmiljö ska underlätta processen. Idag måste personalen föra uppgifter manuellt mellan olika system.

När en remiss tas emot ska dess prioritet bedömas och patienten få information om det. Hur får jag information om varför min remiss har prioriterats som den har gjorts?
Många efterlyser information om hur länge de måste vänta på sin operation. Osäkerhet och att bokade tider skjuts upp skapar stress och irritation. Samtidigt sker hela tiden en prioritering i kön vilket påverkar alla som står i den.

Johan Fält (M): SU, och de andra sjukhusen, styrs dels av beställningen från hälso- och sjukvårdsnämnden, men också av hälso- och sjukvårdslagen som säger att allvarligast går först. Om det kommer in en hjärtinfarkt och SU redan har levererat det nämnden har beställt stoppar inte det SU. Då sker istället en justering i beställningen. Det samma gäller vårdkön, där kontinuerliga prioriteringar sker. För vissa områden är det jättesvårt att korta kön, många gånger på grund av att det inte finns någon personal med rätt kompetens.

Ann-Christine Andersson (S): Vårdgarantin är nationell och ska följas, det är krångligt om man börjar kringgå den. Den som står i kön har ont även om någon annan kanske har ondare.

Henrik Ripa (M): Vårdgarantin är ett sätt att säkerställa att alla får vård och målet är att vi ska uppfylla den. Vårdgarantin är inte orimlig att uppnå, utan realiserbar om vi arbetar på nya smarta sätt.

Läkarförbundet har påpekat att läkarna inte erbjuds tillräckligt med vidareutbildning. Sverige har också blivit ålagt av EU att bli bättre på vidareutbildning. Vad gör SU?

Jag vet inte, men det är en väldigt central fråga. Personalen måste vara uppdaterad för att kunna göra sitt jobb och möta de krav patienterna ställer. Jag tar med mig frågan och ska lyfta hur vi arbetar med den.

§ 3 Återkoppling pensionärsorganisationernas granskning av vårdcentraler

Pensionärsorganisationerna är fortsatt positiva till att genomföra granskningen, men det innebär mycket arbete. Varje organisation ska därför ta ett formellt beslut om att de vill vara med. Organisationerna träffas igen i början av februari.

Johan Fält (M): Nämnderna får troligtvis inte bidra med arvodering till de som granskar, men kan kanske ge bidrag på annat sätt till organisationerna. Stöd i form av sammanställning av data kan ges av förvaltningen då informationen är av intresse även för nämnden.

§ 4 Information från nämnden

Nämnden har sitt första sammanträde den 1 februari.

Nämnden vill passa på att tacka de pensionärer som inte ska fortsätta i pensionärsrådet för deras engagemang.

Justerare:			Rätt utdraget intygar:

§ 5 Återkoppling frågor från förra mötet och övriga frågor

Fråga från SPF seniorerna: Kostnaderna för nätläkarverksamheten i VGR-skenar (enligt uppgift 40 miljoner kronor 2018), avlastats den fysiska vården verkligen? Blir det en besparing? Var ligger vinsten?

Johan Fält (M): I Sverige har man rätt att gå till vilken vårdcentral man vill. Det är inte VGR som har infört nätläkare, utan de avtalen är skrivna med andra landsting och därmed äger varken nämnden eller regionen frågan. Kostnaderna hamnar dock på den region patienten kommer ifrån. För VGR har det hittills inneburit en kostnad på cirka 40 miljoner kronor. Frågan diskuteras i nätverk med andra regioner och VGR försöker bromsa utvecklingen. För vissa patienter blir det en förbättring, men det kan diskuteras om pengarna kan användas bättre. Regionen försöker också möta upp detta genom att Närhälsan utvecklar möjligheten att kontakta vården genom digitala samtal.

Ann-Christine Andersson (S): Det finns också risker med att dessa tjänster skriver ut läkemedel i högre utsträckning.

Regeringen har startat en utredning om nätläkartjänsterna.

Fråga från SPF seniorerna: Hur stor är hyrläkarkostnaden relaterat till total läkarkostnad i slutenvård och primärvård i VGR?

Kostnaden för personal fram till november 2018 var drygt 30 miljoner kronor. Av dessa uppgick kostnaderna för inhyrd personal till 6 miljoner kronor. Ambitionen är att minska andelen inhyrd personal.

Kommentar från SPF seniorerna: Dålig kontinuitet på vårdcentralerna ger problem med läkemedelshanteringen och läkemedelsgenomgången bortfaller när kontinuiteten brister. Koncernkontoret presenterar statistik, se bilaga 3 för mer information. Förskrivningen av olämpliga läkemedel har minskat i regionen och i nämndområdet, men är inte tillräckligt låg. Koncernkontoret följer löpande upp förskrivningen och att vårdcentralerna genomför läkemedelsgenomgångar till patienter över 75 år.

Fråga från SPF seniorerna och RPG: Hur går det med SAMSA? Förutsättningen för god kontakt mellan primärvården och slutenvården är ett fungerande IT-system.

Svar från Linn Wallér, funktionsledare Gemensam IT Samordningsfunktion: Under 2018 antogs en ny lag för trygg och säker utskrivning från slutenvården och sjukvård och ny överenskommelse togs gemensamt fram i Västra Götaland för samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården och sjukvård. Till överenskommelsen togs även ny riktlinje fram och en gemensam rutin utvecklades i enlighet med detta. Västra Götalands gemensamma system SAMSA utvecklades för att stödja den nya rutinen och processerna och driftsattes 25 september med denna nya funktionalitet. Systemstödet utvecklas i nära samverkan med verksamheten, men det är stora förändringar av arbetssätt som har skett till följd av ny lag, överenskommelse och riktlinje. Det finns fortsatt utvecklingspotential för att sätta dessa nya arbetssätt och då även utvärdera och utveckla underliggande systemstöd. Således, SAMSA är i gång och i drift och används av medarbetare i samtliga 49 kommuner och Västra Götalandsregionen, men utvecklas kontinuerligt för att på bästa sätt sätta invånaren i fokus och stödja samverkan runt denna, samt förenkla och stödja medarbetarnas arbete.

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

Någon större utvärdering av SAMSA har inte gjorts. Frågan tas upp igen på nästa möte.

Fråga: De privata vårdgivarna har inget krav på sig att ansluta sig till regionens IT-system, hur påverkas vårdkedjan om de väljer att inte göra det?
Koncernkontoret tar med sig frågan.

§ 6 Västra Götalandsregionens ekonomi

Annika Wahlstedt, nämndekonom Koncernkontoret

Västra Götalandsregionen omsatte 2017 cirka 63 miljarder kronor, 2018 beräknas omsättningen vara något högre. Den största intäkten kommer från landstingsskatten som idag är 11,48 kronor per 100 kronor. Andra finansieringsformer är exempelvis statsbidrag, patientavgifter och biljettintäkter. Den största kostnaden är personal, följt av bland annat trafik kostnader och läkemedel.

I dagsläget ökar kostnaderna fortare än intäkterna. Den största kostnadsutvecklingen sker på akutsjukhusen. En större och äldre befolkning, investeringsbehov och utbyggnad av kollektivtrafik är några faktorer som driver kostnaderna. På sikt leder en obalans till att vi inte kan finansiera alla de verksamheter regionen har. Regionens ekonomi styrs också av förhållanden i omvärlden. Sveriges kommuner och landsting (SKL) prognostiserar i sin ekonomirapport från december att det reella skatteunderlaget inte kommer att öka lika mycket kommande år som tidigare på grund av inflationen.

Hur ser utvecklingen ut gällande ökade personalkostnader?

I personalfrågan gäller det alltid att hitta en balans mellan att kunna klara sitt arbete utan att skena i personalkostnader. På exempelvis sjukhusen har man anställt mer administrativ personal för att avlasta vårdpersonalen med den typen av uppgifter. Personalkostnader är inte bara en fråga om hur mycket personal vi har, utan om den befintliga personalen gör rätt saker.

Regionens medel fördelas utifrån fyra övergripande styrdokument. Systemet består sedan av en ägare, beställare och utförare. För hälso- och sjukvården är regionstyrelsen ägare, hälso- och sjukvårdsnämnderna beställare och sjukhusförvaltningarna, tandvården, primärvården med flera utförare. Regionfullmäktige fördelar ut pengar och uppdrag till beställarnämnderna. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har en resursfördelningsmodell som till 97 procent styrs av kostnader för olika ålderskategorier. Det sker också en omfördelning utifrån socioekonomi, och kommunernas befolkningsstorlek. Totalt har hälso- och sjukvårdsnämnderna medel på nästan 30 miljarder kronor.

Omställningen av vården, som syftar till att bygga ut den nära vården, koncentrera viss sjukvård, öka den digitala tillgängligheten och satsa på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling, kan ersättningsmodellerna behöva omprövas. Det måste utredas om ersättningsmodellerna främjar exempelvis digitala besök och man måste våga förändra och fasa ut eventuella felaktigheter i modellerna.

Hur kan SU gå back när regionen har pengar och får ytterligare statsbidrag och hur kommer det sig att nämnden går plus trots att den ger ökat stöd till vissa förvaltningar i slutet av året?

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

Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd har ett resultat för 2018 på +24 miljoner kronor. I relation till de 10 miljarder kronor som nämnden förfogar över är 24 miljoner ingen stor avvikelse, men självklart en betydande summa som nämnden hade velat använda. Nämnden lägger beställningar på volymer och i augusti varje år görs en prognos för om utförarna kommer att uppfylla beställningen. 2018 har Angereds närsjukhus, Frölunda Specialistsjukhus och Lundby Capio sjukhus inte nått upp till ersättningstaket. Detta innebär att nämnden får pengar över eftersom utförarna inte producerar den volym som var beställd. Hade nämnden vetat det tidigare hade den kunnat använda pengarna till fler engångssatsningar.

Vad händer med överskottet?

Överskott på upp till 2 procent av regionbidraget får nämnden behålla. Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd har i nuläget mindre än 2 procent i överskott. Regionfullmäktige kan besluta att överskottet ska användas på ett annat sätt.

Hur ser ekonomin ut i regionen totalt?

VGR:s ekonomi går bra och en del engångsintäkter gör att budgeten går ihop 2018.

Vad kostar det att många patienter uteblir från sina besök?

Vi har ingen exakt siffra men det stämmer att det är väldigt dyrt med uteblivna besök. Det är varje utförarens ansvar att arbeta med frågan om hur de uteblivna besöken ska minska. Bland annat arbetar man med sms-påminnelse, att patienterna själva får välja tid och en lista med patienter som kan komma med kort varsel om någon uteblir eller avbokar sent. Patienter som uteblir får betala och då gäller inte frikort.

Tar kostnaderna för uteblivna besök hänsyn till alla kostnader kopplade till det besöket? Är det inte konstigt att en summa utifrån en konstruerad beräkning belastar budget?

Personalkostnaderna finns oavsett om patienten kommer eller inte. Personalen har alltid att göra även om deras arbetsdag så klart blir avbruten av att patienter uteblir. Det som händer vid uteblivna besök är att förvaltningen inte får in intäkten. Dessutom måste man lägga ytterligare resurser på att kalla den som uteblev igen. Den konstruerade kostnaden som tar hänsyn till samtliga faktorer är inte den som faktureras, det är den faktiska kostnaden som faktureras.

Sören Björkman (S): Det är viktigt att vårdpersonal är medveten om vilka resurser och mottagningar som finns. Till exempel kan inte Backa osteoporosmottagning producera efter kapacitet för att de inte får några patienter till sig. Vi vet att behovet av deras behandlingar finns, men det är svårt att nå ut till vårdcentralerna att de kan skicka patienter dit och att det inte är en extrakostnad för vårdcentralerna.

Regionens hemsida uppdateras regelbundet med ekonomiska rapporter för den som vill veta mer, <https://www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/ekonomi/>.

7. Nästa möte

Nästa möte är den 14 april.

Förslag på datum för studiebesök på Västerläkarna – Äldrevårdcentral 70+ är den 14 mars.

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

Bilagor

Bilaga 1 – Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Bilaga 2 – Läkemedel

Bilaga 3 – Västra Götalandsregionens ekonomi

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