

Handlingar

till hälso- och sjukvårdsutskottets
sammanträde i Vänersborg
den 25 januari 2012

**Sammanträde med hälso- och sjukvårdsutskottet
den 25 januari 2012****Plats:** Sessionssalen, residenset, Vänersborg**Tid:** Kl 9.00

Val av protokolljusterare

Informationer

1. Rapporteringsstruktur för sjukhusrelaterade medicinska resultat/
medicinsk kvalitet, dnr RSK 655-2010 /Jarl Torgerson
2. Den nära vården – lokalsjukhusen /Peter Lönnroth
3. Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och riktlinjer
2011 – 2012 (etapp 2, underlag) /Bo Hallin
4. Information från hälso- och sjukvårdsdirektören

Beslut

5. Hälso- och sjukvårdsutskottets årsredovisning för 2011,
dnr RS 10-2012 /Anna Erlingsdotter Wass
6. Rapport avseende utvecklingen av det suicidpreventiva
arbetet, dnr RSK 621-2010 /Christina Möller
7. Yttrande över motion av Mariella Olsson m fl (FP) om avgiftsfri
influensavaccinering för riskgrupper, dnr RS 175-2011 /
8. RF § 116-2011. Utredning kring behov och förutsättningar
för ett särskilt center för kvinnor med svår endometrios,
dnr RSK 487-2010 /Elisabet Danielsson, Inger Bryman (SU),
Sonja Kvint (SkaS)
9. Handlingsplan digitalisering av patologi, dnr RSK 406-2008
/Peter Lönnroth
10. Rehabiliteringsgaranti i Västra Götalandsregionen 2012,
dnr RS 774-2011 /Christina Möller
11. Anmälningssärenden, dnr RS 54-2012

Eventuella tillkommande ärenden

Efter sammanträdet: VG-Primärvårdsseminarium

POSTADRESS:
Regionens Hus
541 80 Skövde**BESÖKSADRESS:**
Regionens Hus
Hertig Johans gata 6**TELEFON:**
010-441 00 00**HEMSIDA:**
www.vgregion.se

Ärende 5

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-01-18

Diarienummer RS 10-2012

Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Handläggare Anna Erlingsdotter-Wass

Hälso- och sjukvårdsutskottet

Hälso- och sjukvårdsutskottets Årsredovisning 2011

Budget för 2011

I regionstyrelsens beslut om detaljbudget för 2011 fastställdes hälso- och sjukvårdsutskottets driftbidrag till 1 844,8 mnkr. Efter regionstyrelsens beslut om budget har hälso- och sjukvårdsutskottet överlämnat medel för AT-läkare till personalutskottet (147,4 mnkr) samt tillförts medel för ST-läkare och studierektorsfunktion inom VG primärvård från regionstyrelsen (178,4 mnkr). Utskottets budget uppgår efter dessa justeringar till 1 875,8 mnkr.

Utskottet har också rätt att utnyttja eget kapital med 53 mnkr för insatser för barn och unga med psykisk ohälsa (43 mnkr) samt obesitasoperationer utförda 2011 (10 mnkr) där betalningsförbindelser utfärdades 2010. Regionstyrelsen kommer också enligt beslut tillföra HSU ett bidrag utöver budget på 42 mnkr för utökning av ST-läkare inom VG Primärvård.

Resultat för 2011

Hälso- och sjukvårdsutskottets resultat för 2011 uppgår till **+89 mnkr**. En redovisning av resultatet för utskottets olika delområden görs under kommande avsnitt.

Jämförelse med tidigare lämnad prognos

Baserat på utfallet till och med oktober 2011 redovisade utskottet en prognos för 2011 på 60 mnkr.

Resultatförbättringen på totalt 29 mnkr beror främst på nedanstående:

Prognos oktober	+60 mnkr
• FOU, Organisationsbidrag	+2 mnkr
• Läkemedel	+17 mnkr
• ST-läkare inom VG Primärvård	+16 mnkr
• Sjukvård till asylsökande	-5 mnkr
• Reformerat tandvårdstöd	-5 mnkr
• LÖF	+7 mnkr
• Psykisk ohälsa unga medel från 2010	+4 mnkr
• Nya vårdenheter rättspsykiatrisk vård	-7 mnkr
Resultat 2011	+89 mnkr

Resultat per delområden inom hälso- och sjukvårdsutskottet

Som framgår av tabellen finns avvikelser inom flera områden mot fastställd budget. De större avvikelserna kommenteras nedan.

Område (Tkr)	Budget 2011	Utfall 2011	Avvikelse helår
Verksamheter 1)	391 700	425 732	-34 032
Organisationsbidrag, FOU	83 670	76 319	7 351
Läkemedel	321 600	290 040	31 560
Rättspsykiatri	306 700	303 307	3 393
Utvecklingsanslag	593 730	532 403	61 327
ST-läkare inkl. studierektorfunktion 2)	178 400	120 551	57 849
Summa nettokostnad & avvikelse	1 875 800	1 748 352	127 448
<u>Kostnader områden där HSU utnyttjar eget kapital (Ek)</u>	Eget kapital rätt använda	Utfall Eget kapital	
*Obesitas	(10 000)	9 561	
*Psykisk ohälsa unga	(43 000)	29 199	
Summa nettokostnad områden Ek	(53 000)	38 760	-38 760
Total nettokostnad inkl Ek samt avvikelse	1 875 800	1 787 112	88 688

1) Avser smittskydd, vård för asylsökande, ambulanshelikopter, reformerat tandvårdstöd samt LÖF.

2) Bidrag från moderförvaltningen på 42 mnkr ingår i utfallet.

Verksamheter (- 34 mnkr)

De områden som redovisas under verksamheter är smittskydd, sjukvård till asylsökande, ambulanshelikopterverksamhet, reformerat tandvårdstöd samt LÖF. Underskottet hänförs till det reformerade tandvårdsstödet och sjukvård till asylsökande som kommenteras nedan.

Reformerat tandvårdstöd

Kostnaderna för det reformerade tandvårdsstödet ger en budgetavvikelse med -15 mnkr. Avvikelsen beror på att fler personer behövt och sökt medel för nödvändig tandvård och vård som led i sjukdomsbehandling. Omfattningen av tandvårdsstödet har nått den nivå som statsbidraget dimensionerades efter när reformen startade.

Sjukvård till asylsökande

Budgetavvikelsen för detta område är -25 mnkr. Skälen till detta är svåra att helt klarlägga men kan vara flera. Asyltiden är kortare vilket innebär att vi inte alltid får in ersättning även om vård har utförts, då avstämning för statsbidragets storlek sker kvartalsvis i efterskott. I Västra Götaland finns ett

antal gömda barn med stort vårdbehov och där ersättning för kostnadskrävande vård inte kunnat sökas. SKL har visat på att schablonersättningen till landstingen är för låg i förhållande till vårdkostnaden. SKL har fört en diskussion med staten om att schablonersättningen behöver höjas framöver.

FOU och organisationsbidrag (+7 mnkr)

Kostnaderna för regionala FOU-projekt är för helåret lägre än budgeterat.

Läkemedelsområdet (+32 mnkr)

Kostnaderna inom läkemedel visar en positiv budgetavvikelse för helåret. Några förklaringar till avvikelsen är att vissa av läkemedelskommitténs aktiviteter inte fått helårseffekt samt att kostnaderna för solidariskt finansierade läkemedel ligger 10 mnkr lägre än budgeterat.

Rättspsykiatri (+3 mnkr)

Avtal är tecknade för med SU, NU och SkaS om att bedriva rättspsykiatrisk vård. Kostnaderna för dessa avtal överensstämmer med budget. I 2011 års budget tillfördes en utökning på 20 mnkr för satsningar på nya vårdenheter. Dessa kostnader släpar och därför redovisas en positiv budgetavvikelse.

Utvecklingsanslaget inkl ordnat införande (+61 mnkr)

Drygt en tredjedel av utskottets budget avsätts till tillgänglighets- och utvecklingsinsatser inom olika områden. En positiv budgetavvikelse föreligger sammantaget inom detta anslag.

Utskottet beslutar vid minst två tillfällen per år om ordnat införande av nya läkemedel, metoder samt nationella och regionala riktlinjer. Medlen utbetalas efter avrop för faktiska kostnader (nya dyra läkemedel) samt efter det att verksamheterna har presterat över vissa basvolymerna inom exempelvis obesitas- och strokesjukvården. Inom det ordnade införandet har inte alla avsatta medel ianspråktagits under året.

Under 2011 (samt 2010) tillfördes HSU 15,6 mnkr i utökad budget för HPV-vaccinationer. Den nationella upphandlingen av vaccinet har överklagats i olika instanser och därför har inte vaccinationerna kunnat genomföras under varken 2010 eller 2011. I och med detta har inga kostnader belastat HSU under 2011.

25 mnkr har avsatts till satsningar inom psykiatrin och 22 mnkr av dessa har gått åt under året.

Inom budgeten är cirka 20 mnkr riktade till området minskad sjukskrivning. Dessa är beslutade om under året till olika aktiviteter inom området och kostnaderna har uppgått till 9 mnkr.

Utskottet har avsatt 21 mnkr för *kompetenscentra* för våldsutsatta kvinnor och jämställd vård. Inom jämställd vård har inte budgeten utnyttjats fullt ut. Kostnaderna för *tandvården* kopplat till de utökade åldersgrupperna 20-21 år ligger på budgeterad nivå.

Under 2011 har statsbidraget för patientsäkerhetsområdet utbetalas till HSU på 50 mnkr. HSU har haft kostnader under året på cirka 28 mnkr där det mesta har utgått i olika ersättningar till utförarna.

Sammantaget ger *utvecklingsanslaget* ett överskott på totalt 61 mnkr. Detta innebär att utskottet inte behöver utnyttja möjligheten att finansiera vissa utvecklingsinsatser med regionstyrelsens egna kapital.

ST-läkare inom VG Primärvård (+58 mnkr)

HSU tillfördes under 2011 budgeten för *ST-läkare* inom allmänmedicin inklusive studierektorsfunktion (178,4 mnkr). Under föregående år aviserades att en utökning av ST-läkartjänster inom VG Primärvård kunde ses och därmed behövdes ytterligare 42 mnkr för att klara kostnaderna för denna utökning. Ett bidrag till HSU har därför betalats ut under året. En budgetavvikelse på 16 mnkr samt det utökade bidraget på 42 mnkr har därmed inte behövt nyttjas vilket ger ett positiv budgetavvikelse på totalt 58 mnkr. Några av förklaringarna till att utökningen ännu inte kunnat ses är att det har varit mer svårrekryterat inom vissa områden än vad som tidigare bedömts och att alla enheter inte har lyckats leva upp till kraven om godkänd utbildningsenhet. Ett betydande antal vårdcentraler får därför inte ta emot ST.

Eget kapital

Under utvecklingsresurserna beräknas kostnader ingå med 10 mnkr kopplat till obesitasoperationer, där betalningsförbindelser skrevs 2010. Kostnader belastar också resultatet för HSU kopplat till det statsbidrag som erhöles under 2010 för psykisk ohälsa unga. Dessa kostnader uppgår till 29 mnkr.

Utskottet behöver inte utnyttja möjligheten att finansiera dessa utvecklingsinsatser med regionstyrelsens egna kapital.

Hälso- och sjukvårdsutskottets resultat uppgår sammantaget till **+89 mnkr**.

Begäran om att utnyttja eget kapital under 2012

HPV-vaccinationer

För att minska framtida förekomst av livmoderhalscancer har Socialstyrelsen i förordning beslutat att HPV-vaccination ska införas i det allmänna vaccinationsprogrammet. Detta beslut gäller från 2010-01-01 till flickor födda 1999 och senare. Västra Götalandsregionen har ersatts av staten med ett årligt anslag 2010 och 2011 på cirka 15,6 mnkr/år för att täcka kostnaderna för inköp av vaccin till det allmänna vaccinationsprogrammet.

Medlen ska också, enligt beslut i HSU och efter rekommendation från SKL, användas för att genomföra en utökad vaccination av flickor födda 1993-1998. Medlen ska täcka kostnaderna för inköp av vaccin, ersättning för att administrera vaccinationen (stickersättning), informationsinsatser samt distributionskostnader.

Med anledning av att den första nationella upphandlingen av HPV-vaccin ogiltigförklarats och att tidplanen för vaccinationen därmed förskjutits har HSU ännu inte belastats med några kostnader för HPV-vaccinering. Den utökade vaccinationen kommer dock att påbörjas under våren 2012. För att få full kostnadstäckning för den utökade vaccinationen förutsätts att regionen erhåller statsbidraget om 15,6 mnkr per år.

Mot bakgrund av detta hemställes att för 2012 få ianspråka den del av regionstyrelsens egna kapital som utgörs av statens bidrag till vaccinationer med 31 mnkr.

Utveckling av den rättspsykiatriska verksamheten

Regionfullmäktige avsatte i budget 2011 60 mnkr för att möta ökade kostnader inom rättspsykiatrin till följd av att nya vårdenheter kommer att tas i bruk under kommande år. Tillskottet fördelades i budgeten med 20, 10 respektive 30 mnkr under treårsperioden (2011-2013). De nya vårdbyggnaderna tas i bruk successivt. Under 2011 har kostnaderna understigit budgeten med 3 mnkr p g a förskjutning i genomförandet. Under 2012 beräknas merkostnaderna för de nya enheterna att överstiga de avsatta medlen. Underlaget pekar på en brist i storleksordningen på 48 mnkr även om hänsyn tas till minskad köpt vård och hyresbidrag från regionstyrelsens särskilda konto. De ökade kostnaderna för de nya vårdbyggnaderna avropas idag från avsatta medel i HSU:s budget. Mot bakgrund av detta begär HSU att få ianspråka regionstyrelsens egna kapital med 3 mnkr under 2012.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta

att fastställa hälso- och sjukvårdsutskottets årsredovisning för 2011 och översända den till regionstyrelsen,

att hos regionstyrelsen begära att under 2012 få utnyttja totalt 31 mnkr ur regionstyrelsens eget kapital för HPV-vaccinationer,

att hos regionstyrelsen begära att under 2012 få utnyttja totalt 3 mnkr ur regionstyrelsens eget kapital för utveckling av den rättspsykiatriska verksamheten samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVDELNINGEN

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Erlingsdotter-Wass
Controller

Ärende 6

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-01-17

Diarienummer RSK 621-2010

Ärende 6

Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Handläggare Christina Möller

Hälso- och sjukvårdsutskottet

Rapport avseende utvecklingen av det suicidpreventiva arbetet

Regionstyrelsen har uppdragit till hälso- och sjukvårdsutskottet respektive kommittén för folkhälsofrågor (RS § 214/2011) att avge en gemensam rapport hur det suicidpreventiva arbetet utvecklas dels inom den regionala utvecklingsplanen för psykiatri dels inom det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet. Bakgrunden är en ansökan från SPIV (Självordsprevention i väst) till Västra Götalandsregionen om ekonomiskt stöd för att skapa ett regionalt centrum för suicidprevention (RSK 261/2010). Ansökan har behandlats av regionstyrelsen den 6 september 2011.

I arbetet har samverkan och beredning skett på tjänstemannanivå avseende förslag till rapport som föreläggs hälso- och sjukvårdsutskottet respektive kommittén för folkhälsofrågor för beslut.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen föreslås besluta

att ställa sig bakom upprättad rapport och

att översända rapporten till regionstyrelsen

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVDELNINGEN

Ann Söderström

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Mats Johansson

Chef Strategiska utvecklingsenheten

2012-01-17

SUICIDPREVENTION I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN - RAPPORT

Inledning

Regionstyrelsen har den 6 september 2011 beslutat att hälso- och sjukvårdsutskottet och folkhälsokommittén får i uppdrag att lämna en gemensam rapport om hur det suicidpreventiva arbetet utvecklas inom ramen för den regionala utvecklingsplanen för psykiatri och inom det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet.

Nedan följer en bakgrund och beskrivning av aktuellt arbete.

Bakgrund

Suicidprevention

Själv mord går i många fall att förebygga och samhällets insatser för att motverka psykisk ohälsa och samhällets olika system för att hantera risker för självmord kan ständigt förbättras. Detta kan ske genom suicidprevention.

Det saknas en tydlig definition om vad som ingår i begreppet suicidprevention. I suicidprevention får anses ingå en samling insatser för att minska antalet självmord. Insatserna kan vara befolkningsinriktade eller avse insatser inom särskilda verksamheter. I ett förslag 2006 till nationellt program för suicidprevention från Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut har man följande utgångspunkt: ”Med suicidprevention avses i detta sammanhang alla relevanta aktiviteter som kan minska sjuklighet, dödlighet och andra konsekvenser associerade med suicidalt beteende.”

Det befolkningsinriktade suicidpreventiva arbetet är traditionellt ett folkhälsoområde. Hälso- och sjukvården har som del i vård och behandling att förebygga självmord och självmordsförsök.

Suicid i Västra Götaland

Antal självmord i Sverige har successivt sjunkit sedan 1980. 2008 tog 1467 människor i Sverige sitt liv varav 1052 män och 415 kvinnor. Siffrorna baseras på Socialstyrelsens dödsorsaksregister och är bearbetade av NASP – Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet (KI).

År 2010 begick 197 personer självmord i Västra Götaland, varav 134 män. Själv mordsfrekvensen är något lägre i Västra Götaland jämfört med i riket som helhet.

Självordsfrekvensen har minskat både bland kvinnor och män de senaste tjugo åren, men de senaste åren är minskningen inte lika stor. Den slumpmässiga variationen över tid är stor. Antalet självmord varierar från år till år, till följd av litet antal fall. I åldersgruppen 15-24 år, och även åldersgruppen 25-44 år, minskar inte antalet självmord under 2000-talet.

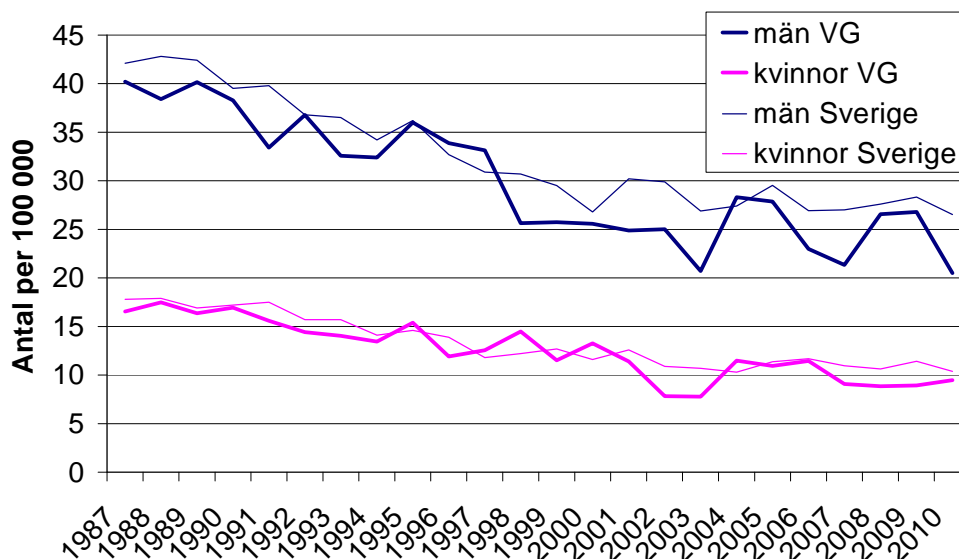


Diagram 1. Säkra och osäkra självmord bland kvinnor och män i VGR och Sverige. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabaser, Dödsorsaksregistret.

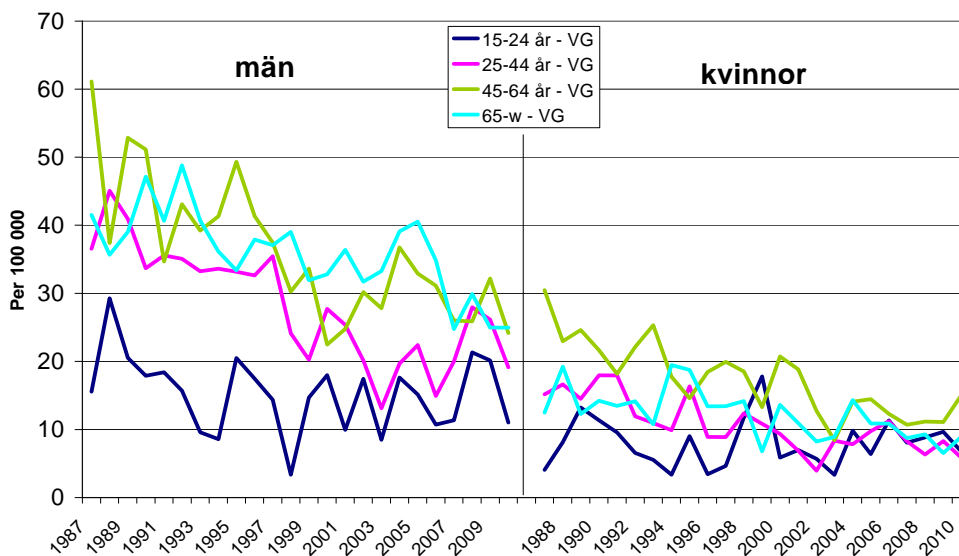
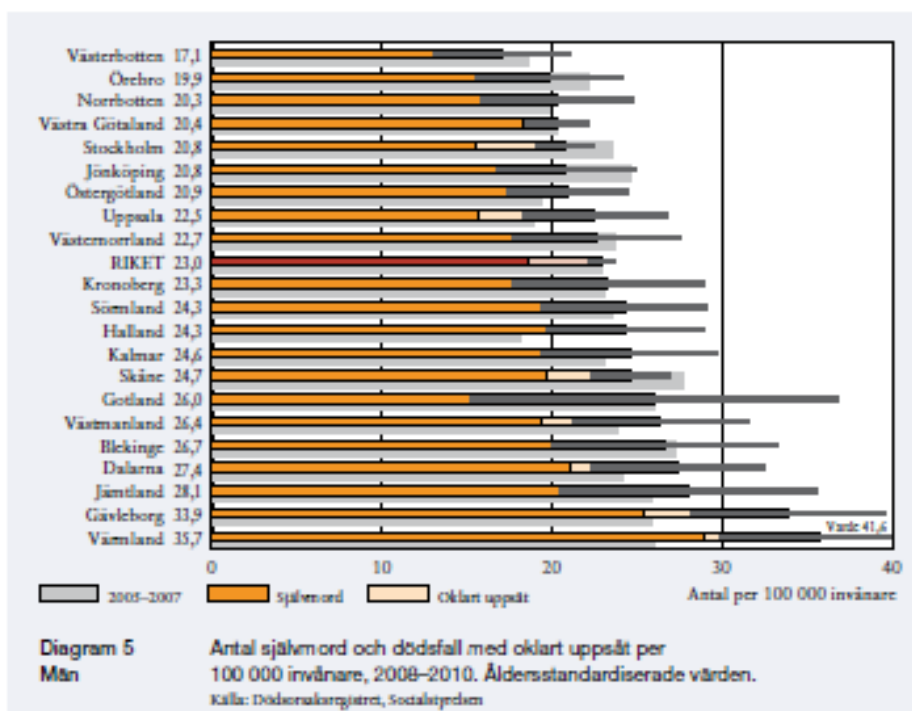
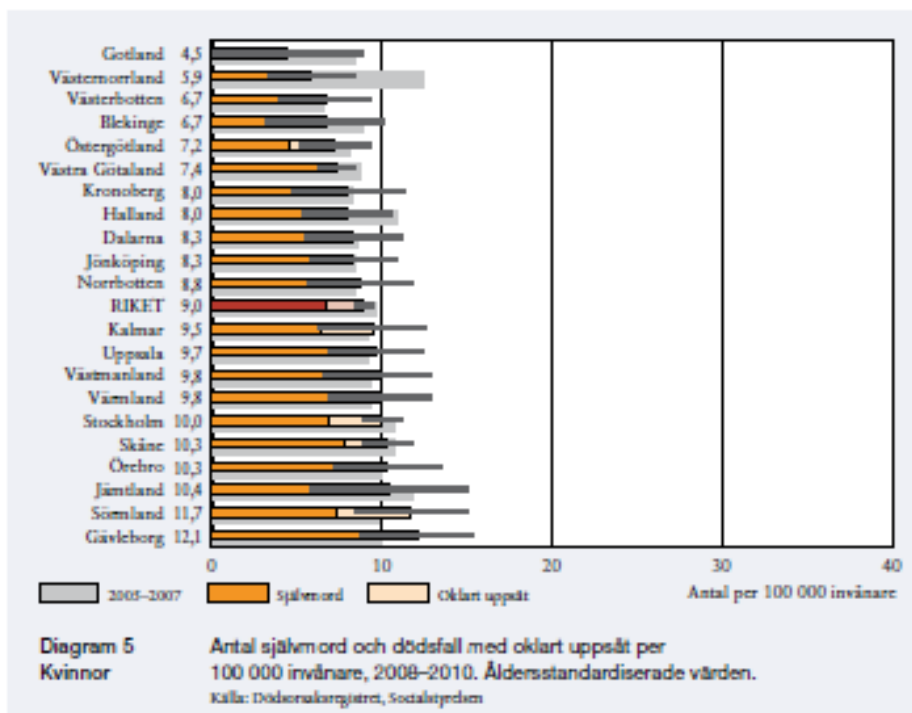


Diagram 1. Säkra och osäkra självmord uppdelat på åldersklasser bland kvinnor och män i VGR. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabaser, Dödsorsaksregistret.

I Öppna jämförelser 2011 finns en jämförelse i riket av antalet självmord och dödsfall med oklart uppsåt. Av diagram 5 framgår att Västra Götaland har färre antal självmord än för riket i genomsnitt. Detta gäller både för kvinnor och för män.



Pågående suicidpreventiva insatser

Både nationellt och regionalt pågår ett antal aktiviteter för att utveckla och stärka insatser och metoder för att förebygga undvikbara självmord och självmordsförsök. Nedan följer ett axplock av dessa aktiviteter.

Nationellt

Regering och riksdag

Regeringens proposition 2007/08:110, En förnyad folkhälsopolitik, antogs 2008 av riksdagen. Som en del i propositionen finns Förslag till ett nationellt handlingsprogram för självmordsprevention.

Handlingsprogrammet innehåller nio strategier:

- Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper
- Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen och i högriskgrupper för självmord
- Minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord
- Självmordsprevention som hantering av psykologiska misstag
- Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser
- Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska självmord
- Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik
- Händelseanalys av Lex Maria anmälningar
- Stöd till frivilligorganisationer

Som en följd av propositionen har regeringen lämnat ett flertal uppdrag inom området. Utredningen Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (SOU 2010:45) är nu föremål för remiss. Förslaget innebär att det också ska bli en skyldighet för socialtjänsten att rapportera inträffade självmord för individer som man haft kontakt med.

Statens folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har som ett delområde att arbeta med självmordspreventivt arbete. Uppdrag ges kontinuerligt från staten. År 2007 lämnades på regeringens uppdrag rapporten Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag. Rapporten har sedan legat till grund för regeringens proposition, En förnyad folkhälsopolitik. FHI har därefter fått följduppdrag.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen lämnade 2007, som ett underlag till regeringens folkhälsoproposition, en rapport med förslag på strategier och åtgärder som var riktade till huvudmännen för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan. De har med anledning av propositionen fått ett antal följduppdrag.

I sitt ordinarie uppdrag arbetar Socialstyrelsen med stöd och granskning inom området självmord och självmordsförsök.

Enligt Lex Maria ska en anmälan göras, om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått självmord eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom. Syftet med föreskriften är att verksamheterna ska lära av eventuella misstag. Socialstyrelsen granskar de inkomna anmälningarna och lämnar rapporter. Den senaste rapporten omfattade anmälningar gjorda 2006 – 2008.

Som stöd vid prioriteringar, och för vägledning om behandlingar och metoder som verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på, ger Socialstyrelsen ut nationella riktlinjer. En del riktlinjer ger vägledning kring suicidprevention. Under 2010 kom Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestillstånd. Dessa riktlinjer innehåller ett flertal rekommendationer om lämpliga åtgärder.

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska Institutet, Stockholm, är statens expertorgan för suicidprevention. Deras mål är att utveckla och förmedla kunskap om självmord och psykisk ohälsa samt att driva, stödja och utvärdera självmordspreventiva insatser.

NASP har flera nationella utbildningsuppdrag.

Första hjälpen i psykisk hälsa

Regeringen beslutade den 18 november 2010 att ge NASP i uppdrag att genomföra en pilotstudie på det australiensiska självmordsförebyggande programmet The Mental Health First Aid Training and Research program (MHFA). Under hösten 2010 genomfördes en femdagars utbildning av en grupp NASP-medarbetare till huvudinstruktörer i MHFA. Pilotprojektet har fått namnet Första hjälpen till psykisk hälsa. Sedan år 2000 har programmet utvecklats och utvärderats vetenskapligt och används nu i 15 länder runt om i världen. Målsättningen med programmet Första hjälpen till psykisk hälsa är att rädda liv genom att öka allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar, självmordsförsök och självmord.

Nationella hjälplinjen

Nationella Hjälpplinen erbjuder stöd för människor i psykisk kris eller i andra svåra livssituationer och som ett komplement till den offentliga vården. De ska ge ett lättillgängligt och medkännande stöd vid psykisk kris, som är anonymt och professionellt. Information finns via en webbsida och kontakt tas genom telefon eller genom att ställa frågor.

Hjälpplinen har drivits av ideella brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiska hälsoområdet och fått statliga bidrag under kontroll av Socialstyrelsen. Från 2012 övergår verksamheten till Inera. På sikt räknas verksamheten att knytas närmare 1177 på webb och telefon.

Västra Götalandsregionen

Folkhälsokommittén

Folkhälsokommittén gav den 3 november 2006 folkhälsochefen i uppdrag att ta fram en uppdragshandling för ett regionalt handlingsprogram för suicidprevention i Västra Götaland. Kommittén beslutade i mars 2007 om en särskild uppdragshandling. Målsättningen var att ta fram och fastställa förutsättningarna för arbetet med ett regionalt handlingsprogram för suicidprevention i Västra Götalandsregionen. Arbetet skulle ske i samverkan med berörda myndigheter och organisationer, ta tillvara tidigare genomförda arbeten, ha följsamhet till nationella handlingsprogram samt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Programmet skulle ha en tydlig hälsofrämjande ansats.

Under arbetets gång konstaterades att det inte var möjligt att ta fram ett regionalt handlingsprogram, varför Folkhälsokommittén uppdrog till sitt kansli att ge förslag på riktlinjer med syfte att stödja de kommuner som har för avsikt att påbörja ett arbete inom området. Här redovisas erfarenheter från de kommuner som har ett aktivt, pågående arbete. Därtill uppdrogs till kansliet att arrangera en konferens om suicidpreventivt arbete på befolkningsnivå och ta initiativ till nätverksbygge tillsammans med intresserade kommuner.

Som ett resultat av arbetet lämnades till kommittén i november 2010 en rapport, Många vill veta men svaren är få. Den 20 september anordnades, med anledning av uppdraget och rapporten, en konferens riktad till förtroendevalda och tjänstemän som på olika sätt berörs av frågan. I december 2011 skall redovisas till kommittén resultatet av det sistnämnda uppdraget.

Regional utvecklingsplan för psykiatri 2005

Regionfullmäktige beslutade 2005 om en regional utvecklingsplan för psykiatri. En arbetsgrupp lämnade en särskild rapport om självmordsnära patienter. Rapporten hade en bred ansats som inbegrep hela samhället. Utvecklingsplanen fokuserade avseende suicidprevention på utveckling av kompetens, regionala riktlinjer med självmordsförebyggande åtgärder.

Regionfullmäktiges budget

Regionfullmäktige skrev i budget 2008 följande;

Förebyggande insatser måste öka för att tidigt upptäcka och motverka självmordstankar och självskadande beteende. En regional handlingsplan för suicidprevention ska i samklang med regionens utvecklingsplaner inom psykiatri ligga till grund för en bred samverkan i Västra Götaland.

Regionfullmäktiges uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnderna

Regionfullmäktige har i beslut den 30 november 2010 gett hälso- och sjukvårdsnämnderna i uppdrag att utveckla förutsättningarna för ett

samarbete mellan region och kommunerna och övriga berörda parter i syfte att förtydliga ansvarsfördelningen och förbättra rutinerna i samband med suicidförsök.

Hälso- och sjukvården

Regionens olika verksamheter har att ge vård och behandling åt individer med självmordstankar. I de ordinarie uppdragen ingår att arbeta med suicidprevention. Flertalet av dessa individer finns inom primärvård eller inom psykiatrisk verksamhet.

Regionens psykiatriska verksamheter har som rutin att göra suicidriskbedömningar. Det finns riktlinjer och vårdprogram som beskriver rutiner i samband med suicidrisk. Inom regionen finns flera olika arbetsmetoder. Händelseanalyser genomförs när självmord inträffat. Rutiner finns kring läkemedelshantering. Regelbundet förekommer utbildning och kompetensutveckling. Samarbete finns mellan andra verksamheter inom sjukhusen, och också med vårdgrannar. Samarbete förekommer också med brukar- och frivilligorganisationer.

Inom regionens barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter finns sedan 2007 ett gemensamt bedömningsprogram för självmordsrisk. Detta program ska alla anställda vara förtrogna med och det utgör praxis för hantering av självmordsbenägna barn och ungdomar.

Primärvården ska i enlighet med Krav- och kvalitetsbok verka för tidig upptäckt av hälsorisker. I uppdraget ingår planerad och oplanerad vård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling omvårdnad, rehabilitering samt uppföljning. Ansvaret omfattar såväl somatisk som psykisk ohälsa. Som en del i verksamheten ingår att göra suicidriskbedömningar. En kvalitetsindikator som följs upp är om det finns rutiner för suicidprevention.

Under hösten 2011 görs en utbildningssatsning för alla vårdcentraler i Västra Götaland inom första linjens barn- och ungdomspsykiatri. I utbildningen ingår ett särskilt avsnitt kring suicidriskbedömningar.

Regionalt kunskapscentrum för psykisk hälsa

Under 2010 har ett Regionalt kunskapscentrum för psykisk hälsa etablerats i Västra Götalandsregionen. Centrum ska bland annat stödja implementering av evidensbaserad kunskap och metodutveckling för diagnostik, vård och behandling. Inom ramen för detta arbete ingår också suicidprevention.

Kunskapscentrum har presenterat ett förslag om att ett webbaserat kunskapsstöd ska tas fram som underlag för främst för hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Uppföljning utvecklingsplan

Hälso- och sjukvårdsutskottet gav den 24 februari 2010 hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag om en uppföljning av den regionala utvecklingsplanen psykiatri. Ett förslag till revidering har arbetats fram som

också redovisar Socialstyrelsens Tillsynsrapport 2011 för granskning av lex
– Maria anmälningar om självmord:

- Att vården brister avseende riskbedömningar genom avsaknad av strukturerade bedömningar samt fördjupade psykiatriska bedömningar
- Att befintliga vårdprogram inte används i den omfattning som vore önskvärt
- Att vårdplan saknas för en stor del av patienterna
- Att personer som begår självmord inom psykiatrisk heldygnsvård ökar
- Att vården behöver bli bättre på att utveckla diagnostiseringen av t.ex. vilken typ av depression personen lider av för att bättre kunna göra en bedömning av vilken behandling personen behöver

Med anledning av detta föreslogs följande utvecklingsområden:

- Att initiera en genomgång av samtliga självmord i VGR som anmälts enligt Lex Maria
- Att förbättra omhändertagandet av personer med självmordstankar och/eller självmordsförsök

Frivilligorganisationer

Föreningen Självmordprevention och efterlevandestöd (SPES) är tillsammans med föreningen Självmordsprevention i Väst (SPIV) två västsvenska aktörer som aktivt arbetar med såväl utbildningsinsatser för kommuner och andra intressenter. Det utbildningspaket man erbjuder benämns Psykisk livräddning och detta utbildningspaket har fått spridning inom många kommuner i Västra Götaland genom SPIV. Kommittén för folkhälsofrågor har givit ekonomiskt bidrag för till SPES för bl a utvärdering av utbildningsinsatser i vissa skolor.

Förslag till handlingsplan för suicidprevention

Regional handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland

Suicidprevention innefattar både individinriktade och befolkningsinriktade insatser. Dessa kan ske inom hälso- och sjukvård, genom folkhälsoinriktat arbete och genom insatser i samhället. Flera politikområden är inbegripna i ansvaret för insatserna. Insatser sker också genom ett antal frivilligorganisationer, och som de olika huvudmännen samarbetar med.

Inom regionen finns ett aktivt suicidpreventivt arbete. Detta arbete ska tas tillvara och förstärkas.

Generella insatser

- Informationsmaterial om suicidprevention till myndigheter och organisationer. Beräknad kostnad: 300 000 kr
- Inventering av intresse och möjligheter att bygga upp ett webbaserat utbildningspaket kring suicidprevention. Materialet ska vända sig till bland annat ungdomsmottagningar, elev- och studenthälsor, socialtjänst, räddningstjänst och olika organisationer. Insatsen kan komma att ersättas av andra initiativ från staten.
- Organisationsbidrag till frivilligorganisationer som bygger på gemensam regional policy. Särskilda budgetmedel får anvisas.
- Riktat verksamhetsbidrag till frivilligorganisationer. Det krävs en mer kartläggande studie av vilken typ av ekonomiskt bidrag Västra Götalandsregionen kan bidra med.
- Samverkan med universitet och högskolor i Västra Götaland inom området suicidprevention.
- Samverkan med frivilligorganisationer på regionnivå genom informations- och erfarenhetsutbyte samt representation i relevanta arbetsgrupper.
- Gemensamt med kommunerna i Västra Götaland få till stånd gemensamma händelseanalyser av suicid och suicidförsök hos barn och ungdomar. Ett genomförande förutsätter resurser från alla parter. Beräknad kostnad: 300 000 kr per år.
- Tillsammans med kommunerna se över innehåll i gemensamma överenskommelser kring psykisk ohälsa att också omfatta en suicidpreventiv ansats.

Insatser inom hälso- och sjukvårdsorganisationen

Inom hälso- och sjukvården ingår suicidprevention som en del i den kliniska vardagen. Vanligast är detta inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, primärvård och på akutmottagningar. Även övrig hälso- och sjukvård möter individer med suicidrisk.

Utbildningsinsatser

Utbildning ska ske av personal i alla verksamheter i regionen som möter patienter med självmordstankar. Ett regionalt stöd bör finnas till verksamheterna avseende utbildningsinnehåll. Beräknad kostnad 300 000 kr.

Sjukvårdsrådgivningen

Inventering av vilket stöd som finns för sjukvårdsrådgivningen avseende suicidprevention. Efter en inventering kan behov finnas av komplettering med kunskap och kompetens.

Anmälan enligt Lex Maria

Alla verksamheter ska efter en Lex Mariaanmälan göra en utredning avseende de självmord som inträffat och där patienten har haft en vårdkontakt de senaste fyra veckorna.

Genomgång av Lex Mariaanmälningar

Alla Lex Mariaanmälningar som gjorts av regionens verksamheter ska sammanställas och analyseras på regionnivå. En särskild rutin får skapas för detta. Beräknad kostnad: 300 000 kr.

Kunskapsstöd som vårdprogram

Ett webbaserat kunskapsstöd ska byggas upp och utgöra ett vårdprogram för regionens finansierade verksamheter. Beräknad kostnad 500 000 kr.

Journalbaserat beslutsstöd

Patientjournalen inom psykiatrin skulle kunna kompletteras med ett beslutsstöd i behandling av patienter med suicidrisk. Förutsättningarna för detta får utredas.

Läkemedelsförskrivning

En identifikation ska göras av läkemedel som skulle kunna möjliggöra läkemedelsförgiftning. Relevanta åtgärder får sedan vidtas avseende resultat av identifikationen

Översyn av lokaler

Den vård som bedrivs i regionen av individer med suicidproblematik ska ske i "säkra" lokaler. Varje verksamhet ska se över och sanera den fysiska vårdmiljön för att undvika möjligheter till suicid.

Översyn av hemsidor

På regionens relevanta hemsidor ska länkar finnas för information om suicid och suicidprevention. En samordning av tillgänglig relevant information behöver föregå denna insats. En översyn av aktuella hemsidor görs av de ansvariga förvaltningarna.

Genomförande av handlingsplanen inom hälso- och sjukvård

För stöd och för en verkställighet av handlingsplanen förutsätts personella resurser. En samordning av stödet bör ske via regionkansliet. Beräknad kostnad: 600 000 kr.

Insatser via Kommittén för folkhälsofrågor

Ansvara för att tillhandhålla riktlinjer (guide-lines) för att stödja pågående arbete och/eller med syfte att inspirera till ett suicidpreventivt arbete på kommunal nivå.

Initiera och bidra till att hålla samman nätverk mellan kommuner och kommuner och frivilligorganisationer.

Underlätta och samordna så att nätverksträffar och utbildningstillfällen inom området kommer till stånd.

Samla och förmedla kunskap inom området genom att lagra kunskapen i en metod databank som finns tillgänglig på nätet.

Genom bidrag till adekvata folkhälsoprojekt utveckla arbetsformer och innehåll inom området.

Totalkostnad

Finansiering av insatser sker till stora delar via de egna förvaltningarnas och verksamheternas budgetmedel. För de insatser som är extraordinära finns en beräknad kostnad angiven. Den totala kostnaden beräknas första året till 2 mnkr.

Ärende 7

Datum 2012-01-17
Diarienummer RS 175-2011

Regionstyrelsen

Yttrande över motion av Mariella Olsson m fl (FP) om avgiftsfri influensavaccinering för riskgrupper

Mariella Olsson m fl (FP) har i en motion föreslagit att regionfullmäktige beslutar att Västra Götalandsregionen inför avgiftsfrihet för riskgrupper vad gäller influensavaccinering. Regionstyrelsen har remitterat motionen till hälso- och sjukvårdsutskottet för yttrande.

Bakgrund

Samhället drabbas varje år av en influensaepidemi som medför betydande sjuklighet och belastning på sjukvården. Det är främst äldre och personer med vissa underliggande kroniska sjukdomar som drabbas hårdast av influensan med ökad mortalitet, risk för följsjukdomar eller försämring av underliggande sjukdomar.

Sedan 1997 rekommenderar Socialstyrelsen vaccination mot influensa till personer som löper ökad risk för allvarligt sjukdomsförlopp. Skyddseffekten av vaccination av personer över 65 år har visats i ett flertal studier, bland annat en stor studie från Stockholm. Studier har också visat på en ekonomisk besparing genom minskad sjukvårdskonsumtion hos de vaccinerade.

Socialstyrelsens rekommendationer

I september 2010 kom Socialstyrelsen ut med nya rekommendationer där medicinska riskgrupper som löper ökad risk för allvarligt sjukdomsförlopp är definierade. Till dem som rekommenderas vaccination mot influensa räknas ålderspensionärer, personer med vissa kroniska sjukdomar samt gravida:

Alla personer över 65 års ålder.

Personer, oavsett ålder, med

- kronisk hjärt- eller lungsjukdom
- svårbehandlad diabetes mellitus
- nedsatt infektionsförsvar (av sjukdom eller behandling)
- kronisk lever- eller njursvikt
- extrem fetma eller någon neuromuskulär sjukdom som påverkar andningen

Flerfunktionshinder hos barn

Gravida

Vaccinationstäckning bland ålderspensionärer

Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderar en vaccinationstäckning på 75 % . Vaccinationstäckningen i Sverige varierar i de olika landstingen (45-70 %) och riksgenomsnittet var under åren 2005-2008 55-65 %.

Jämförelser av vaccinationstäckning mellan olika landsting begränsas av att mätningar görs på olika sätt (försäljningsstatistik, register, enkätundersökningar etc.) Tre av de landsting som rapporterat högst vaccinationstäckning i landet och som erbjuder kostnadsfri vaccination är Stockholm (cirka 70 %), Kronoberg (cirka 70 %) och Jönköping (cirka 70 %). Dessa landsting baserar sina uppgifter på register och uppgifterna bedöms därför som tillförlitliga och det är rimligt att jämföra dessa med vaccinationstäckningen i Västra Götaland (VG) som baseras på uppgifter från enkätundersökningar som också bedöms ge tillförlitliga uppgifter. Motsvarande vaccinationsstäckning i VG har under åren 2005-2008 varierat mellan 50-58 %.

Vaccinationstäckningen bland ålderspensionärer i VG var under senaste influensasäsongen 50 % . För övriga riskgrupper som är yngre än 65 år var den betydligt lägre.

Åtgärder för att förbättra vaccinationstäckningen

Smittskyddsenheten genomför sedan 2001 årligen en informationskampanj inför influensasäsongen. Informationen riktas till sjukvårdspersonal och till allmänheten och förmedlas via utbildningsmöten för sjukvårdspersonal, annonsering i dagspressen, affischer, informationsfoldrar och under några år även via radio och TV. Regionmagasinet, som når alla hushåll, innehåller varje år information om influensavaccination.

På Smittskyddsenheten finns en influensaansvarig smittskyddssjuksköterska som kan ge support till de vaccinerande enheterna. Uppdaterad information om influensavaccination finns Smittskyddsenhetens hemsida och särskilda fråge- och dokumentationsformulär har tagits fram för att rationalisera vaccinationerna.

Av de faktorer som rapporterats kunna öka vaccinationstäckningen, dvs. information via massmedia, utbildning till sjukvården, återkoppling till vaccinerande enheter avseende vaccinationstäckning och erbjudande om avgiftsfri vaccination, har de tre förstnämnda använts i VG utan att den av WHO rekommenderade vaccinationstäckningen på 75 % kunnat uppnås. Avgiftsfri influensavaccination för riskgrupper kan vara en faktor för att nå detta mål. Majoriteten av landstingen i Sverige erbjuder avgiftsfri influensavaccination till riskgrupper. Flera landsting erbjuder även avgiftsfri vaccination mot pneumokockinfektion då allvarliga infektioner, ex lunginflammation, orsakade av pneumokocker är en vanlig följsjukdom till influensa. Västra Götalandsregionen har tidigare prövat frågan om avgiftsfri

vaccination men inte beslutat om ett införande, främst på en ekonomisk bedömning.

Svensk studie om kostnadseffektivitet för vaccinerade

En studie som genomfördes i Stockholms län (SLL) och som presenterades på Läkarstämman 2001 visade att avgiftsfri influensa- och pneumokockvaccination av ålderspensionärer är kostnadseffektiv. Samtliga 260 000 ålderspensionärer i SLL erbjöds åren 1998-2001 vaccination mot influensa och pneumokock-infektion. Under perioden vaccinerades mer än 100 000 ålderspensionärer (40%) årligen mot influensa och totalt över 100 000 mot pneumokockinfektion. Via slutenvårdsregistret noterades cirka 2 500 färre vårdtillfällen för den vaccinerade gruppen. Beräknat på en medelvårdtid om 8 dagar och med en dagvårdkostnad på 3 500- 4 500 kr blev nettobesparingen cirka 75 miljoner kronor första året. Kostnader för vaccination och slutenvård togs med i studien, men ej kostnader för öppenvård vilket torde bidra till ytterligare kostnadseffektivitet.

Kostnadsberäkning för avgiftsfri influensavaccination för riskgrupper i VG

En person som tillhör en riskgrupp betalar idag 100 kr för influensavaccination. Själva vaccinkostnaden är knappt en tredjedel av denna summa och resterande del får den vaccinerande enheten behålla för sitt arbete.

- Cirka 285 000 personer i VG är ålderspensionärer.

Med aktuell vaccinationstäckning på 50 % skulle kostnaden bli drygt 14 miljoner kr för avgiftsfri influensavaccination. Om 75 % vaccinationstäckning uppnås blir kostnaden cirka 21 miljoner kr.

- Yngre personer som tillhör någon riskgrupp

Kostnaden för vaccination av yngre personer (inklusive barn) med kroniska sjukdomar är svårare att beräkna då det inte finns några säkra siffror på hur många som tillhör någon riskgrupp.

En uppskattning av vaccinationskostnaden för yngre personer som tillhör någon riskgrupp kan göras utifrån uppgifter om vaccinationstäckning i Stockholms läns landsting (SLL). Under föregående säsong tillhörde en procent av de vaccinerade personerna under 65 år i SLL en riskgrupp. Omräknat för VG skulle detta motsvara att cirka 13 000 yngre personer som tillhör någon riskgrupp skulle ha vaccinerats till en kostnad av cirka 1,3 miljoner kr.

WHO:s mål om 75% vaccinationstäckning uppnås ej idag i VGR.

Datum 2012-01-17

Diarienummer RS 175-2011

God tillgänglighet och olika informationsinsatser är nödvändiga och genomförs redan idag i VGR.

Avgiftsfri influensavaccination bedöms kunna öka vaccinationstäckningen och har i studier visat kostnadseffektivitet. Regionens program- och prioriteringsråd (PPR) bör också bedöma frågan inför ett slutligt ställnings-tagande.

VGR är en av få regioner/landsting som tar ut avgift från riskgrupper.

Med hänsyn till regionens nuvarande ekonomiska förutsättningar bedöms det inte möjligt att införa avgiftsfri influensavaccinering för riskgrupper under nästkommande influensasäsong.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens förslag till regionfullmäktiges beslut:

Motionen anses besvarad.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSUTSKOTTET

Helén Eliasson
Ordförande

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör



Folkpartiet

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	
Vänersborg	
Inkom	2011 -02- 01
Regionstyrelsens kansli	
Dnr:	RS 175-2011 (1)

Motion om avgiftsfri influensavaccinering för riskgrupper i Västra Götalandsregionen

Den avgift Västra Götalandsregionen tar ut när det gäller säsongsvaccinering mot influensa för riskgrupper är 100 kronor. Västra Götalandsregionen har de senaste åren genomfört särskilda informationskampanjer riktad till riskgrupper, inkluderade pensionärsgruppen, i ett försök att höja den så kallade täckningsgraden för hur många i riskgruppen som väljer att vaccinera sig.

Avgifter för influensavaccinering för riskgrupper varierar över landet och mellan landsting. 15 av 21 landsting har beslut om avgiftsfri vaccinering för riskgrupper, enligt uppgift på Sveriges Kommuner och Landstings hemsida. Västra Götalandsregionen är en av de sex regioner och landsting som tar ut en egenavgift av patienter tillhörande de definierade riskgrupperna.

Västra Götalandsregionen tillhör också ett av de geografiska områden där relativt sett få i riskgruppen väljer att vaccinera sig mot den årliga influensan. Även om inte egenavgiften betyder allt i sammanhanget så går det inte att bortse från att det finns ett tydligt samband mellan avgiften och täckningsgraden.

En avgiftsfri influensavaccinering för riskgrupperna kommer att uppvägas av lägre kostnader vid regionens sjukhus då sannolikt färre personer behöver bli inlagda för slutenvård till följd av allvarigare besvär som influensan gett enskilda patienter.

Från Folkpartiet anser vi att det är hög tid att Västra Götalandsregionen fokuserar på att höja täckningsgraden bland riskgrupperna och därför ansluter sig till de regioner och landsting som erbjuder influensavaccin avgiftsfritt till riskgrupperna, med förhoppning är att avgiftsfriheten ska gälla redan till kommande säsongsvaccinering hösten 2011.

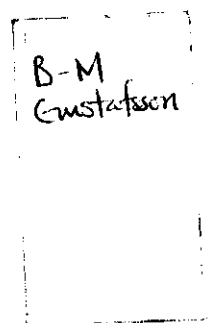
Mot bakgrund av ovanstående yrkar vi

att regionfullmäktige beslutar att Västra Götalandsregionen inför avgiftsfrihet för riskgrupper vad gäller influensavaccinering.

Vänersborg 2011-02-01

Mariella Olsson
Göteborg

Kristina Grapenhölm
Alingsås



Ärende 8

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-01-17

Diarienummer RSK 487-2010

Ärende 8**Hälso- och sjukvårdsavdelningen**Handläggare Elisabet Danielsson

Hälso- och sjukvårdsutskottet

Utredning kring behov och förutsättningar för ett särskilt center för kvinnor med svår endometrios

Regionfullmäktige gav 2011-02-01, § 16, regionstyrelsen i uppdrag att genomföra en utredning kring behov och förutsättningar för ett särskilt center för kvinnor med svår endometrios. Bakgrunden är en motion av Monica Selin (KD) 2010-06-14. Hälso- och sjukvårdsdirektören har, HSD-A § 3-2011, givit sektorsrådet för kvinnosjukvård, i uppdrag att genomföra en utredning enligt fullmäktiges beslut.

Sektorsrådets uppfattning är att vården av kvinnor med svår endometrios i Västra Götaland behöver förstärkas och förbättras såväl inom primärvård, specialistvård i öppenvård som inom sjukhusens slutna vård. Ett endometrioscenrum inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset skulle då kunna bli navet, men också att kunskap och kompetens skall kunna erbjudas på alla nivåer i hela regionen. Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns nödvändig medicinsk och kirurgisk kompetens avseende avancerad endoskopisk kirurgi och etablerat samarbete mellan gynekologi och colorektalkirurgin, samt förutsättningar för forskning inom området.

Förslaget innebär ett kunskapscentrum i form av ett nätverk bestående av tvärdisciplinära och multiprofessionella kompetenser som arbetar i team. För genomförande och fortsatt utveckling av centrat påtalas behovet av tillskott av ekonomiska resurser. Resurstillskott för detta och de föreslagna teamen i regionen behöver beräknas, en preliminär bedömning indikerar ett behov motsvarande 3 mnkr när verksamheten är fullt ut etablerad.

Hälso- och sjukvårdsavdelningen delar sektorsrådets uppfattning om att det är angeläget att kunna erbjuda en samlad tvärdisciplinär och tvärprofessionell kompetens för att möta behovet hos kvinnor med svår endometrios. I rådande ekonomiska situation finns dock inte förutsättningar att tillskjuta medel för en centrumbildning.

Datum 2012-01-17

Diarienummer RSK 476-2011

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta

att förklara uppdraget fullgjort.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVDELNINGEN

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Mats Johansson
Chef Strategiska utvecklingsenheten

Bilagor:

1. Uppdragshandling, HSD-A § 3-2011
2. Svar 2011-10-20 från Sektorsrådet för kvinnosjukvård
3. Kostnadskalkyl 2011-11-11 från Sektorsrådet för kvinnosjukvård



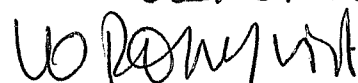
§ 3

**Uppdragshandling gällande utredning kring behov och förutsättningar
för ett särskilt center för kvinnor med svår endometriosis**
dnr RSK 487-2010

Beslutas

att fastställa uppdragshandling enligt bilaga gällande utredning kring behov
och förutsättningar för ett särskilt center för kvinnor med svår endometriosis.

Justeras 2011-01-26


Lars-Olof Rönnqvist

Expedieras till

Lars-Olof Rönnqvist

Lars-Göran Moberg

Hans-Bertil Fransson

Anna Erlingsdotter-Wass

Elisabet Danielsson

Sonja Gillving

Diariet

Tjänsteutlåtande

Datum 2011-01-24

Diarienummer RSK 487-2010

Hälso och sjukvårdsavdelningen

Elisabet Danielsson

031-630663

elisabet.danielsson@vgregion.se

Till sektorsrådet i Kvinnosjukvård

Uppdragshandling gällande utredning kring behov och förutsättningar för ett särskilt center för kvinnor med svår endometrios.

Bakgrund

I en motion 2010-07-07 har Monica Selin (KD) föreslagit att ge regionstyrelsen i uppdrag att utreda behovet och förutsättningarna för att inrätta ett särskilt centrum för att förbättra vården för kvinnor med endometrios. Motionären anser att denna grupp av patienter bör få en egen mottagning då sjukdomen är kronisk och ofta mycket smärtsam. Ett särskilt centra skulle leda till en kunskapskoncentration och ge en förbättrad diagnostisering och behandling.

Värdering av vårdbehovet och hur stor andel av patientgruppen som p.g.a. sjukdomsbilden har omfattande kontakter med sjukvården, har inte genomförts. Ett mindre antal patienter har – p.g.a. medicinsk bedömning – och/eller patientens önskan remitterats från VGR till centrumbildning i Uppsala.

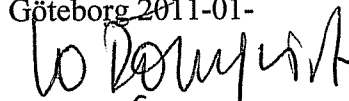
Någon etablerad centrumbildning med tvärprofessionell, tvärdisciplinär kompetens för patienter med svår endometrios finns inte inom Västra Götaland. Hälso- och sjukvårdsutskottet behandlade motionen i nov 2010 och beslutade då att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att utreda behov och förutsättningar för ett särskilt center för kvinnor med endometrios

Uppdrag och tidsplan

Hälso- och sjukvårdsdirektören ger sektorsrådet i kvinnosjukvård i uppdrag att genomföra en utredning kring behov och förutsättningar för ett särskilt center för kvinnor med svår endometrios.

Uppdraget avrapporteras senast till hälso- och sjukvårdsdirektören 2011-04-30.

Göteborg 2011-01-



Lars-Olof Rönnqvist
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Sektorsrådet för kvinnosjukvård,
Västra Götaland

Hälso- och sjukvårdsdir. Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Regionens Hus
405 44 GÖTEBORG

Svar från Sektorsrådet för kvinnosjukvård avseende uppdragshandling gällande utredning kring behov och förutsättningar för ett särskilt center för kvinnor med svår endometriosis (TU 2011-01-24, Dnr RSK 487-2010).

Bakgrund

Sektorsrådet för kvinnosjukvård har 2010-10-27 i sitt remissvar angående motion 2010-07-07 av Monica Selin, KD, angående behov och förutsättningar för att inrätta ett särskilt centrum för att förbättra vården för kvinnor med endometriosis inom VGR, angivit att behovet av sjukvårdsinsatser vid mer avancerad sjukdom kan vara stort och ett tvärdisciplinärt och tvärprofessionellt omhändertagande kan ha stort värde för patienten. Någon etablerad centrubildning med tvärprofessionell, tvärdisciplinär kompetens för patienter med svår endometriosis finns inte inom VGR.

Efter behandling av motionen i hälso- och sjukvårdsutskottet i november 2010 har hälso- och sjukvårdsdirektören givit i uppdrag till Sektorsrådet för kvinnosjukvård att vidare utreda behov och förutsättningar för ett särskilt center för kvinnor med endometriosis och detta uppdrag har Sektorsrådet för kvinnosjukvård mottaget.

Uppdragets genomförande

Sektorsrådet har utsett docent Jan-Henrik Stjern Dahl, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, till sammankallande för en arbetsgrupp med gynekologer från alla sjukhus inom VGR med gynekologisk verksamhet, smärtläkare och colorektalkirurg. Ordförande för patientföreningen för endometriosis i VGR har medverkat. Arbetsgruppens uppdrag har varit:

- att beskriva patientprocessen Vårda kvinnor med endometriosisjukdom i VGR
- att beskriva nuläget för dessa patienter
- att kartlägga de förbättringar som skulle gagna dessa patienter
- att belysa vård på olika nivåer i sjukvården för endometriospatienter
- att belysa behovet av centrubildning för dessa patienter

Arbetsgruppens rapport har redovisats för Sektorsrådet 2011-10-03 av sammankallande docent Jan-Henrik Stjern Dahl.

Efter ovanstående redovisning och efterföljande diskussion i Sektorsrådet önskar vi avge följande svar:

Endometriosis drabbar ca 200 000 kvinnor i Sverige och hos ungefär 40 000 av dessa är sjukdomen så grav att den leder till ett invalidiserande tillstånd med avsevärt försämrad livskvalitet. Sjukdomen är kronisk, men symtomlindrande behandling såsom hormonpreparat, olika smärtlindrande behandlingsmetoder, samt kirurgi och reproduktionsbefrämjande åtgärder finns att erbjuda. Den enskilda individens sjukdomsutveckling kan inte förutsägas. Enligt vetenskaplig dokumentation beräknas produktionsförmågan vara nedsatt motsvarande 11 timmar per vecka hos de kvinnor som lider av sjukdomen, varav de flesta är i arbetsproduktiv ålder. Sjukdomen innebär således, förutom patientens lidande, en stor socioekonomisk kostnad.

Det vanligaste sjukdomssymtomet är smärtor, initialt kopplade till menstruation och/eller ägglossning. Ca hälften av kvinnorna får med tiden kroniska buksmärter. Tarm och urinblåsa kan påverkas med störd funktion som följd. Vissa patienter har få sjukdomsskov, medan andra drabbas ofta och har svåra smärtor.

Ofrivillig barnlöshet och nedsatt fruktsamhet är klassiska symtom som bidrar till mindrevärdes känslor, förlust- och skuldkänslor samt stress. Efter en tids sjukdom får kvinnan ofta smärtor vid samlag, vilket ofta orsakar relationsproblem. Fibromyalgi och kroniska utmattningsdepressioner är vanligt förekommande p.g.a. de långvariga perioderna med smärtor, som ger bestående förändringar i hjärnbarken.

Sjukdomens komplexitet kräver inte sällan multiprofessionell kompetens såsom gynekolog, colorektalkirurg, urolog, algolog, radiolog, IVF-läkare, psykolog/kurator, sjukgymnast, sjuksköterska/barnmorska för att möjliggöra optimal utredning, behandling och uppföljning. Kvinnor med endometriosis inom VGR söker, diagnostiseras och behandlas inom olika delar av sjukvården. Kunskap och kompetens varierar inom såväl Primärvård, gynekologisk öppenvård, sjukhusansluten öppenvård och inom slutenvården. Många kvinnor söker akut och bristande kontinuitet i vården ger ett suboptimalt omhändertagande. Från patientföreningen efterfrågas mer kunskap om sjukdomen endometriosis hos vårdgivare, innefattande också möjligheter för tvärdisciplinärt och tvärprofessionellt samarbete mellan läkare, psykolog, sjukgymnast och smärtteam.

Behov av endometriosiscentrum i VGR

I Sverige finns idag endast ett endometriosiscentrum, medan behovet utifrån sjukdomens incidens och andelen patienter med svår sjukdom är beräknad till fyra - fem centra. Inom VGR önskar allt fler patienter remiss till Uppsala och endometriosiscentrum.

Sektorsrådets uppfattning är att vården av kvinnor med endometriosis inom VGR behöver förstärkas och förbättras, både inom Primärvård, specialistvård i öppenvård, samt på sjukhus och inom slutenvården. En etablering av endometriosiscentrum inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset skulle kunna bli navet i en förbättring, men kunskap och kompetens skall primärt kunna erbjudas på alla nivåer och i hela VGR. En nätverksbildning för alla vårdgivare inom regionen kan erbjuda en struktur i vilken en centrumbildning kan verka med utgångspunkt från följande uppdrag:

Endometrioscenrum i VGR, lokaliserat till SU skall ha följande uppdrag:

- Öka kunskap om endometrios hos patienter och aktuella vårdgivare i VGR genom utbildning och forskning
- Ansvara för regionala riktlinjer avseende vårdnivåer, diagnostik och behandling, samt uppföljning av behandlingsresultat
- Ansvara för nätverksbildning med aktuella vårdgivare inom VGR för att kontinuerligt uppdatera kompetens
- Tillämpa och sprida ett multidisciplinärt arbetssätt. Detta förutsätter samverkan mellan flera discipliner; gynekologi, algologi, colorektal kirurgi samt psykosocial kompetens såsom kurator, psykolog och sjukgymnast
- Ge förslag till behandlingsprogram hos kvinnor med svår endometrios efter remiss från regionens andra vårdgivare
- Vara remissinstans för att utvärdera behandlingsmöjligheter och vid behov utföra kirurgiska ingrepp vid grav endometrios

Förutsättningar för etablering av endometrioscenrum inom kvinnosjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns p.g.a. ett stort patientunderlag och stora patientbehov för vård vid avancerad endometrios inom VGR. Inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns kompetens och erfarenhet för kunskapsspridning och regionansvar avseende utbildning vid komplicerade sjukdomstillstånd. Förutsättning för etablering av forskning inom området finns. Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns också nödvändig medicinsk och kirurgisk kompetens och avseende avancerad endoskopisk kirurgi etablerat samarbete mellan gynekologi och colorektalkirurgin.

Resursbehov

Uppbyggnad och fortsatt drift av endometrioscenrum med tvärdisciplinär och tvärprofessionell kompetens och med ovan nämnda uppdrag kräver, förutom ovanstående förutsättningar, också tillskott av ekonomiska resurser för genomförande och fortsatt utveckling. Resurstillskottet för detta och team i regionen får beräknas.

Ett endometrioscenrum och nätverksbildning med motsvarande team på regionens kvinnokliniker, samt utökad kompetens på alla vårdnivåer inom VG skulle ge ett mer enhetligt, strukturerat och professionellt omhändertagande för patientgruppen, vilket skulle komma vårdsökande patienter med endometrios tillgodo inom hela VGR.

För Sektorsrådet för kvinnosjukvård

Sonja Kvint
Områdeschef
Barn- ungdoms- och
kvinnosjukvård
Skaraborgs Sjukhus
Skövde

Inger Bryman
Verksamhetschef
Gynekologi och
Reproduktionsmedicin
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Göteborg

Serney Böj
Verksamhetschef
Kvinnokliniken
Södra Älvsborgs sjukhus
Borås

Mats Johansson
Regionstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Bäste Mats Johansson!

Sektorrådet för kvinnosjukvård har den 20 oktober 2011 skickat svar till hälso- och sjukvårdsdirektör Ann Söderström angående uppdrag att utreda behov och förutsättningar för ett särskilt centrum för kvinnor med svår endometrios.

Vi har därefter fått i uppdrag att inkomma med kostnadskalkyl avseende uppbyggnad av team i föreslaget nätverk.

Utgångspunkten i Sektorrådets förslag är etablering av ett nätverk för regionalt samarbete i vårdprocessen för endometriospatienter med principiellt samma tanke och utgångspunkt som för processägarskapen för olika cancerdiagnoser som etablerats vid regionalt cancercentrum i VGR. Nätverket skall omfatta alla vårdgivare inom regionen. Endometrioscenrum lokaliseras till SU med tvärprofessionell kompetens och med läkare som ansvarig för centrumbildningen och processägare. Denne får i uppdrag att svara för kunskapsutveckling, arbeta fram regionala riktlinjer, samt medverka till att stödja regionala team för att implementera dessa.

Inom endometrioscenrum skall också klinisk verksamhet bedrivas för de patienter som har svår endometrios och som behöver bedömas eller i vissa fall genomgå medicinsk behandling och kirurgi vid avancerad endometrios. Endometrioscenrum skall också sörja för omhändertagande av länssjukvårdspatienter från Göteborgsregionen.

För beräkning av resursbehov vid föreslaget Endometrioscenrum har kontakt tagits med Endometrioscenrum i Uppsala, som svarar för motsvarande uppdrag vid Akademiska sjukhuset.

Det saknas tillräckliga resurser avseende läkarkompetens inom algologi i regionen. För att kunna tillgodose gruppen av patienter med kroniska smärtor orsakade av endometrios även på länssjukhusnivå behövs resursförstärkning även här.

Etablering av teambildning på sjukhus i regionen beräknas kunna ske inom ramen för nedanstående kostnader.

För endometrioscenrum bedöms följande resurser behövas (inkl. LKP och semesterlön):

1,5 läkartjänst (specialistläkare/överläkare) (Beräknat på 59 000 kr/månad)	1 674 000
1,5 barnmorska (Beräknat på 29 000 kr/månad)	823 000
0,25 algolog (specialistläkare/överläkare) (Beräknat på 59 000 kr/månad)	260 000
0,25 psykolog (Beräknat på 32 000 kr/månad)	151 000
0,25 sjukgymnast (Beräknat på 26 000 kr/månad)	115 000
Totalt	3 023 000

För Sektorsrådet för kvinnosjukvård

Inger Bryman
Verksamhetschef
VO Gynekologi och
Reproduktionsmedicin

Sonja Kvint
Verksamhetschef
Kvinnosjukvården
Skaraborgs sjukhus

Serney Bööj
Verksamhetschef
Kvinnosjukvården
Södra Älvsborgs länsjukhus

Ärende 9

Ärende 9

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-01-17

Diarienummer RSK 406 -2008

Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Handläggare Lars-Göran Moberg

Hälso- och sjukvårdsutskottet

Handlingsplan digitalisering av patologin

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsutskottet fick i maj 2008 en redovisning av en förstudie DigiBildLab; digitalisering av bilder inom laboriemedicin. Utskottet ställde sig bakom framtagna rapport. I denna föreslogs bl a att starta en process med sikte på en nära nog fullskalig digitaliserad bildbaserad laborieverksamhet och att efter ett 2-3-årigt pilotprojekt med utvärdering göra en samlad utvärdering inför ett slutligt ställningstagande. Arbetet skulle vara genomfört senast 2011-12-31.

En slutrapport från pilotprojektet har nu tagits fram och en redovisning har lämnats till hälso- och sjukvårdsutskottet 2012-01-11. Utskottet beslutade att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att återkomma till hälso- och sjukvårdsutskottet med förslag till inriktningsbeslut för fortsatt handläggning efter projektets avslutande.

Förslag i slutrapport DigiBildLab 2.0

I slutrapporten konstateras att digitalisering av patologin innebär fördelar för det lokala laboratoriet, för regionen i form av samverkan och teamarbete mellan laboratorier t ex vad gäller utnyttjandet och ”sharing” av högspecialiserade bedömningar. Digitaliseringen kommer vidare på sikt att bidra till en automatisering av hela arbetskedjan på patologilaboratoriet och stora vinster för i första hand patienterna samt effekter på rekrytering, forskning och utveckling och skapa förutsättningar för God Vård utifrån ett samhällsperspektiv.

Igångsättning av digitaliseringen av patologin inom Västra Götalandsregionen bör ske med ett successivt införande. Ett förslag till handlingsplan bör tas fram baserat på ett godkännande av huvudinriktningen som redovisats i slutrapporten från DigiBildLab 2.0.

Datum 2012-01-17

Diarienummer RSK 406-2008

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta

Godkänna huvudinriktningen i rapporten DigiBildLab 2.0 för regionens fortsatta arbete med digitalisering av patologin.

Ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att återkomma till utskottet med förslag och tidplan för genomförande av digitalisering av patologin inklusive förslag till finansiering.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVDELNINGEN

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Peter Lönnroth
Bitr hälso- och sjukvårdsdirektör

Ärende 10

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-01-17

Diarienummer RS 774-2011

Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Handläggare Christina Möller/A-S Bäck

Hälso- och sjukvårdsutskottet

Rehabiliteringsgaranti i Västra Götalandsregionen 2012

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting har den 16 december 2011 tecknat en överenskommelse om rehabiliteringsgaranti för 2012. Hälso- och sjukvårdsutskottet har 2008 beslutat om en rehabiliteringsgaranti i Västra Götalandsregionen. Det är nu aktuellt att fastställa 2012 års hantering av statsbidraget.

Bakgrund

En överenskommelse gjordes mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti 2008 för evidensbaserade och medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete. Överenskommelsen förlängdes och uppdaterades åren 2009, 2010 och 2011. Personer i åldern 16-67 år med icke specificerad smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress omfattades.

Rehabiliteringsgarantin innebar att statsbidrag gavs för multimodal rehabilitering (MMR) och för kognitiv beteendeterapi (KBT/IPT). Statsbidraget till landstingen var 1 miljard kronor och fördelades efter länets befolkningsandel. Utbetalning har skett kvartalsvis till landstingen efter gjord rapportering. Ersättning lämnades per patient och påbörjad eller genomförd behandling och var för multimodal rehabilitering 40 000 kr, och för kognitiv beteendeterapi 10 000 kr. Utöver denna ersättning har landstingen fått ett påslag för organisatoriska förändringar eller förberedelser för en fullt utbyggd rehabiliteringsgaranti. Detta påslag var 25 % åren 2009 och 2010 men minskades till 15 % år 2011. Medel som inte förbrukats vid årets slut fördelades till landsting som producerat fler behandlings- och rehabiliteringsinsatser utöver värdet för befolkningsandelen.

De utgångspunkter som gällde för rehabiliteringsgarantin fram till och med 2011 gäller även för 2012. Vissa förändringar har dock gjorts i fråga om krav och underlag jämfört med överenskommelsen för 2011. För att landstingen ska få ersättning från rehabiliteringsgarantin krävs ett ökat arbete med fokus på återgång i arbete.

Multimodal rehabilitering (MMR) har delats upp i MMR 1 och MMR 2 i enlighet med nationella medicinska indikationer som publicerades våren 2011. MMR 1 är den form som vanligtvis erbjuds i primärvården medan MMR 2 huvudsakligen erbjuds inom specialistvården. Det som styr är dock teamets kapacitet och kompetens och inte vårdnivå.

Ersättning lämnas per patient och genomförd behandling och är för multimodal rehabilitering nivå 1 (MMR 1) 25 000 kr, för multimodal rehabilitering nivå 2 (MMR 2) 45 000 kr och för KBT/IPT 12 000 kr. Därutöver ges ett påslag som uppgår till 1 000 kr per behandlad patient. Dessa extra medel ska användas för att utveckla utredningarna och förbättra kvaliteten i behandlings- och rehabiliteringsinsatserna så att dessa i högre grad bidrar till återgång i arbete. Påslaget ger också möjlighet att utveckla tillgången på internetstödd KBT.

Regeringen avsätter medel för rehabiliteringsgarantin för 2012 med 1 miljard kronor. Av dessa medel ska 100 miljoner avsättas för forsknings- och utvärdering.

Västra Götalandsregionens andel av statsbidraget beräknas till cirka 159 mnkr.

Under 2011 har Västra Götalandsregionen bedrivit verksamhet i enlighet med rehabiliteringsgarantin. Aktiviteter pågår för att utveckla verksamheten och anpassa vårdutbudet. Finansiering har skett via vårdöverenskommelser och avtal. KBT inom primärvård och sjukhusvård finansieras i regel inom ordinarie budget och ersättningssystem.

Regionen har valt att få in rapportering av vårdproduktionen via vårddatabasen VEGA. Under 2011 (kvartal 1-3) har det rapporterats behandlingar enligt rehabiliteringsgarantin i form av KBT/IPT-behandlingar för 11 243 individer (jmf med 8753 individer motsvarande period 2010) och multimodal behandling för 863 individer (jmf med 475 individer motsvarande period 2010). Det kan förmodas att det finns individer som fått behandling i enlighet med rehabiliteringsgarantin men där rapportering inte skett.

Beredning

Under ärendets beredning har dialoger förts med beställarna.

Överväganden

Hälso- och sjukvårdsutskottets beslut 2008 om införande av en rehabiliteringsgaranti omfattande mål och målgrupper är fortfarande i enlighet med rehabiliteringsgarantins syfte och kvarstår därför.

Produktionen 2011 har skett inom ramen för överenskommelser och avtal, samt i VG Primärvård. Det bedöms att det finns behov av en fortsatt utveckling och anpassning av vårdutbudet. Det finns även ett behov av att utveckla utredningarna och förbättra kvaliteten i behandlings- och rehabiliteringsinsatserna så att dessa i högre grad bidrar till att främja hälsa och återgång i arbete. Vidare finns ett behov av att utveckla och kvalitets-säkra uppföljningssystemet.

Västra Götalandsregionen säkerställer tillgängligheten till KBT behandlingar inom länssjukvård och VG Primärvård via avtal och vårdöverenskommelser. Regionen ersätter verksamheterna för detta vårdåtagande inom ramen av ordinarie ersättningssystem, dvs. oavsett statsbidrag eller inte. Därför kan statsbidrag som genereras av KBT behandlingar användas till olika utvecklingsåtgärder inom regionen.

En del av statsbidraget till Västra Götalandsregionen avseende rehabiliteringsgarantin fördelas mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna enligt resursfördelningsmodellen. Det möjliga beloppet är cirka 100 mkr. Hälso- och sjukvårdsnämnderna ska lämna en plan som beskriver användningen av medlen och avrop sker först efter att kostnader uppstått. Rutiner för detta ska tas fram.

Hälso- och sjukvårdsnämndernas del av statsbidraget disponeras enligt följande:

- Statsbidraget ska användas för att utveckla och anpassa vårdutbudet och säkerställa en hög kvalitet och tillgänglighet på behandlings- och rehabiliteringsinsatserna i enlighet med de krav som ställs i den nationella överenskommelsen. Detta gäller framförallt MMR 1 och MMR 2.
- Alla vårdgivare som gett insatser i enlighet med rehabiliteringsgarantin får ett generellt utvecklingsbidrag om 1 000 kr per behandlad patient (gäller både MMR och KBT/IPT). Det generella utvecklingsbidraget ska användas till att utveckla utredningarna och förbättra kvaliteten i behandlings- och rehabiliteringsinsatserna så att dessa i högre grad bidrar till att främja hälsa och återgång i arbete.
- Vårdenheterna ska redovisa löpande till vårddatabasen VEGA i samband med behandling/rehabilitering ICD10-kod och KVÅ-kod i enlighet med regionala medicinska riktlinjer. Detta är också en förutsättning för att det generella utvecklingsbidraget ska kunna utbetalas.

Resterande del av Västra Götalandsregionens statsbidrag, ca 59 mnkr, hanteras av hälso- och sjukvårdsutskottet. Medlen ska användas till regionala utvecklingssatsningar. Hälso- och sjukvårdsavdelningen återkommer i särskild ordning hur dessa satsningar ska ske. Av medlen avsätts även 1 mnkr till riktad forskning inom Västra Götalandsregionen.

Om Västra Götalandsregionen får ytterligare statsbidrag inom ramen av rehabiliteringsgarantin fördelas detta bidrag till nämnderna.

Rutiner för ersättning och redovisning bör ske i överensstämmelse med 2011. En utveckling bör ske av uppföljningssystemet. Hälso- och sjukvårdsutskottet ansvarar för redovisning till staten. Hälso- och sjukvårdsnämnderna kan behöva bistå med underlag i samband med nationella redovisningar.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta

att ställa sig bakom förslag till hantering av statsbidraget samt

att uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att, i enlighet med den nationella överenskommelsen, uppdatera de regionala medicinska riktlinjerna samt ta fram nya riktlinjer för ersättning, redovisning och uppföljning av rehabiliteringsgarantin.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVDELNINGEN

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Mats Johansson
Chef Strategiska utvecklingsenheten

Ärende 11

Ärende 11

Datum 2012-01-17
Diarienummer RS 54-2012

Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Handläggare Sonja Gillving

Anmälningssärenden vid sammanträde med hälso- och sjukvårdsutskottet den 25 januari 2012

Samverkansnämnden

1. Protokoll fört vid Samverkansnämndens sammanträde 2011-12-16.

Hälso- och sjukvårdsdirektörens delegationsprotokoll

2. Regionalt vårdprogram/riktlinjer för huvud-halscancer, dnr RS 726-2011

Under sammanträdet finns handlingarna tillgängliga hos sekreteraren.