

Handlingar  
Sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus  
21 februari 2013



## Föredragningslista – 21 februari 2013

### INLEDNING

1. Mötets öppnande, godkännande av föredragningslista, val av justerare, anmälan av tillkommande ärenden.
2. Protokoll från sammanträdet den 31 januari 2013, bilaga.

### BESLUTSÄRENDE

3. Utveckling och revidering av utvecklingsplanen för Vision psykiatri 2015 SkaS 221-2012, bilaga
4. Lokalinvestering, fortsatt PCB-sanering, bilaga Västfastigheters ansökan SkaS 21-2013

### TILLKOMMANDE ÄRENDEN

5. Övriga frågor.

# Ärende 1

Mötets öppnande, godkännande av föredragningslista, val av justerare,  
anmälan av tillkommande ärenden.

# Ärende 2

Protokoll från sammanträdet den 31 januari 2013.

Sammanträde med styrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 31 januari kl 13.00 -16.30  
vid Skaraborgs Sjukhus Skövde

**NÄRVARANDE**

**Ordinarie ledamöter**

Susanne Larsson, S, ordförande  
Mikael Wendt, FP, vice ordförande  
Peter Legendi, S  
Renée Jeryd, S  
Johan Ask, S  
Annika Håkanson, M  
Lars Nordgren, MP  
Bo Bergsten, KD

**Övriga**

Birgitta Molin Mellander, sjukhusdirektör  
Eva Sundström, stabschef  
Michael Malmberg, informationschef  
Ulf Nyberg, chefläkare  
Ann-Britt Wetterbro, Kommunal  
Anette Carlsson, Vårdförbundet  
Christina Hervén, Läkarförbundet  
Britt-Marie Hellström, Carina Johansson, Vision

**Tjänstgörande ersättare**

Bengt Andersson, C för Ingrid Jarlsson, M

**Närvarande ersättare**

Christer Ahlén, S

Dagen inleddes kl 10.00 med att Nils-Olof Olsson och Stefan Håkansson presenterade resultaten i "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - Jämförelser mellan landsting 2012" och resultaten av regionala medicinska indikatorer.

**§ 1 Mötets öppnande, godkännande av föredragningslista, val av justerare, anmälan av tillkommande ärenden**

Styrelsen beslutar

**att** utse Mikael Wendt att jämte ordförande justera protokollet.

**§ 2 Utveckling av psykiatri i Skaraborg**

Andreas Leschinger och Hans Halén informerar om utvecklingen inom psykiatri i Skaraborg. Denna information är ett kunskapsunderlag inför beslut.

Styrelsen beslutar

**att** notera informationen

**§ 3 Åtgärdsprogrammet**

Kort information lämnades om åtgärdsarbetet kring "Vägen mot ett Skaraborgs Sjukhus". Arbete pågår inom alla åtgärdsområden och det kommenterades att flera av åtgärderna har gränsytor mot varandra. Åtgärder som förklarades var

- Opererande verksamheter
- Bemanningsläkare
- Ledningsorganisation
- Lokaler



Styrelsen beslutar

**att** notera informationen

#### **§ 4 Protokoll från föregående sammanträde den 5 december 2012, SkaS 1-2012**

Styrelsen beslutar

**att** lägga protokollet från föregående sammanträde den 5 december 2012 till handlingarna.

#### **§ 5 Årsredovisning 2012, Skaraborgs Sjukhus, SkaS 20-2013**

En genomgång gjordes av årsredovisningen för 2012.

Verksamhetsåret har utmärkts av de omfattande åtgärdsprogram som pågått under året. Där åtgärder som togs fram under hösten 2011 inte gav tillräcklig effekt utan fick utökas under våren med anställningsstopp och ytterligare åtgärder för att klara budgetbalans för året.

De åtgärder som har genomförts och håller på att genomföras handlar till stor del om utveckling av arbetssätt med inriktning på patientens väg genom vården, produktions- och kapacitetsplanering, utveckling av förändrings- och förbättringskultur och inte minst att tillvarata alla fyra sjukhusorternas potential med samarbete över verksamhetsgränserna.

Under året har måluppfyllelsen i de olika perspektiven varit god och fokus har bland annat legat på att ytterligare förkorta väntetiderna och förbättra bemötande och omhändertagande av patienterna. Detta har skett genom ett utvecklat processarbete och förändrings- och förbättringsarbetet som ingår i offensiv verksamhetsutveckling.

Viktiga händelser som skett under året har varit kopplade till åtgärder men även nya arbetssätt, poliklinisering, förändring av lokaler och nya byggnader i form av IVC och rättspsykiatri.

Antalet patienter som väntat längre än 90 respektive 60 dagar till besök och behandling har minskat fastän totala inflödet av remisser ökar. Ökat inflöde finns även för patienter som söker vård på akutmottagningarna som trots detta nått goda resultat i sina måltal.

Resultatet för året blev 27,9 miljoner kronor vilket motsvarar 0,8 procent av Skaraborgs Sjukhus budgetomslutning. Resultatförbättringen under året är en kombination av flera olika faktorer. De största förklaringarna är att sjukhusets åtgärdsplan fått effekt på kostnadssidan med totalt 56,6 miljoner kronor, att anställningsstoppet från april inneburit minskade personalvolym och personalkostnader och att bidrag och ersättningar erhållits i större omfattning än förväntats.

Antalet årsarbetare har minskat med 142 i jämförelse med föregående år där den största minskningen har skett bland visstidsanställda med 74 årsarbetare. Minskningen är bland annat en följd av att anställningsstoppet inneburit att vikariat har avslutats i syfte att bereda övertaliga tillsvidareanställda medarbetare placering.

Styrelsen beslutar

**att** fastställa årsredovisning 2012.

**att** förklara paragrafen omedelbart justerad.

### **§ 6 Årlig säkerhetsredovisning 2012, Skaraborgs Sjukhus, SkaS 20-2013**

Regionstyrelsen begär årligen in redovisning från förvaltningarna om genomförda aktiviteter och åtgärder i syfte att identifiera och minska risker för att uppnå en förbättrad kris-  
hanteringsförmåga.

Skaraborgs Sjukhus har under 2012 tagit fram en sjukhusövergripande risk- och sårbarhetsmall och genomfört 29 verksamhetsspecifika riskanalyser samt 39 händelseanalyser. I samverkan med Västfastigheter har en riktlinje för låshantering framtagits. Utbildningar med fokus på brandskydd, katastrofmedicin och personsäkerhet har genomförts för att höja säkerhetsmedvetandet hos chefer och medarbetare.

Arbete pågår för att ytterligare förbättra förutsättningarna för god kriskommunikation, larmvägar ses över och revideras i takt med pågående omorganisation. Sedan tidigare kvarstår planer på att säkerhetsklassa information och lokaler och kommer att synkroniseras regionalt med övriga förvaltningar.

Styrelsen beslutar

**att** fastställa årlig säkerhetsredovisning för Skaraborgs Sjukhus 2012.

### **§ 7 Systemhandling BK-huset vid Skaraborgs Sjukhus, Skövde, SkaS 128-2011**

Styrelsen fick vid styrelsemötet den 17 mars 2011 information om BK-huset vid Skaraborgs Sjukhus Skövde. Arbetet har utgått från att förändra arbetssättet för omhändertagande av barn och föräldrar innan det övergick till ett lokalprojekt.

Investeringsprocessen gick vidare med programarbetet och nu föreligger en systemhandling.

Om- och nybyggnationen har en investeringsnivå på cirka 305 miljoner kronor inklusive energisparåtgärder vilket motsvarar en driftkostnad på cirka 18,0 miljoner kronor vilket är en ökad kostnad mot dagens hyra med 9,4 miljoner kronor.

Styrelsen beslutar

**att** ge förvaltningen i uppdrag att uppdra åt Västfastigheter att gå vidare med ny- och ombyggnationen,

**att** informera hälso- och sjukvårdsnämnderna i Skaraborg om investering i BK-huset,

**att** hemställa hos regionstyrelsen om nyttjande av avsatta medel för strategiska fastighetsinvesteringar.

### **§ 8 Avslut och analys av pilotprojekt serviceteam på Skaraborgs Sjukhus Lidköping, SkaS 221-2012**

Skaraborgs Sjukhus har tillsammans med regionservice genomfört ett antal projekt för servicetjänster under 2012. Syftet med dessa projekt har varit att utveckla och prova olika arbetssätt och ansvarsfördelning mellan vård och service.

En rapport har sammanställts med anledning av avslutning av pilotprojekt serviceteam vid Skaraborgs Sjukhus Lidköping och införande av Material i Vården (MiV) vid Skaraborgs Sjukhus Skövde. Av denna framkommer att det finns förbättringsområden som bör tas tillvara genom att införa servicetjänster i olika omfattning anpassade till vårdens behov.

Styrelsen beslutar

att ge sjukhusdirektören i uppdrag att gå vidare med konceptet för servicetjänster som en integrerad del i utveckling av processorienterad bemanning. Detta under förutsättning att framkomna ekonomiska effekter tillfaller vården.

### § 9 Rapport från presidiet

Information lämnades om de möten där presidiet närvarat bland annat

- Presidierna för hälso- och sjukvårdsnämnderna kring psykiatri
- Presidiet för tandvårdsförvaltningen kring bland annat lokaler
- Presidiet för servicenämnden kring bland annat piloten för servicetjänster
- Närsjukvårdsmöten

### § 10 Sjukhusdirektörens muntliga redovisning

Information lämnades bland annat om

- Olika aktiviteter i regionen kring framtidsfrågor
- Svininfluensa
- Utredning kring överbeläggningar
- Status kring calicia på vårdavdelningar
- Effekt nytt avtal kring ortopedteknisk verksamhet

### § 11 Anmälning- och delegationsärenden

En förteckning över anmälning- och delegationsärenden för perioden 2012-11-27 - 2013-01-22 anmäls och läggs till handlingarna.

### § 12 Övriga frågor

Förtydligande om extra styrelsemöte den 21 februari klockan 11.00 vid Skaraborgs Sjukhus Skövde.

Vid protokollet



Eva Sundström

Justerat den 13/2/2013



Susanne Larsson



Mikael Wendt

Justeringen är tillkännagiven genom anslag på regionens anslagstavla i Vänersborg 7/2-2013  
Paragraf 5 2013-02-01.



# Beslutsärende 3

Utveckling och revidering av utvecklingsplanen för Vision psykiatri 2015  
SkaS 221-2012

Hälso- och sjukvårdsnämnderna  
östra och västra Skaraborg  
Hälso- och sjukvårdskansliet Mariestad  
542 87 Mariestad

## Ett ändrat arbetssätt för att möta behov för de grupper som är specialpsykiatris uppdrag

Hälso- och sjukvården och fram för allt psykiatrin står inför stora utmaningar de närmaste åren. Patienter har i allt högre grad behov av tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Dessutom har psykiatrin sedan länge brist på viss yrkeskompetens, särskilt läkare, psykologer och specialistsjuksköterskor. Forskningen inom psykiatriområdet har gjort stora framsteg och nya behandlingsmetoder har utvecklats de senaste åren. Evidensbaserade behandlingar finns nu för bland annat patienter med blandmissbruk, ADHD, ätstörningar och självskaumbeteende.

Inom ramen för ”Målbild 2012 och Målbild 2015” har arbete bedrivits för att utveckla psykiatrin i Skaraborg benämnt Vision Psykiatri 2015.

I Vision Psykiatri 2015 ingår ett antal grundförutsättningar. Några av dessa är:

- Vården ska vara patientcentrerad och erbjudas nära när behovet är akut.
- Akutvård, öppenvård, dagsjukvård och slutenvård ska erbjudas på samma enhet.
- Patienten ska träffa samma behandlare oberoende av vårdnivå eller vårdinsats.

Sedan beslutet 2009 har aktiviteter genomförts enligt plan men en utveckling pågår parallellt varför det finns behov av att revidera och utveckla den ursprungliga planen för Vision Psykiatri 2015 där följande aspekter vägt in.

### **Kvalitetsaspekt**

Med utgångspunkt i Socialstyrelsens rekommendation för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ”God Vård” behöver Vuxenpsykiatri på Skaraborgs Sjukhus (SkaS) fokusera på följande kvalitetsaspekter:

#### *Säker vård*

Säker vård innebär att patienter inte ska drabbas av undvikbara skador i samband med vård och behandling. Här krävs robusta vårdprocesser som behöver standardiseras. Samma vårdutbud ska finnas på samtliga öppen-

vårdsmottagningar. I dagsläget varierar tillgänglighet, bemanning, kompetens och behandlingsutbud mycket mellan de nio öppenvårdsmottagningarna. Verksamheten arbetar aktivt med patientsäkerhetsfrågor, avvikelser och händelseanalyser och registrerar i olika kvalitetsregister som är kopplade till processerna av de stora patientgrupperna (RättspsyK, Bipolär, PsykosR, ECT) och kommer att ansluta sig till fler register under året (SBR, Laros).

#### *Patientfokuserad vård*

Vården ska vara patientfokuserad och ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov. Patienten ska bli bemött och bekräftad som individ. Information ska ges med respekt för patientens integritet, rätt till delaktighet och självbestämmande. I patientenkät framkommer att 80 - 85 procent är nöjda eller mycket nöjda med vården. Liksom resten av sjukvården är det delaktighet och information man är minst nöjd med.

#### *Kunskapsbaserad vård*

Nya, lovande behandlingsmetoder introduceras, sprids och byggs ut. Några exempel på detta är nya psykoterapeutiska metoder som DBT (dialektisk beteendeterapi) mot självskadebeteende, internetbaserad psykoterapi och ett stort utbud av hjälpmedel för patienter med psykiatriska funktionshinder. Ett antal nationella riktlinjer för evidensbaserad psykiatri lanseras för närvarande t ex psykosociala insatser vid psykossjukdomar. Fokus måste ligga på hälsofrämjande och förebyggande insatser. Patienter måste fångas upp tidigt fram för allt genom konsultativa insatser och förbättrat samarbete med primärvården. Psykiatrins uppgift är att stötta individen att ta ansvar för sin hälsa istället för att passivisera genom fokus på diagnos, läkemedel och sjukskrivning. De flesta nya behandlingsmetoder kan med fördel genomföras i öppna vårdformer, då ökat behov finns för mellanvårdsformer såsom dagsjukvård och mobila team.

#### *Jämlik vård*

Alla patienter ska bemötas och vårdas med respekt och omtanke oavsett personliga egenskaper, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

#### *Vård i rätt tid*

Ingen patient ska behöva vänta oskäligt länge på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Vårdgarantierna ska följas och de mål och måltal som satts upp för tillgängligheten inom olika vårdområden ska följas och även utvecklas över tiden. Patienterna ska uppfatta väntetiden som rimlig.

#### *Effektiv vård*

Tillgängliga resurser ska utnyttjas på bästa sätt för att nå uppsatta mål såsom att främja god hälsa och bättre livskvalitet. Vården ska utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserad på tillståndets svårighetsgrad.

### **Kompetens**

Socialstyrelsen publicerade 2012 statistik som visar på en kontinuerlig minskning av specialistsjuksköterskor inom specialistpsykiatrin. Andra

bristyrken i psykiatri är specialisläkare och psykologer. Situationen ser lite ljusare ut gällande läkare som söker vidareutbildning (ST-läkare).

Specialistpsykiatri är i behov av högutbildad personal, men denna grupp är svårrekryterad till mindre mottagningar. Personer med akademisk bakgrund har oftast anknytningen till storstaden som t ex Göteborg. Med bra kommunikationer har det blivit allt vanligare att pendla till jobbet. Många föredrar också att jobba på större enheter på grund av arbetsmiljö och kontakt med kollegor. Därför är det viktigt att fokusera på större mottagningar med bra anknytning till kollektivtrafik. Detta ligger i linje med den övergripande utvecklingsplan att koncentrerar SkaS verksamhet på de fyra sjukhusorterna.

### **Ändrat arbetssätt**

Följande arbetssätt prioriteras inför framtiden (baseras på Målbild för Framtidens hälso- och sjukvård):

#### *Förebyggande hälsovård*

Det finns stor konsensus i verksamhetsledningarna i VGR att specialistvården måste komma in tidigare i behandlingen. Därför välkomnas Konsultationsmodellen mellan primärvården och specialistpsykiatri som ska förbättra vården för den enskilde patienten, främja kompetensutveckling i vardagen och underlätta arbetet. I förlängningen förväntas effektivare remissflöden. Genom möjlighet till konsultation i rätt tid påverkas behandlingsresultatet också positivt. Målsättningen är att patienten ska uppleva en sömlös vård mellan öppenvårdsenheterna inom specialistpsykiatri och vårdcentraler anslutna till VG PV.

#### *Bemötande*

Även så kallade ”mjuka värden” prioriteras det vill säga trevligt miljö, personligt och empatiskt bemötande. Men det är väsentligt att resurserna används effektivt och att patienter tas omhand på rätt vårdnivå.

#### *Kommunikation*

En viktig faktor för ett förändrat arbetssätt är att säkra logistik och administration. En snabb och modern informationsteknik för kommunikation, diagnostik och behandling skapar delaktighet och möjlighet till samverkan på en utvecklad nivå som Internet, mina vårdkontakter och andra informationskanaler.

#### *Tillgänglighet*

Tillgänglig vård ska finnas för alla invånare. Tillgängligheten ska vara oberoende i tid, geografiskt samt individ- och behovsanpassad. Individ- och behovsanpassad innebär att vården ska anpassas så att den kan möta patienternas behov i fråga om akut eller planerad vård, i öppna eller slutna vårdformer och variera över tid för att möta patienternas behov.

#### *Psykiatriskt centrum*

I Vision Psykiatri 2015 finns ett antal grundförutsättningar. För att möjliggöra dessa behöver det finnas så kallade SLÖP-platser det vill säga inläggningsmöjlighet/övernattningsmöjlighet för öppenvårdspatienter på eller i

nära anslutning till mottagningen. Därför krävs anknytning/samlokalisering med befintliga sjukhus som bedriver slutenvård. Det måste finnas lokaler till dagvård, där man kan ha gruppaktiviteter och träna social kompetens. Det måste finnas ett flertal behandlingsrum för enskild samtalsterapi och större rum för behandlingar i grupp, t ex psykoedukativa behandlingsformer. Tillgång till arbetsterapi och sjukgymnastik ska erbjudas. Detta beskrivna arbetssätt ska inte bara främja patientkontinuiteten utan även förbättra arbetsmiljön särskilt för läkare, psykologer och specialistsjuksköterskor som fortfarande är bristyrken inom området.

### **Specialistpsykiatrins uppdrag**

Hälso- och sjukvården står inför begränsade resurser vilket innebär att specialistpsykiatrin bör fokusera på patienter med allvarligt funktionshinder på grund av psykisk sjukdom, det vill säga patienter med bipolär sjukdom, psykosjukdom, svåra personlighetsstörningar, och patienter med dubbeldiagnos. Resurser behöver frigöras för att implementera ett konsultativt arbetssätt gentemot primärvården och socialpsykiatrin. Specialistpsykiatrin ska dessutom erbjuda alla patienter uppföljning efter suicidförsök oavsett diagnos.

#### *Specialistpsykiatrin kan inte ta hand om alla med problem*

Psykiska sjukdomar är mycket vanliga i befolkningen. Till exempel drabbas var tredje kvinna av ångestsjukdom minst en gång i livet. 40 procent av alla sjukskrivningar i åldersgruppen 18 - 64 år sker på grund av psykiska besvär. Många av dessa åkommor är dock av sådan karaktär att de med fördel kan behandlas inom primärvården.

#### *Diagnosgrupper inom specialistpsykiatri*

Enligt gällande rutiner för ansvarsfördelningen mellan primärvården och specialistpsykiatrin har specialistpsykiatrin huvudansvar för följande diagnosgrupper:

Schizofreni och andra psykosjukdomar

- Bipolära syndrom
- Missbruk och beroende i kombination med psykisk sjukdom som hör till specialistpsykiatrins ansvarsområde.
- Personlighetsstörningar
- Rättspsykiatrisk vård

Därutöver har specialistpsykiatrin ansvar för

- Ätstörningar vid BMI  $\leq$  17.
- ADHD, autismspektrumstörningar och Tourettes syndrom

Dessa patientgrupper diagnostiseras dock på sikt och behandlas i verksamhetsområde M6.

#### *Diagnosgrupper inom primärvård*

Primärvården har huvudansvar för följande diagnosgrupper:

- Demenssjukdomar
- Generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi
- Krisreaktioner

- Missbruk och beroende, inklusive tillvänjande medel exklusive narkotikamissbruk.
- Organiska störningar som följd av neurologisk sjukdom eller skada.
- Personlighetsstörningar (symtomorienterad behandling vid lindriga symtom/funktionsnedsättningar).
- Posttraumatiskt stressyndrom
- Somatoforma syndrom (kroppssymtomstörning)
- Tvångssyndrom
- Unipolära depressioner
- Ätstörningar vid BMI > 17

I enskilda fall, efter ömsesidig överenskommelse, finns möjlighet för specialistpsykiatrin att ha huvudansvar även för dessa patienter.

STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

Susanne Larsson  
ordförande

### **Bilagor**

1. Aktivitetsplan Vision Psykiatri 2015.
2. Regional medicinsk riktlinje – Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri, beslut HSD-D § 25-2012.
3. Karta med alla kommuner kopplat till psykiatriska resurser.
4. Statistik öppenvårdspsykiatri.
5. Sammanfattning av risk- och konsekvensanalys.

## Bilaga 1

**Aktivitetsplan Vision Psykiatri 2015**

Utvecklings- och förändringsplan för vuxenpsykiatri i Skaraborg som kallas "Vision Psykiatri 2015".

**Här följer en kronologisk sammanfattning över vad som hänt i projektet**

Genomförandet av Aktivitets- och handlingsplan Psykiatri 2015 under 2009 – 2012

2009

- Beslut av styrelsen.
- Kompetensutveckling genomförs, vidareutbildning i DBT (dialektisk beteende terapi).
- Stängning av avdelningen för unga vuxna (14 vpl.) efter sommaren på grund av anställningsstopp samtidig utökning av vårdplatser i allmänpsykiatri (+6 vpl).
- Behandlingshem Pejas hus (5 vpl.) stängs
- Tillgängligheten utökas med mobila team kvällar i öppenvården i norra och östra Skaraborg.
- Anhörig- och patientutbildningar inom psykosvården.
- DBT-team är etablerade i Skövde och Lidköping.
- Kontinuerlig dialog förs med anhörig- och brukarorganisationer.

2010

- Start av DBT- team i Falköping.
- Start av dagsjukvård på St:a Helenamottagningen.
- Behandlingshem Snäckan (6 vpl.) stängs, träningslägenhet Fyrklövern (6 vpl.) stängs .
- Inom psykosvårdkedjan arbetas med mellanvårdsteam och så kallad "öppen retur".

2011

- Öppenvården VUP väster flyttas in på SkaS Lidköping.
- Förändrings- och utvecklingsarbete för att förbättra samverkan mellan heldygnsvård och öppenvård.

2012

- Rättspsykiatriska enheten i Falköping tas i bruk med 12 vpl.
- Rättspsykiatri tar över ansvaret för samtliga LRV-patienter i öppenvården.
- Akutansvaret för patienter går över till öppenvården för att främja kontinuiteten.
- Akutmottagningen på SkaS Falköping stängs kontorstid.



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN  
REGIONKANSLIET

Hälsa- och sjukvårdsavdelningen

SKARABORGS SJUKHUS	
Bilagga 2	
2013-01-02	
Dnr	Eva Sundström
Enhet	Handl
Skas-113-2012-23	

HSD-D

Direktörens för hälsa- och sjukvårds-  
avdelningen delegationsprotokoll

Kopier:  
Hans Hålen  
Madeleine Schöldberg  
Birgitta Holm Hålen

Behandling av ärenden i vilka direktören för hälsa- och sjukvårdsavdelningen enligt regiondirektörens beslut tillagts beslutanderätten.

§ 25

**Regional medicinsk riktlinje, Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri**

dnr RS 2687-2012

I enlighet med regionstyrelsens beslut, § 182/05, har regiondirektören vidaredelegerat beslutanderätten om fastställelse av riktlinjer och vårdprogram för vård och omvårdnad till hälsa- och sjukvårdsdirektören.

Hälsa- och sjukvårdsavdelningen har i samråd med sektorsråden för allmänmedicin och psykiatri utarbetat regional medicinsk riktlinje angående Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri.

Förslaget har tillstyrkts av regionens Program- och prioriteringsråd.

Beslutas

att fastställa regional medicinsk riktlinje angående Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri.

Göteborg 2012-12-12

Ann Söderström  
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Expedieras till:

Samtliga sjukhusdirektörer  
Primärvårdsdir  
VG Primärvård  
Beställardirektören  
Hälsa- och sjukvårdschefer  
Regiondirektören  
Ann Söderström  
Peter Lönnroth  
Tony Holm  
Annelie Petersson  
Lars-Göran Moberg  
Diariet



# Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri

Fastställd av: Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-D § 25-2012)

Utarbetad av: Sektorsråden allmänmedicin och psykiatri

Giltighetstid: december 2014

## Huvudbudskap

Riktlinjen anger ansvarsfördelningen mellan specialistpsykiatri (vuxna) och primärvården i regionen, den ger också en vägledning i hur konsultationer bör genomföras för att optimera samarbetet mellan parterna. Riktlinjen ersätter tidigare regionala dokument som berör ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialistpsykiatri.

## Syfte

Syftet är att förtydliga vårdnivåer, ansvarsområden och roller för vård av patienter med psykisk ohälsa. Riktlinjerna ska även användas som ett underlag i konsultationsarbetet mellan specialistpsykiatri och primärvården som beskrivs i bilaga 1. Ett optimerat samarbete mellan primärvården och specialistpsykiatri förbättrar vården för den enskilde patienten, främjar kompetensutveckling i vardagen och underlättar arbetet. I förlängningen förväntas effektivare remissflöden. Genom möjlighet till konsultation i rätt tid bör behandlingsresultatet också påverkas positivt. Målsättningen är att patienten ska uppleva en sömlös vård mellan öppenvårdsenheterna inom specialistpsykiatri och vårdcentraler anslutna till VGPV.

När det gäller aktuella kommuners samt Habilitering och Hälsas ansvar vid psykisk sjukdom hänvisas till [Överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning 2011-11-03](#), delregional överenskommelse samt lokala psykiatriplaner.

## Vårdnivåer och ansvarsfördelning

### Primärvårdens ansvar

Primärvården har ett ansvar för upptäckt och bedömning av psykiatriska tillstånd hos de patienter som söker denna vårdnivå.

Primärvården har huvudansvar för följande diagnosgrupper:

- Demenssjukdomar
- Generaliserat ångestsyndrom
- Krisreaktioner
- Missbruk och beroende, inklusive tillvänjande medel exklusive narkotikamissbruk.
- Organiska störningar som följd av neurologisk sjukdom eller skada.
- Paniksyndrom
- Personlighetsstörningar (symtomorienterad behandling vid lindriga symtom/funktionsnedsättningar).
- Posttraumatiskt stressyndrom
- Social fobi
- Somatoforma syndrom (kroppssymtomstörning)
- Tvångssyndrom
- Unipolära depressioner
- Ätstörningar vid BMI > 17

Primärvården har möjlighet att konsultera specialistpsykiatri vid behov, till exempel vid diagnostiskt oklara fall, terapirefraktära fall, vid suicidrisk samt vid psykiatrisk samsjuklighet. I enskilda fall, efter ömsesidig överenskommelse, finns möjlighet för specialistpsykiatri att ha huvudansvar även för dessa patienter.

Primärvårdens ansvar innefattar också bedömning av den psykiatriska patientens somatiska hälsa. Särskild uppmärksamhet bör riktas mot metabol risk vid behandling med psykosläkemedel.

### Specialistpsykiatrians ansvar

Specialistpsykiatrin har konsultationsansvar för de diagnosgrupper som primärvården har huvudansvar för, enligt ovan.

Specialistpsykiatrin har huvudansvar för följande diagnosgrupper:

- ADHD, autismspektrumstörningar och Tourettes syndrom, (vid välgrundad misstanke och kliniskt signifikant funktionsnedsättning, se [Riktlinjer för neuropsykiatrisk bedömning och utredning i VGR](#)).
- Bipolära syndrom
- Missbruk och beroende i kombination med psykisk sjukdom som hör till specialistpsykiatrians ansvarsområde. Narkotikaberoende exklusive tillvänjande läkemedel.
- Personlighetsstörningar; Diagnostik: vid välgrundad misstanke och klinisk signifikant funktionsnedsättning. Behandling: endast vid allvarlig/a symtom och funktionsnedsättning.
- Schizofreni och andra psykossjukdomar.
- Ätstörningar vid BMI  $\leq 17$ .

I enskilda fall, efter ömsesidig överenskommelse, kan primärvården ha huvudansvar även för dessa patienter.

### Kunskapsstöd för behandling på respektive vårdnivå

Kunskapsstöd för behandling finns att hämta i tillämpliga nationella riktlinjer och regionala vårdprogram. Ett lättillgängligt kunskapsstöd för behandling av psykiatriska tillstånd på respektive vårdnivå finns också sammanställt på Stockholms Läns Landstings hemsida för administrativt stöd för primärvården ([Viss - medicinskt och administrativt stöd för primärvården](#)) respektive specialistpsykiatrin ([Processstöd för specialiserad psykiatri](#)), sidan omfattar ett flertal psykiatriska diagnoser. Kliniska riktlinjer för att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom finns framtagna på initiativ av Svenska Psykiatriska Föreningen ([Riktlinjer vid metabol risk](#)).

### Remittering till specialistpsykiatrin

Följande gäller för diagnosgrupper som primärvården har huvudansvaret för: Före remittering till specialistpsykiatrin bör minst två behandlingsförsök med adekvata

behandlingsmetoder vara genomförda (farmakologisk, psykoterapeutisk eller annan behandlingsmetod). Behandlingsmetoderna ska vara i enlighet med nationella riktlinjer och regionala vårdprogram eller motsvarande kunskapsstöd. Vid svåra fall kan direktremittering ske utan föregående behandlingsförsök.

Remiss ska innehålla:

- Diagnostik enligt ICD-10.
- Relevanta sociala data. Om patienten är förälder, beakta även barnets perspektiv.
- Hereditet för psykisk och somatisk sjukdom.
- Bedömning av eventuellt förekommande missbruk med screeningformulären AUDIT/DUDIT.
- Behandlingsinsatser hittills.
- Resultat av påbörjad utredning och behandling.
- Tidigare suicidförsök och bedömning av suicidrisk.
- Somatiskt status och aktuell medicinering.
- Tydlig frågeställning.

Se även [Regelverk remiss inom hälso- och sjukvård VGR](#).

Vid behov av akut omhändertagande tas direktkontakt med specialistpsykiatrin oavsett tidigare behandlingsförsök.

### Remiss/återremiss till primärvården

Remiss/återremiss till primärvården kan ske:

- Efter genomförd konsultbedömning.
- Då aktiva insatser från specialistpsykiatrin inte längre behövs. Detta gäller även för långtidssjuka patienter i stabilt skede oavsett diagnos som är i behov av underhållsbehandling viken rimligen bör kunna utföras inom primärvården.
- Specialistpsykiatrin ska erbjuda alla patienter uppföljning efter suicidförsök oavsett diagnos. För diagnosgrupper där primärvården har huvudansvar ska återremittering inte ske förrän suicidrisken är så låg att primärvården rimligen kan förväntas fortsätta den psykiatriska vården.
- Vid behov, till exempel vid mer sammansatt problematik bör en samordnad vårdplanering ske.
- Vid behov av somatisk konsultation.

Remiss ska innehålla:

- Resultat av utredning och behandling.
- Bedömning av suicidrisk.
- Bedömning av eventuellt somatiskt uppföljningsbehov.
- Aktuell medicinering och behandlingstid vid behov.
- Rekommenderad plan för uppföljning.
- Indikation för återremiss.

Se även [Regelverk remiss inom hälso- och sjukvård VGR.](#)

## **Bilaga 1. Konsultationsmodellen**

## Bilaga 1. Konsultationsmodellen

### Aktörer

Konsultationsarbetet omfattar öppenvårdsenheterna inom specialistpsykiatri i VGR (offentliga och upphandlade) och vårdcentraler anslutna till VG-Primärvård i VGR. Samarbetet med och ansvaret för barn- och ungdomspsykiatri, habiliteringen, somatisk specialistsjukvård och kommunerna beskrivs inte i detta dokument.

### Målsättning

Målsättningen är att optimera samarbetet mellan primärvården och specialistpsykiatri för att förbättra vården för den enskilde patienten och underlätta arbetet genom kompetensutveckling i vardagen. I förlängningen förväntas effektivare remissflöden. Behandlingsresultatet bör också påverkas positivt genom möjlighet till konsultation i rätt tid. Syftet är att patienten ska uppleva en sömlös vård.

### Förhållningssätt

Vid tolkningen av den medicinska ansvarsfördelningen ska det som är bäst för patienten vara vägledande. När samarbete och konsultationer görs på rätt sätt i rätt tid minskar tiden för konsultationer totalt. När alla behandlare har som riktmärke att ta hand om fler patienter än man egentligen anser ingår i ansvarsområdet minskar risken för att patienter faller mellan stolarna.

### Ansvarsfördelning

Den medicinska ansvarsfördelningen mellan specialistpsykiatri och primärvården i VGR finns beskrivet i separat dokument *Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri*.

### Konsultationsmodellen

Basen för konsultationerna bygger på kännedom och förtroende mellan samverkansparterna, både genom personkännedom och på kunskap om vårdstrukturer. Modellen omfattar flera möjliga konsultationsvägar beroende på komplexitet och brådskandegrad:

#### Samarbetsmöten

Regelbundna möten behöver organiseras inom närområdet utifrån lokala förutsättningar. Sammankallande är enhetschefen vid de enheter inom den offentliga psykiatri som primärt har

ansvaret för konsultationer till primärvården. Fokus ska vara frågor kring kontaktvägar, remisser och aidentifierade aktuella fall av generellt intresse. Dokumentet som beskriver den medicinska ansvarsfördelningen ska ligga till grund för konsultationsarbetet. Rekommenderad mötesfrekvens är två tillfällen per termin vilket kan förtätas eller glesas ut beroende på behovet. Mötenas innehåll förbereds av båda parter. Där det finns flera specialistpsykiatriska enheter inom närområdet kan befintliga vårdcentraler delas upp mellan enheterna för att främja kontinuitet och direktkontakt. En sådan fördelning inskränker inte patientens fria vårdval.

#### Direktkontakt per telefon

Viktigt är att allmänläkaren kan få kontakt med psykiater för konsultation per telefon för att diskutera till exempel medicinering vid terapivikt och suicidrisk. Lika viktigt är det att psykiatern kan få kontakt med allmänläkare. Motsvarande möjlighet till samråd för alla yrkeskategorier bör finnas. Tillgång till direktnummer till psykiatrisk öppenvårdsenhet och vårdcentraler tas fram vid samarbetsmöten enligt ovan. Målsättningen är återringning samma dag i mer angelägna ärenden och inom några dagar vid ärenden som kan vänta. Vid akuta situationer kan närliggande akutsjukhus växel koppla till specialistpsykiatri bakjour eller motsvarande för rådgivning.

#### Remiss

Remissen kan ställas till den offentliga specialistpsykiatriens mottagning eller till privata upphandlade specialistpsykiatriska enheter i förekommande fall. De remissregler som fastställts av hälso- och sjukvårdsdirektören ska följas och samtliga remisser skall innefatta bedömning av suicidrisk ([Regelverk remiss inom hälso- och sjukvård VGR](#)). Ange särskilt om önskemålet är konsultation eller övertagande av vårdansvar. Konsultationssvar ges genom skriftligt remissvar med eller utan föregående patientbesök.

#### Konsultationsbesök

Remissen kan ställas till den offentliga specialistpsykiatriens mottagning eller till privata upphandlade specialistpsykiatriska enheter i förekommande fall. Avser besök i specialistpsykiatri efter remiss med önskemål om återkoppling med förslag på handläggning och eller utredning till inremitterande instans.

#### Individuell vårdplan

För patienter med komplex symtombild och somatiska hälsoproblem kan upprättande av en

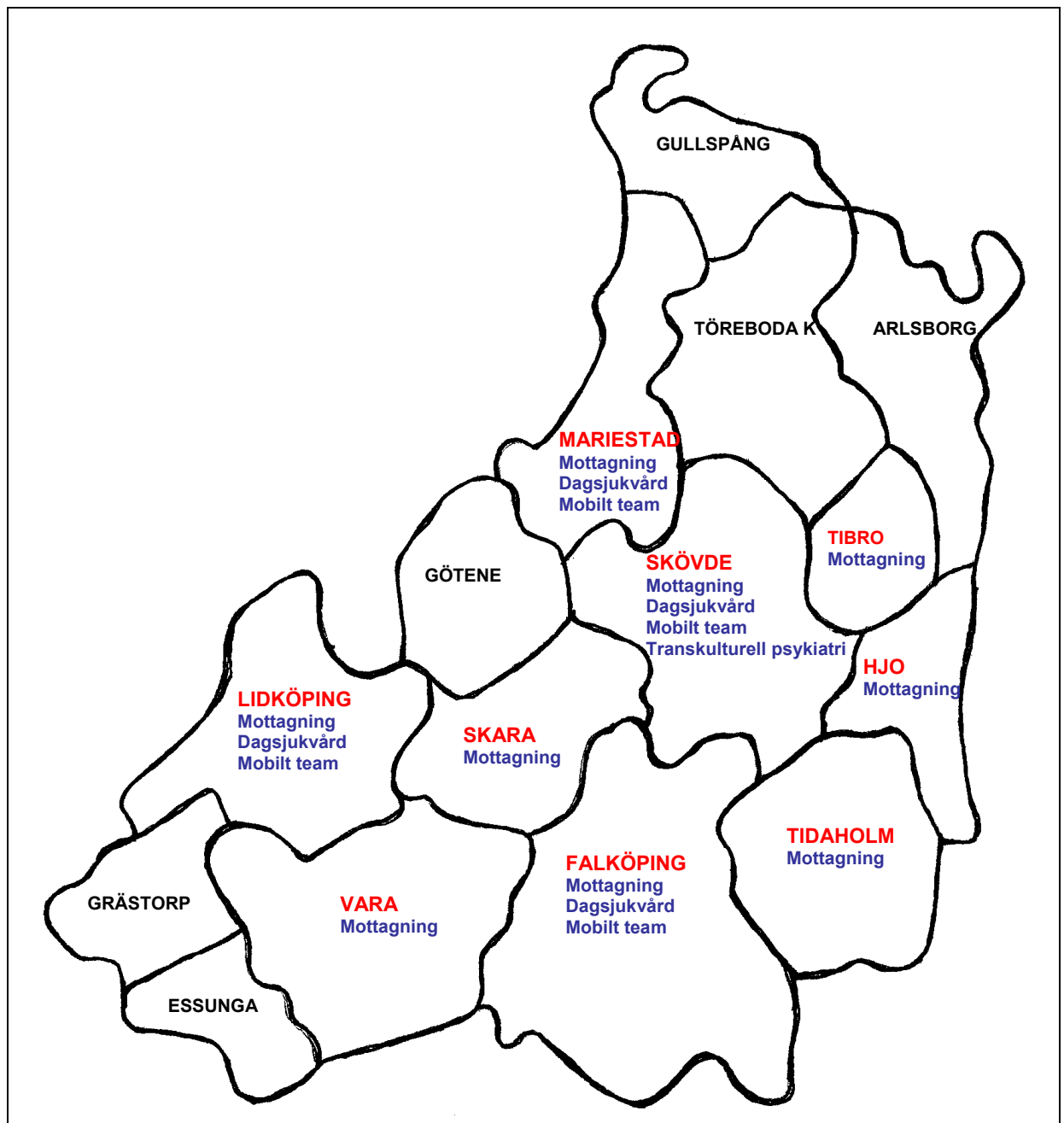
samordnad individuell plan/samordnad plan vid utskrivning klargöra hur fortsatt handläggning ska ske.

### **Uppföljning**

Konsultationsarbetet utifrån dessa riktlinjer och ansvarsfördelningen följs årligen upp inom respektive lokal samverkansorganisation. I

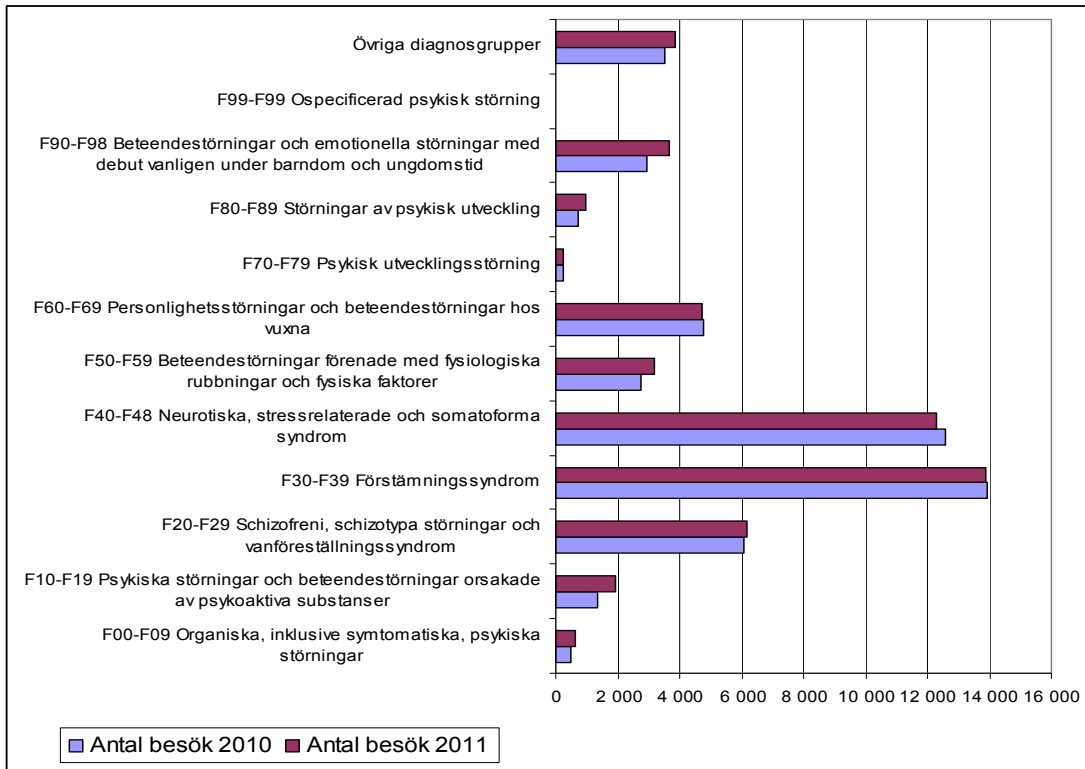
förekommande fall bör även företrädare för privata upphandlade specialistpsykiatriska enheter adjungeras vid uppföljningen. Uppföljning sker också vid gemensamma möten mellan de medicinska sektorsråden allmänmedicin och psykiatri.

# VUXENPSYKIATRISKA VERKSAMHETEN I SKARABORG

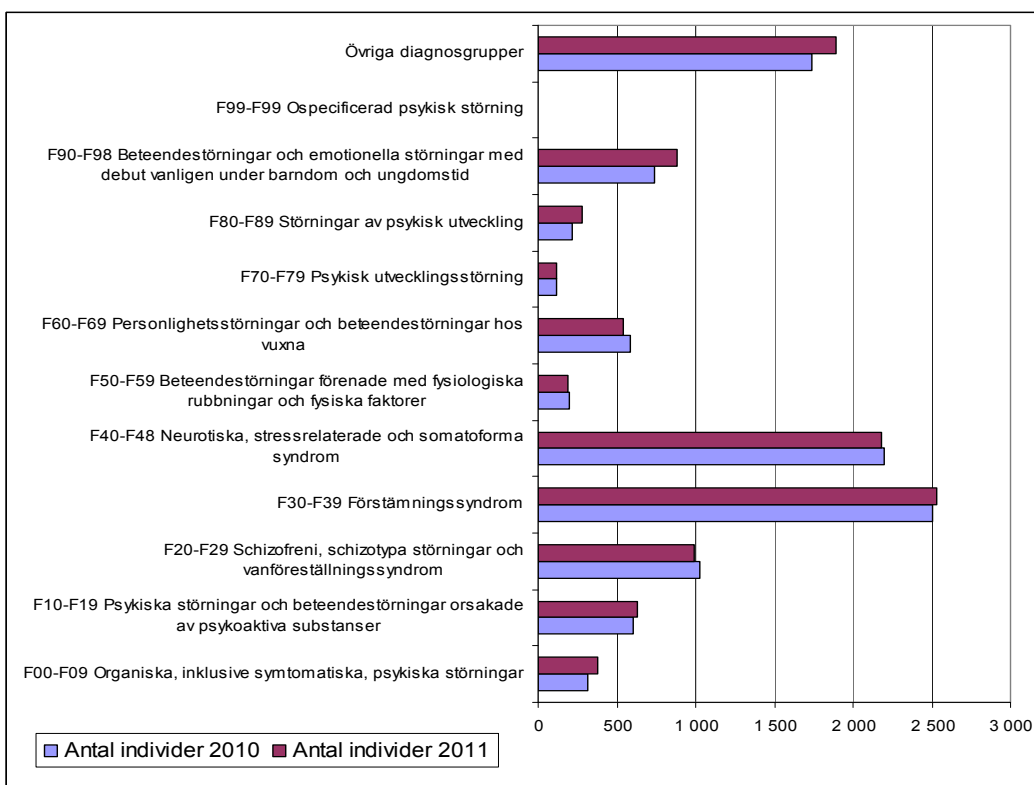


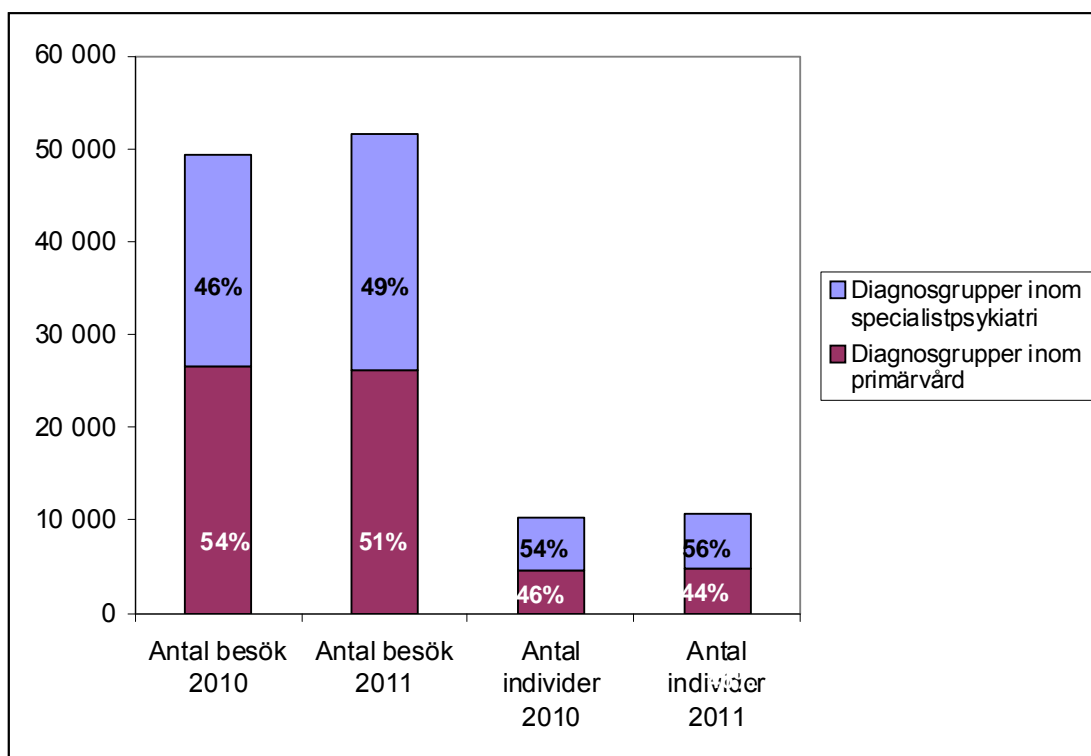
Statistik hämtad från öppenvårdssystem APAS för 2010 och 2011. Bedömningen är att samma volym finns under 2012.

**Antal besök inom olika diagnosgrupper 2010-2011**



**Antal patienter inom olika diagnosgrupper 2010-2011**





Diagnosgrupper	Antal besök 2010	Antal besök 2011	Antal individer 2010	Antal individer 2011
Inom primärvård	26 519	26 185	4 704	4 714
Inom specialistpsykiatri	22 823	25 344	5 538	5 909
Summa	49 342	51 529	10 242	10 623

Diagrammet visar uppdelning mellan patienter som enligt gränsdragningsdokumenten kan tillhöra respektive primärvård och specialistpsykiatri.



---

## Bilaga 5

### **Sammanfattning av risk- och konsekvensanalys - Fokus på patientperspektivet, men även något om hur medarbetarna påverkas.**

Patienter får tillgång till hela vårdutbudet på ett och samma ställe, det kan dock innebära längre resvägar som kan vara ett hinder vid frekventa behandlingar t ex flera gånger i veckan. Längre resvägar är ganska vanligt i andra specialiteter men för patientgrupper inom psykiatri kan dagliga resor ingå som en del i den sociala träningen.

Större mottagningar på sjukhusorterna underlättar att rekrytera bristyrken. Större arbetsgrupper skapar förutsättningar för jämnare patientflöden och jämnare arbetsbelastning som kommer patienter och medarbetarna till godo. Verksamheterna blir mindre sårbara vid frånvaro, semester med mera samt att risken för ensamarbete minskas och säkerheten förbättras.

Vissa medarbetare får längre avstånd till arbetet som påverkar restiden till och från jobbet. Längre resor för mobila teamet (finns dock redan nu t ex PSL teamet, Mariestad).

Denna risk och möjlighetsbedömningen indikerar inte att förändringarna skulle medföra stora negativa konsekvenser. Tvärtom påverkar flera förändringar verksamheten i positiv riktning.

# Beslutsärende 4

Lokalinvestering, fortsatt PCB-sanering  
SkaS 21-2013

**Missiv**

Datum 2013-02-21  
Diarienummer SkaS 21-2013  
Ärende 4

**Sjukhusledningen**

Handläggare Eva Sundström  
Telefon 0500-43 10 97  
E-post [eva.sundstrom@vgregion.se](mailto:eva.sundstrom@vgregion.se)

---

Skaraborgs Sjukhus Skövde byggdes med standardiserade lokaler för att dessa skulle kunna passa flertalet verksamheters behov. De senaste årens ombyggnationer har allt mer utformats efter de aktuella verksamheternas krav. Men utgångspunkten för ombyggnationen ska vara enligt ett koncept för en typvårdavdelning som gör verksamheten felexibel.

I denna etapp planeras för ombyggnad och sanering av bland annat PCB för 14 vårdavdelningar.

För projektet finns en färdig och genomarbetad systemhandling som syftar till att säkerställa kvaliteten i beslutsunderlaget med avseende på utformningen av byggnaderna och dess tekniska system, energiförbrukning samt investeringskalkyl.

Beräknad investeringsutgift är totalt 160 mnkr, hyresförändring är 7,9 mnkr/år.

Styrelsen föreslås besluta

**att** ge förvaltningen i uppdrag att uppdra åt Västfastigheter att gå vidare med ombyggnad och sanering av vårdavdelningar,

**att** informera hälso- och sjukvårdskanslierna i Skaraborg om investeringen,

**att** hemställa om nyttjande av avsatta medel för strategiska fastighetsinvesteringar.

**Till Fastighetsnämnden**

SkaS 21-2013

**BESLUTSUNDERLAG****Skaraborgs Sjukhus Skövde, om- och tillbyggnad inkl PCB-sanering etapp 2****Projektnummer: 20404****BAKGRUND/PROJEKTBESEKRIVNING**

Skaraborgs Sjukhus Skövde planerades och byggdes under slutet av 1960-talet och fram till mitten av 1970-talet. Etapp 1 invigdes 1973 och etapp 2 togs i bruk 1976. Sjukhuset närmar sig nu 40 år och det finns ett mycket stort behov av upprustning och modernisering.

Vid uppförandet av sjukhuset användes mjukfog innehållande PCB vilket sedan 1978 är klassat som miljögift och förbjudet att använda. Byggnaderna måste därför saneras från all förekomst av PCB. Regeringen har i en förordning (SFS 2010:963) beslutat om nya regler avseende PCB-sanering. Tidigare beslut (SFS 2007:19) innebar att sanering av bland annat vårdbyggnader skulle vara avslutad 2013. Den nya lagstiftningen i kombination med dispensansökan från Västfastigheter har gett ny slutlig tidsfrist där samtliga saneringsarbeten inom fastigheten skall vara avslutade till 2022.

Det innebär att tidplanen för upprustning av vårdlokalerna måste anpassas efter de nya lagkraven. PCB-sanering bör ske i samband med övrig lokalupprustning för att minimera störningar och undvika stora kostnader för vårdverksamheten. Härigenom uppnås också avsevärt lägre saneringskostnad i kombination med väsentligt bättre effekt av insatta investeringsmedel. Efter genomförd upprustningen uppfylls kraven på moderna vårdlokaler och påverkan på vårdverksamheten på grund av saneringen har hållits på en minimal nivå.

Regionfullmäktige fattade den 2 dec 2008 beslut om att utöka investeringsramen för att starta en första etapp med ombyggnad av 8 st vårdavdelningar inklusive PCB-sanering. Därefter har fattats tilläggsbeslut inom egen låneram om renovering av 4 st vårdavdelningar inklusive PCB-sanering för område kirurgi, ett pågående projekt som beräknas vara klart i april 2014.

Saneringen för hela sjukhuset är i översiktliga drag planerad enligt följande:

Huvudetapp 1: Högdelarna hus 3 och 12, vårdavdelningar, administration.

Huvudetapp 2: Mottagningsblocket

Huvudetapp 3: Servicedelar med akuten, operation, sterilcentral m m.

Detta beslutsunderlag avser andra skedet i huvudetapp 1 med ombyggnad av 14 st vårdavdelningar samt en nybyggnadsdel för att inrymma en utökad verksamhet inom barn- och kvinnosjukvården. Tillbyggnaden ger också förutsättningar för huvudetapp 2 genom att nödvändiga ytor frigörs ytor i mottagningsblocket.

*Barn- och kvinnosjukvården*

Skaraborgs Sjukhus, SkaS, har aviserat behov av nya och mer utvecklade lokaler för barn- och kvinnosjukvårdens patientprocesser ”Den födande kvinnan, hennes barn och partner” och processen ”Att vårda barn och ungdom akut och planerat”. Processerna

innefattar funktionerna specialistmödravård, förlossning, neonatalvård samt all sjukhusbaserad somatisk barn- och ungdomssjukvård på Skaraborgs Sjukhus Skövde.

Lokalerna behöver anpassas till en modern hälso- och sjukvård där vårdmiljö, arbetsmiljö och förebyggande av smittspridning ställer nya krav. Samordning av lokaler motverkar onödiga transporter av patienter och gör det möjligt att samordna personalresurser. Barnkonventionens krav på öppna vårdformer har också legat till grund för planeringen. Denna del omfattar två verksamhetsdelar: ett perinatalt center som innefattar vård av den gravida kvinnan och hennes barn och ett barnhus för barn- och ungdomssjukvård. En essentiell del av lokalernas utformning är att familjen ska kunna vara tillsammans i samband med barns födelse och vid behov av längre vårdtider på sjukhuset.

#### *Vårdavdelningar*

Skaraborgs Sjukhus Skövde byggdes med standardiserade lokaler för att dessa skulle kunna passa flertalet verksamheters behov. De senaste årens ombyggnationer har allt mer utformats efter de aktuella verksamheternas krav. Detta har i viss mån varit berättigat då den specialiserade vården ställer specifika krav på lokallösningar. Det är dock angeläget att, där så är möjligt, återgå till den ursprungliga tanken att utforma lokalerna på sådant sätt att de passar för så många verksamheters behov som möjligt. Detta gäller särskilt utformning av vårdavdelningar, där redan sedan tidigare ett koncept för typvårdavdelning är utgångspunkten för planeringen

I denna etapp planeras för ombyggnad och sanering av 14 st vårdavdelningar i hus 03 och 12.

## **BESKRIVNING AV FÖRSLAG**

### *Till- och ombyggnad för barn- och kvinnosjukvård*

Nybyggnader planeras i sjukhusområdets sydöstra hörn. Här vetter den östra sidan mot entréområdet med sin öppna grönyta och befintlig damm. Söder om nybyggnaden planeras ny sträckning för närliggande väg, tillsammans med nytt ambulansintag vid ena gaveln på hus 3. Den nya byggnationen består av hus 14 och 15, och planeras i två våningsplan ovan mark (plan 2 och 3) samt källare (plan 1). I norr ansluter husen till befintligt hus 16 och i väster till hus 3 (höghuset). En tillbyggnad av hus 03 omfattar en ny, tydlig och välkomnande entré för blivande föräldrar som ska till förlossningen och ersätter den nuvarande så anonyma entrén.

Den totala nybyggnadsytan är ca 8415 m<sup>2</sup> BTA.

### *Ombyggnad*

Omfattar ombyggnad och sanering i hus 3 och 12 av 14 st vårdavdelningar enligt följande:

### *Barn- och kvinnosjukvård*

- Avd 21/22, Barnvårdavdelning, ca 1640 m<sup>2</sup>
- Avd 31/32/34, Förlossning, ultraljud, CTG samt eftervård, ca 2270 m<sup>2</sup>

På plan 2 och 3 byggs vårdavdelningsytor om söder om röda hisshallen. Till detta tillkommer en begränsad yta norr om röda hisshallen på plan 3. Ombyggnationen omfattar full utrivning och sanering av ytan.

### *Vårdavdelningar*

- Avd 41/42, Adm. Barn och kvinnor, ca 2100 m<sup>2</sup>
- Avd 47/48, Medicin, ca 2100 m<sup>2</sup>
- Avd 61/62, Gynekologi, ca 2100 m<sup>2</sup>
- Avd 71/72, Medicin/Psykiatri, ca 1800 m<sup>2</sup>
- Avd 73/74, Medicin/Psykiatri, ca 1800 m<sup>2</sup>

Den totala ombyggnadsytan är ca 12910 m<sup>2</sup> BRA. Ombyggnaden följer samma principer som tidigare och pågående ombyggnationer enligt koncept "typvårdavdelning".

Typvårdavdelningen har vissa flexibla ytor som kan anpassas efter respektive verksamhets speciella behov. Avdelningarna byggs om med endast 1- och 2-patientrum vilket ger färre vårdplatser per yta än dagens lokaler. Ombyggnaden skall ge förutsättningar för en rationell vård med en koncentrerad, lättarbetad och överskådlig vård del där renodlade vårdfunktioner förläggs innanför avdelningsgränsen. Stödfunktioner där det nära sambandet inte är lika tydligt förläggs i mittzonen mellan avdelningarna.

Planlösningen är generell för att kunna passa olika typer av avdelningar och organisation och således underlätta framtida omflyttningar och verksamhetsutveckling.

### *Konstnärlig utsmyckning*

Konsten är betydelsefull i BK-projektet eftersom den tillför en humanistisk, estetisk, poetisk och en existentiell dimension. Konsten påverkar sin betraktare både sinnligt, känslomässigt, rumsligt, fysiskt och intellektuellt. Konstens uppgift är att skapa en vårdmiljö med omtanke kring hela människan.

### *Energi*

Västra Götalandsregionen har som prioriterat mål att energiförbrukningen i regionens verksamheter skall minska, och att energianvändningen i regionens samlade fastighetsbestånd skall halveras till år 2030 jämfört med år 1995. Målet avser den specifika energianvändningen i kWh/m<sup>2</sup>, år och inkluderar verksamhetens energianvändning.

Måltalet för nyproduktion är satt till 60 kWh/m<sup>2</sup> inklusive verksamhetsenergi, vilket nu gäller för de nya byggnaderna hus 14 och hus 15. De tufft satta måltalen kräver att extraordinära åtgärder för att reducera energianvändningen vidtas. Detta innebär att mer än bara traditionella effektiviseringsåtgärder kommer att vara nödvändiga. Ett tufft energimål kräver att alla är involverade och engagerade. Verksamheten i en byggnad förbrukar en avsevärd del av den totala energin. För att kunna nå uppsatta måltal för energi krävs att även verksamhetsenergin reduceras. Ett led i detta är säkerställa en energieffektiv utrustning genom tydligt ställda krav i samband med upphandling av utrustningen. Aktuell prognos pekar på en energianvändning på ca 75 kWh/m<sup>2</sup> och är att jämföra med måltalet 60 kWh/m<sup>2</sup> (inkl. eventuell egenproducerad energi).

Beträffande ombyggnadsprojekt finns inget klart uttalat generellt måltal, däremot finns en rekommendation i regionens handlingsplan som säger 90 kWh/m<sup>2</sup> och år. På grund av statusen på hus 3 och dess förutsättningar har målet för ombyggnadsdelen i BK-projektet fastställts till 100 kWh/m<sup>2</sup> och år, vilket då är något lindrigare än den rekommendation som finns. Måltalet för ombyggnad av hus 3 är uppnått.

**EKONOMI**

För projektet finns en färdig och genomarbetad systemhandling som syftar till att säkerställa kvaliteten i beslutsunderlaget med avseende på utformningen av byggnaderna och dess tekniska system, energiförbrukning samt investeringskalkyl.

Beräknad investeringsutgift är totalt 465 mkr, total hyresförändring är 21,3 mkr/år och fördelar sig enligt följande (kostnadsnivå december 2012):

<i>Barn- och kvinnosjukvård</i>		<u>Investering</u>	<u>Hyresjustering</u>
• Nybyggnad hus 14 och 15		237 mkr	10,2 mkr/år
• Ombyggnad avd 21/22/31/32/34		68 <u>mkr</u> 3,2	<u>mkr/år</u>
	Delsumma	305 mkr	13,4 mkr/år
 <i>Vårdavdelningar</i>		 <u>Investering</u>	 <u>Hyresjustering</u>
• Avd 41/42	30	mkr	1,1 mkr/år
• Avd 47/48	35	mkr	1,8 mkr/år
• Avd 61/62	35	mkr	1,8 mkr/år
• Avd 71/72	30	mkr	1,6 mkr/år
• Avd 73/74	30	<u>mkr</u> 1,6	<u>mkr/år</u>
	Delsumma	160 mkr	7,9 mkr/år
	TOTALT	<u>465 mkr</u> 21,3	<u>mkr/år</u>

**TIDPLAN**

Genomförandet för denna andra del av huvudetapp 1 påbörjas hösten 2013 och beräknas vara färdigställd i sin helhet under 2019. huvuddragen i tidplanen enligt följande:

*Barn- och kvinnosjukvård*

Entreprenadupphandling under hösten 2013 med byggstart våren 2014. Ny förlossning tas i bruk juli 2015, resterande delar tas i bruk under augusti 2016.

*Vårdavdelningar*

Pågår kontinuerligt stegvis under perioden 2015 – 2019.

# Ärende 5

Övriga frågor.