

Tid: kl. 08:30-17:00

Plats: Styrelserummet

Ordförande

Tom Silverklo (C)

Ledamöter

Lennart Ledin (L), 1:a vice ordförande
Margareta Mahmoud Persson (KD)
Robert Hamberg (M)
Frida Skoog (M)
Cristine Persson (C), 3:e vice ordförande
Marie-Louise Oscarsson (C)
Bengt Bergqvist (S), 2:e vice ordförande
Martine Eng (S)
David Adervall (S)
Margareta Winberg (S)
Elin Hoffner (V)
Anette Rangdag (SD)

Ersättare

Anders Vikström Aloandersson (MP)
Mats E Nilsson (L)
Lena Persson (KD)
Lise Hjemgaard-Svensson (M)
Magnus Rönnerfjäll (C)
Andreas Karlsson (C)
Erik Orrell (C)
Roger Östlund (S)
Jenny Sellsve (S)
Christer Nordqvist (S)
Gudrun Olsson (S)
Marie Svensson (V)
Ulla Vikander (SD)

Övriga

1. Program för hälso- och sjukvårdsnämnden 21 november

Beslutsunderlag

- Program för hälso- och sjukvårdsnämnden 21 november

2. Val av justerare och tid för justering

3. Fastställande av föredragningslista

Ärendebeskrivning

Enligt reglemente för hälso- och sjukvårdsnämnden har preliminär föredragningslista över de ärenden som avses bli behandlade under sammanträdet utsänts till ledamöter och ersättare.

Förslag till beslut

Preliminär föredragningslista fastställs som slutlig föredragningslista.

4. Hälso- och sjukvårdsdirektörens rapport

Ärendebeskrivning

- Rekrytering
- Resurssättning
- Zamsynsdagarna

5. Månadsrapporter september och oktober 2019

(HSN/3/2019)

Ärendebeskrivning

Avvikelsen för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppgick ack september till 122,4 Mkr. Största avvikelsen avser verksamhetsnära tjänster och då främst kostnaden för bild och funktionsmedicin samt kostnaden för ambulansflyget. Även läkemedel avviker kraftigt mot budget. September månad hade höga kostnader för Riks & Regionvård.

I utfallet finns upparbetade kostnader på 47,0 Mkr som skall bekostas av statliga stimulansmedel och som finns med i Regionens resultat, men då under Regionstyrelsen. Upparbetade kostnader mot statliga stimulansmedel bedöms vara högre på totalen än vad som redovisats, pga en del svårigheter att få med alla delar av kostnaderna i redovisningen mot särskilda objekt. Totalt bedöms att ca 52,0 Mkr av de statliga stimulansmedlen avse HSN.

Sjukfrånvaron var efter september 4,9 % totalt vilket är 0,6 % lägre jämfört med föregående år. Totalt har antalet sjuktimmar minskat med 31000 timmar mot fg år. Tillgängligheten är fortsatt god inom primärvården, medan den fortfarande är låg inom specialistvården.

Produktionen har ökat något inom öppenvården. Produktionen inom slutenvården minskar något, men medelvårdtiden och antalet vård dagar minskar, vilket är positivt. Efter oktober ökade avvikelsen till -159,7 Mkr. Huvudsakliga förändringar följer tidigare trender, men där avvikelserna för köpt vård och läkemedel ökar mest. I utfallet finns efter oktober upparbetade kostnader på 59,7 Mkr som skall mötas mot de intäkter för nationella satsningar som finns i Regionens resultat under Regionstyrelsen. Sjukfrånvaron kvarstår på 4,9% mot 5,4% föregående period. Totala antalet sjuktimmar har minskat med drygt 32000 timmar och då i huvudsak på den långa frånvaron.

Tillgängligheten har i oktober förbättrats något för specialistvården, men ligger

fortsatt kvar på en låg nivå. För primärvården är tillgängligheten fortsatt god. Produktionen uppvisar fortsatt samma tendens som efter september.

Förslag till beslut

Månadsrapporter för september och oktober 2019 godkänns.

Expedieras till

Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Månadsrapport september 2019 HSN
- Tjänsteskrivelse månadsrapport september 2019 HSN
- Månadsrapport oktober 2019 HSN

6. Uppdrag till regiondirektören om resultatförbättrande åtgärder (HSN/675/2019)

Ärendebeskrivning

Regiondirektören arbetar med fyra större resultatförbättrande åtgärder (HSN-beslut 2019-06-12 § 62:

- personalminskning med 100 befattningar,
- nedläggning Lättvårdsavdelningen LÄVA,
- utredning av flytt av Remonthagens verksamhet till sjukhuset,
- utredning av närvårdsavdelning Strömsund.

Nuläge för alla fyra åtgärderna rapporterades till HSN i september.

Vid HSNs möte i oktober redovisades att beslut om nedläggning av Lättvårdsavdelningen är fattat och nuläget i arbetet med personalminskning 100 befattningar beskrevs.

Utredningen av flytt av Remonthagens verksamhet till sjukhuset redovisas i eget ärende vid dagens möte.

Utredningen av närvårdsavdelningen Strömsund är ännu inte klar, diskussioner med Strömsunds kommun pågår.

Med anledning av Regionstyrelsens beslut 2019-09-25 § 151 beslutade HSN 2019-10-24, §97 om ytterligare tre åtgärder:

- alla behovsanalyser överprövas inför anställningar
- ytterligare skärpa bemanningsnormerna för vårdavdelningarna och skapa bemanningsnormer för mottagningarna,
- genomlysning av administrativa tjänster inom hälso- och sjukvården är genomförd och rapport föreligger,

Vid nämndens möte i oktober fick regiondirektören också uppdrag att beräkna ekonomisk effekt 2019, och helårseffekt av de tre nya åtgärderna och redovisa ytterligare åtgärder för att minska personalkostnaderna för att minimera budgetunderskottet. Regiondirektören fick också i uppdrag att vidta åtgärder för att öka tillgängligheten så att stimulansmedel från kömiljarden kan erhållas.

Överprövningen av behovsanalyser fortsätter som tidigare varje vecka. Den ger inga stora direkt personalminskningar, men garanterar att uppdraget med 100 färre befattningar kan verkställas. Dessutom ger det möjligheter att ytterligare styra samverkan mellan områdena och identifiera förbättringsbehov i olika enheters arbetssätt kring behovsanalyser/rekrytering.

Genomgång av bemanningsnormerna har skett och rapport föreligger som kommer att redovisas för HSN i december när åtgärder med anledning av rapporten hunnit

analyseras. Former för uppföljning av efterlevnad av redan beslutade bemanningsnormer har utarbetats och ekonomisk effekt mellan nuläge och 100%ig efterlevnad av bemanningsnormerna har beräknats till 18,6 mkr för helår totalt för slutenvårdsavdelningarna.

Genomlysningen av administrativa tjänster inom hälso- och sjukvården är genomförd och rapport finns som kommer att redovisas för HSN i december, när åtgärder med anledning av rapporten hunnit analyseras.

Åtgärder för att öka tillgängligheten så att stimulansmedlen från kömiljarden kan erhållas redovisas i särskilt ärende vid dagens möte.

Förslag till beslut

Regiondirektörens information om vidtagna och pågående åtgärder noteras.

Beslutsunderlag

- Uppdrag till Regiondirektören om resultatförbättrande åtgärder

7. Rapport om det ekonomiska läget

(HSN/1333/2019)

Ärendebeskrivning

Vid Regionstyrelsens sammanträde 2019-11-06 lämnade Hälso- och sjukvårdsnämnden en muntlig rapport om vilka beslut nämnden fattat med anledning av månadsrapporterna, uppdragen till Regiondirektören kring resultatförbättrande åtgärder och andra beslut där nämnden agerat utifrån det ekonomiska läget.

Regionstyrelsen beslutade utifrån den rapporten att "Regionstyrelsen har tagit del av Hälso- och sjukvårdsnämndens muntliga rapport, ställt frågor, och fått svar. Hälso- och sjukvårdsnämnden får till nästa sammanträde med Regionstyrelsen inkomma med skriftlig rapport som svarar på frågan om underskottet kan återställs till i nivå med budgeten och om så vilka åtgärder som kommer vidtas."

Hälso- och sjukvårdsnämnden redovisar härmed skriftligt den information som Regionstyrelsen fick 2019-11-06 och avslutar sin skriftliga förklaring med reflektioner kring det svåra ekonomiska läget.

Förslag till beslut

- Den skriftliga rapporten till Regionstyrelsen godkänns och överlämnas.
- HSNs presidium får i uppdrag att tillsammans med Regiondirektören se över tidplanerna för månadsrapporter och tertial/delårsbokslut med nämndens sammanträdeskalender så att snabbare ekonomisk rapportering kan ske till nämnden.

Beslutsunderlag

- HSNs skriftliga rapport om det ekonomiska läget till Regionstyrelsen
- HSNs skriftlig förklaring om ekonomiskt resultat till Regionstyrelsen

8. Hälso- och sjukvårdens organisation ur lednings- och styrningsperspektiv (HSN/1300/2019)

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sin verksamhetsplan 2019 ett mål om att chefer ska ha goda förutsättningar att utöva engagerande och ansvarstagande chef- och ledarskap. Det ska mätas med arbetsmiljöenkätens fråga: "Jag hinner avsluta mina arbetsuppgifter på det sätt som planerats" Målvärde 3,85. I delårsbokslutet 2019

redovisas resultatet 3,83.

Det finns också ett annat mål i Regionstyrelsens verksamhetsplan: "Region Jämtland Härjedalen ska ha ett utvecklingsinriktat chefsutvecklingsprogram med fokus på stödjande, tillgängligt och coachande förhållningssätt" Det ska mätas med arbetsmiljöenkätens fråga: "Jag får stöd/handledning från min närmsta chef då jag behöver det" Målvärde är 4,5. I delårsbokslutet 2019 redovisas resultatet 4,44.

Under hösten 2016 genomfördes en enkätundersökning av chefers förutsättningar och med det som grund togs en handlingsplan fram under 2017.

Hälso- och sjukvårdsnämnden noterar att under 2018 och 2019 har hälso- och sjukvården inte kunnat verkställa beslut i den takt som Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden förväntat sig.

Hälso- och sjukvårdsnämnden vill att en utredning ska göras som beskriver nuvarande organisering med områdeschefer, verksamhetschefer, enhetschefer samt biträdande chefer med varierade mandat och uppdrag. Beskrivningen ska också redovisa chefers förutsättningar när det gäller antal underställda medarbetare och administrativt stöd. Är olikheter motiverade eller behöver finns behov av justeringar? Utredningen bör också redovisa nuläget när det gäller handlingsplanen för chefers förutsättningar.

Hälso och sjukvårdsledningen är stor och det medför utmaningar i förmågan till ledning, styrning och genomförandet av nödvändiga förändringar. För att få en större kraft att leda och driva verksamheten framåt bör nuvarande organisering ses över och anpassas för att öka förmågan till genomförande genom ett närvarande ledarskap med kraft att skapa nödvändiga förändringar, dvs en effektiv ledning och styrning. Hälso- och sjukvårdsnämnden är medveten om att hur ledning och styrning under Regiondirektören organiseras främst är en fråga för Regiondirektören, och organisationen under Hälso- och sjukvårdsdirektören är en fråga som Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar om. Men det är viktigt för Hälso- och sjukvårdsnämnden att förstå förutsättningarna för ledning och styrning inom sitt ansvarsområde. När nu ny Hälso- och sjukvårdsdirektör är på plats ber Hälso- och sjukvårdsnämnden att Hälso- och sjukvårdsdirektören ansvarar för ovan beskrivna utredning och beskriver sin syn på hur en effektivare ledning och styrning i kombination med chefers förutsättningar på alla nivåer kan skapas.

Förslag till beslut

Regiondirektören får i uppdrag att genomföra en utredning kring Hälso- och sjukvårdens organisation ur lednings- och styrningsperspektiv

Beslutsunderlag

- Hälso- och sjukvårdens organisation ur lednings- och styrningsperspektiv

9. Utredning om flytt av Remonthagens verksamhet (HSN/760/2019)

Ärendebeskrivning

Vid hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 12 juni 2019, §62, presenterade regiondirektören ett antal resultatförbättrande åtgärder. En av åtgärderna som presenterades var ett förslag om utredning rörande flytt av Remonthagens verksamhet till sjukhuset.

Under hösten 2019 har utrett möjligheten att flytta remonthagens verksamheter till Östersunds sjukhus. Vid en flytt till sjukhuset kan café- och labverksamhet stängas vilket inte kommer ge någon kostnadsminskning utifrån att omkostnader vid

befintligt lab är billigare i egen regi. Sjukresekostnader kommer att minska men viss del kvarstår då patienter behöver resa till Remonthagen för bassängträning. Om Remonthagens verksamheter flyttas till sjukhuset behöver lokaler anpassas och dessa kostnader har inte utredningen beaktat. Utredningen visar att det är kostnadseffektivt att tre mottagningar och en avdelning samnyttjar befintliga rehablokaler. Samverkansfördelar gällande godstransporter, andra kliniker och samarbetspartners ses som positiva vid en flytt dock överträffar inte dessa de nackdelar som ses utifrån patienten och ett ekonomiskt perspektiv. Sammanfattningsvis pekar utredningen på att en flytt av remonthagens verksamheter till Östersunds sjukhus inte skulle generera någon vinst eller större kostnadsminskningar. Däremot finns det effektiviseringar att göra inom lokalnyttjandet på Remonthagen som kan möjliggöra inflyttning av ytterligare verksamheter.

Förslag till beslut

Regiondirektörens rapport om flytt av remonthagens verksamhet noteras till protokollet.

Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse utredning om flytt av remonthagens verksamhet
- Utredning om flytt av remonthagens verksamhet 2019

10. Hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning av FoU (HSN/1170/2019)

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sin verksamhets- och uppföljningsplan att följa upp FoU-verksamheten.

Region Jämtland Härjedalen bedriver aktiv samverkan inom klinisk forskning, lokalt, regionalt, nationellt och internationellt. Detta har skapat förutsättning att erbjuda klinisk personal en god arbetsmiljö och är en av förutsättningarna för etableringen av läkarutbildning. Detta har till stor del möjliggjorts av de interna FoU-medlen. En stark akademisk miljö är en förutsättning för att säkerställa att Region Jämtland Härjedalen även framgent är en del av Läkarprogrammet vid Umeå universitet samt en attraktiv samverkanspartner inom forskning, utbildning och innovation. En stark akademisk miljö är även en viktig komponent i implementeringen av nationell kunskapsstyrning.

Förslag till beslut

Rapport om hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning av FoU godkänns.

Expedieras till

FoU-direktör

Beslutsunderlag

- Rapport hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning av FoU
- Tjänsteskrivelse Hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning av FoU

11. Uppföljning av ny uppdaterad kömiljard

(HSN/1301/2019)

Ärendebeskrivning

SKL och staten ingick i juni 2019 en överenskommelse om en ny uppdaterad kömiljard indelad i två block. Block 1 avser satsningar på kökortning redan 2019 och ersättning ges i tre nivåer baserat på hur många procentenheter som en region kan öka den andel av väntelistan som väntat kortare tid än 90 dagar. Jämförelsen görs med samma mätning för ett år sedan. De som ökar andelen med mellan 1 och 3 procentenheter får dela på 70 procent av 213,3 miljoner kronor i september, oktober och november för väntande till första besök och samma villkor och belopp gäller för väntande till behandling. Om ökningen blir mellan 3 och 5 procentenheter får man dela på ytterligare 20 procent och blir ökningen större än 5 procentenheter får man även dela på de sista 10 procenten. De regioner som redan har hög tillgänglighet får också vara med och dela på de första 70 procenten, även om de inte förbättrar sina siffror. Kravet är att minst 71 procent av de väntande har väntat högst 60 dagar på första besök eller behandling. Om samtliga regioner hade klarat kraven, skulle Region Jämtland Härjedalen ha kunnat få 5,4 miljoner i september. För väntan på första besök klarade, av totalt 21 regioner, 11 målet på 1-3 procentenheter, varav 6 stycken även klarade 3-5 procentenheter. Slutligen nådde även två regioner över målet på 5 procentenheter. För väntan på behandling blev motsvarande resultat att 11 regioner klarade mål 1, 8 mål 2 och 7 steg 3.

Region Jämtland Härjedalen uppnådde inte målen i september. Slutgiltiga siffror för oktober är ännu inte klara. I regionens hälso- och sjukvård har under året köerna ökat, både som följd av ökat remissinflöde i vissa fall, och svårighet att bemanna vissa enheter med läkare samt minskat nyttjande av inhyrda läkare. För att förkorta köerna och få del av kömiljarden har under hösten ett antal aktiviteter startats.

Kölistor uppdateras, extra nybesök i ordinarie verksamhet planeras in och mottagning utanför ordinarie tid arrangeras för att göra ett större antal nybesök.

Likaså har extra operationsverksamhet planerats in under helger i november.

I enlighet med det andra blocket i överenskommelsen om kömiljard, har en lokal arbetsgrupp bildats för att utveckla rapportering så att fler delar av vårdkedjan kan mätas och följas upp under 2020. Överenskommelsen om vilket belopp kömiljarden ska uppgå till under 2020 och vilka villkor som måste uppfyllas för att få del av den, kommer i december. Den plan som varje region ska göra för att visa vad som behöver göras för att klara villkoren, kommer Region Jämtland Härjedalen att ta fram när innehållet i överenskommelsen blir känt.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden godkänner rapport om uppföljning av ny uppdaterad kömiljard.

Beslutsunderlag

- Uppföljning av ny uppdaterad kömiljard
- Uppföljning kömiljard

12. Uppföljning av hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan (HSN/564/2019)

Ärendebeskrivning

För en region finns lagkrav på intern kontroll (Kommunallagen) där det framgår att Styrelsen och ev. nämnder ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt att föreskrifter

som gäller för verksamheten följs. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet med stöd av 3 kap. 16§ har lämnats över till någon annan Lag (1999:621). Hälso- och sjukvårdsnämnden har antagit en plan för internkontroll för 2019. Uppföljning hösten 2019 visar sammanfattningsvis att det fortfarande föreligger förbättringspotential inom flertalet av de områden som kontrollerats.

Förslag till beslut

Uppföljning av hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan godkänns.

Beslutsunderlag

- Uppföljning av hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan november
- Tjänsteskrivelse uppföljning av hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan november

13. Utredning av sjukresebeställningar (HSN/305/2019)

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) har ansvaret för sjukreseverksamheten. Däri ingår att sjukresereglerna ska tillämpas korrekt och sjukreseverksamheten bedrivs kostnadseffektivt med hög kvalitet. I praktiken sköts en del av sjukreseverksamheten via regionala utvecklingsnämnden (RUN) i dess roll som regional kollektivtrafikmyndighet (RKM). RKM samarbetar med sex av länets kommuner om samordning av sjukresor, färdtjänst mm. Samordningen sker vid beställningen av sådana resor hos en upphandlad beställningscentral.

Ett förslag om hantering av sjukresor presenterades för RUN i oktober 2018, och då beslutade RUN (§ 154), om att:

Region Jämtland Härjedalen ska inom ramen för samarbetsavtalet om samhällsbetalda resor med länets kommuner fortsätta utreda en samordnad beställningscentral med Region Västernorrland.

Beställningscentralen ska på ett kostnadseffektivt sätt och med hög kvalitet bedöma behov av särskilt fördyrande sjukresor och boka och samordna sjukresor, färdtjänstresor, anropsstyrd linjetrafik och Närtrafik.

Den fortsatta utredningen ska belysa konsekvenserna för kostnad, arbetstillfällen i länet, kvalité (patientsäkerhet) och egen regi kontra upphandlad verksamhet.

Utredningen presenterades för HSN 2019-06-12 § 68 och innehöll tre alternativ för sjukresehantering. En förutsättning för samtliga alternativ är att bedömning av sjukresebehov, d v s tillämpningen av sjukresereglerna, flyttas bort från vården. Regiondirektören beslutade om detta i mars 2018.

HSN ställde sig bakom alternativ 3 som innebär samarbete kring sjukresebedömning och beställningscentral med Region Västernorrland. Det är det alternativ som sammantaget bedöms medföra flest möjligheter att uppnå hög kvalitet till låga kostnader och samtidigt ge förutsättningar för fortsatt utveckling och förbättring av sjukresehanteringen, inklusive it-stöd och digitala tjänster. Med stora volymer kan bemanningen ske med fler medarbetare, och bli mer stabil, vilket gör det lättare att uppnå god kvalitet.

HSN beskrev vidare i beslutet i juni § 68 att HSN förutsatte att RUN avtalar om ett samarbete med Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län (Din Tur) om central bedömningsfunktion, samordning och beställning av

sjukresor. Detta berodde på att RUN har ett samarbetsavtal med regionens sjukresor och kommunernas färdtjänst som innebär att RUN ansvarar för att RKM ser till att verkställa parternas önskan.

Under hösten har de juridiska frågorna analyserats ytterligare utifrån synpunkter från kommunerna om att färdtjänst inte kan överlåtas till ett annat län. Följande har då konstaterats:

Bedömning av sjukresebehov innebär en form av myndighetsutövning och tjänsten kan undantas då från upphandlingsreglerna. Med stöd av den nya bestämmelsen i kommunallagen om avtalssamverkan, kan Region Jämtland Härjedalen ingå samarbetsavtal med Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län (Din Tur).

Färdtjänstlagen har en strikt skrivning som gör att myndighetsutövning enligt denna inte kan överlåtas till annan än RKM i det egna länet – dvs avtalssamverkan med Kommunalförbundet Din Tur i Västernorrland är inte möjlig för färdtjänst.

Anropsstyrdtrafik och annan linjelagd kollektivtrafik lyder under Lagen om offentlig upphandling varför inte heller i det fallet kan avtalssamverkan med Din Tur ske.

Utifrån att nya fakta finns föreslås RUN 19 november besluta om ett nytt förslag till samarbetsavtal som innebär att ansvaret för bedömning och beställning av sjukresor helt åvilar HSN och att RUN som RKM enbart samordnar beställning och beslut kring färdtjänst och allmän kollektivtrafik, inte sjukresor. Trafikupphandlingen som RUN via Länstrafiken AB ansvarar för ska även i fortsättningen omfatta sjukresor.

Därmed behöver HSN utifrån den nya fakta som finns behandla ärendet på nytt.

HSN gav slutligen i juni i uppdrag till regiondirektören att ta fram förslag på samarbetsavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland om verksamhetsutveckling av sjukreseverksamheten, som avvaktats i väntan på att ärendet slutbehandlats.

Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden står fast vid sitt beslut om alternativ 3, samarbete kring sjukresebedömning och beställningscentral med Region Västernorrland.
2. Hälso- och sjukvårdsnämnden uppdrar till Regiondirektören att ta fram förslag på avtal med Kommunalförbundet Din Tur i Västernorrland
3. Hälso- och sjukvårdsnämnden ger i uppdrag till regiondirektören att ta fram förslag på samarbetsavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland om verksamhetsutveckling av sjukreseverksamheten.

Expedieras till

Regional utvecklingsdirektör

RKM

Länstrafiken AB

Beslutsunderlag

- Utredning av sjukresebeställningar

- §68 Hälso- och sjukvårdsnämnden Utredning av sjukresebeställningar
- Utredning av sjukresebeställningar
- §181 Regionala utvecklingsnämnden Revidering av samarbets- och uppdragsavtal om samordning av särskild kollektivtrafik och anropsstyrd allmän kollektivtrafik

14. Investering i en tredje datortomograf, inklusive ombyggnation (HSN/1334/2019)

Ärendebeskrivning

Enligt Region Jämtland Härjedalens regler för investeringar beslutar regionfullmäktige om en investeringsram medan regionstyrelsen fördelar investeringsbudgeten. Regionfullmäktige har vid sitt sammanträde den 15-16 oktober 2019, § 109, beslutat om Regionplan och budget 2020-2022. I regionplanen har en investeringsram för 2020 fastställts. Investeringsramen uppgår 2020 till 123 miljoner kronor varav 96 miljoner kronor för investeringar kopplade till investeringsrådet, 15 miljoner kronor för hjälpmedel och 12 miljoner kronor för investering i en tredje datortomograf, inklusive ombyggnation. Investeringen för datortomografen ligger därmed utanför det belopp som fördelas av regionstyrelsen och behöver hanteras på särskilt sätt.

En investering av en tredje datortomograf föreslås utifrån att kapaciteten för röntgenavdelningens två befintliga datortomograferna har uppnåtts.

Datortomograferna är inköpta 2011 (GE Healthcare) respektive 2013 (Philips).

Datortomografen från 2011 är ålderstigen och har nått sin tekniska livslängd men då GE fortfarande håller reservdelar så kan maskinen hållas i drift något eller några år tills det inte finns delar längre. Den andra datortomografen når sin tekniska livslängd 2021-11-16. Det är en ren basmaskin och klarar inte alla typer av undersökningar. Då varje undersökning innebär bestrålning är det viktigt med moderna maskiner för att kunna hålla stråldoserna på så låga nivåer som möjligt.

Datortomograferna har central betydelse på röntgenavdelningen. De har betydelse både vid utredning av akuta sjukdomstillstånd (såsom kirurgiska bukåkommor, trauman och vid strokediagnostik) som vid icke-akuta undersökningar där bland annat cancerutredningar och kontroller utgör en stor del. Sedan 2011 har antalet undersökningar för de två maskinerna per år ökat från ca 11 000 till ca 18 000. Vissa dagar görs upp mot 100 undersökningar. Datortomograferna används i princip bara för produktion och planerade undersökningar görs även kvällstid samt lördagar och söndagar med jämna mellanrum för att försöka hålla ledtider. Andel undersökningar som påbörjades inom 8 veckor var i december månad 2018 89% vid Datortomografisektionen. Allt talar för att antalet undersökningar kommer att fortsätta öka.

Med den personalbemanningen som kommer att finnas 2020 är bedömningen att det är möjligt att driva en tredje datortomograf. I första hand är det tänkt att den ska placeras där det idag finns ett så kallat genomlysningslab, som nu ska avvecklas. Rummet har i så fall behov av ombyggnation. Den totala kostnaden för investeringen bedöms vara 12-15 miljoner kronor. Investeringsrådet har gjort bedömningen att investeringen får uppgå till maximalt 12 miljoner kronor och det är också det utrymmet som finns i regionplanen. Skulle det efter upphandling behövas mer kommer den delen att tas med i ärendet om fördelning av investeringsbudgeten på 96 miljoner kronor som ska behandlas på regionstyrelsens möte i december 2019.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen

Investering om 12 miljoner kronor i en tredje datortomograf, inklusive ombyggnation ska genomföras.

Expedieras till

Regionstyrelsen

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Investering i en tredje tomograf, inklusive ombyggnation
- Rapport om investering av datortomograf

15. Plan för god och nära vård (HSN/1291/2019)

Ärendebeskrivning

Regionledningen i Region Jämtland Härjedalen beslutade i december 2018 att ha en gemensam riktning och strategi mot Nära vård. Anledningarna till det är flera. Många förbättringsarbeten och projekt med olika syften pågick och utvecklingsresurserna/medarbetarna räckte inte till, det blev svårt att prioritera. Med en tydlig riktning är det lättare att prioritera vad som är viktigast att utveckla. Vidare fanns och kvarstår stora utmaningar att klara tillgängligheten och ekonomin. Ökad tillgänglighet och minskade kostnader är också de övergripande målen i Region Jämtland Härjedalen, där riktning Nära vård är en viktig faktor. Den nationella och internationella rörelsen mot Nära vård har diskuterats i Regionen under en längre tid och kom att bli en ledstjärna i arbetet.

Det övergripande syftet med planen är att

- förstärka patientens delaktighet och upplevelse av närhet och trygghet
- skapa gemensam riktning – grund för prioritering av resurser.
- förstärka helhetssyn
- effektivisera vården – resurser ska räcka till flera.
- ge förutsättning för vård på rätt nivå
- stöd för en omstrukturering till en primärvård som är basen i sjukvårdssystemet och som ger goda förutsättningar att uppnå en jämlik hälsa i befolkningen

Förslag till beslut

Plan för god och nära vård godkänns

Beslutsunderlag

- Riktning Nära vård styrdokument slutversion
- Plan för god och nära vård

16. Ändring av sammanträdestid för hälso- och sjukvårdsnämnden 2020 (HSN/583/2019)

Ärendebeskrivning

Vid hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 12 juni 2019 beslutades om nämndens sammanträdestider för 2020 (§63). Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver nu justera sammanträdesdatum för oktober. Det föreslås därför att sammanträdet den 15 oktober 2020 flyttas till den 14 oktober 2020.

Förslag till beslut

Sammanträdesdagen den 15 oktober 2020 ersätts med den 14 oktober 2020.

Expedieras till

Regionsrekreterare

Beslutsunderlag

- Ändring av sammanträdestid för hälso- och sjukvårdsnämnden 2020

17. Valärenden 2019 (HSN/1/2019)

Ärendebeskrivning

Folkhälsorådet: Val av en representant från och med 2019-11-21 - 20122-12-31.

18. Anmälan av inkomna handlingar till hälso- och sjukvårdsnämnden

Förslag till beslut

Anmälningar av inkomna handlingar enligt upprättat förteckning noteras till protokollet.

Anmälningar

- RS/685:1/2019 §179 Regionstyrelsen Definitioner och uppdrag rörande folkhälsa samt inrättande av ett regioninternt folkhälsoråd
- RS/498:8/2019 Förslag på åtgärder för att möta kraven i överenskommelsen Ny uppdaterad kömiljard
- RS/498:7/2019 §176 Regionstyrelsen Åtgärder för att möta kraven i överenskommelsen Nyuppdaterad kömiljard

19. Anmälan av delegationsbeslut till hälso- och sjukvårdsnämnden

Förslag till beslut

Anmälan av delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

Delegeringsbeslut

- HSN/1317:1/2019 Fullmakt Paklitaxel_SLL
- HSN/1269:1/2019 Upphandlingsuppdrag andningstränare
- HSN/1272:1/2019 Fullmakt blodpåsar
- HSN/1242:1/2019 Upphandlingsuppdrag antikoagulationssystem
- HSN/1243:1/2019 Upphandlingsuppdrag uppgradering befintlig övervakning
- HSN/1244:2/2019 Upphandlingsuppdrag Validering av rena rum
- HSN/1245:1/2019 Upphandlingsuppdrag Ortopedtekniska tjänster
- HSN/908:5/2019 Delegationsbeslut svar på SOU 2019:15 och SOU 2019:28
- HSN/1074:9/2019 Delegationsbeslut Nätkirurgi vid prolaps
- HSN/1074:10/2019 Delegationsbeslut Preimplantatorisk genetisk diagnostik
- HSN/1074:11/2019 Delegationsbeslut Fosterterapi
- HSN/1074:12/2019 Delegationsbeslut Moyamoya
- HSN/1074:13/2019 Delegationsbeslut Avancerad rekonstruktiv kirurgi

- HSN/1074:14/2019 Delegationsbeslut Hjärtsjukdom och graviditet



1

Program för hälso- och sjukvårdsnämnden 21 november

Samordningskansliet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71

2019-05-08

E-post: daniel.nilsson@regionih.se

Program för hälso- och sjukvårdsnämnden 21 november 2019

Torsdag 21 november (styrelserummet)

08:30 Partigrupper

10:00 Hälso- och sjukvårdsdirektörens rapport Maria
Söderkvist

10:20 Månadsrapport september och oktober Lars Gunnar Björk

11:00 Hälso- och sjukvårdens organisation ur Maria
Söderkvist
lednings- och styrningsperspektiv

11:10 Resultatförbättrande åtgärder Maria
Söderkvist

11:30 Utredning av flytt av Remonthagens verksamhet Lena Olander

12:00 Lunch

13:00 Uppföljning kömiljarden Marie Norlén

13:30 Uppföljning FoU Göran Larsson

13:50 Sjukresor Ingela Jönsson

14:15 Informationer från kurser och konferenser

14:25 Kaffe

14:40 Investering datortomografi

Örjan Strömqvist

15:00 Partigrupper

16:00 Beslutsärenden



5

Månadsrapporter september och oktober 2019

HSN/3/2019



Månadsrapport september 2019

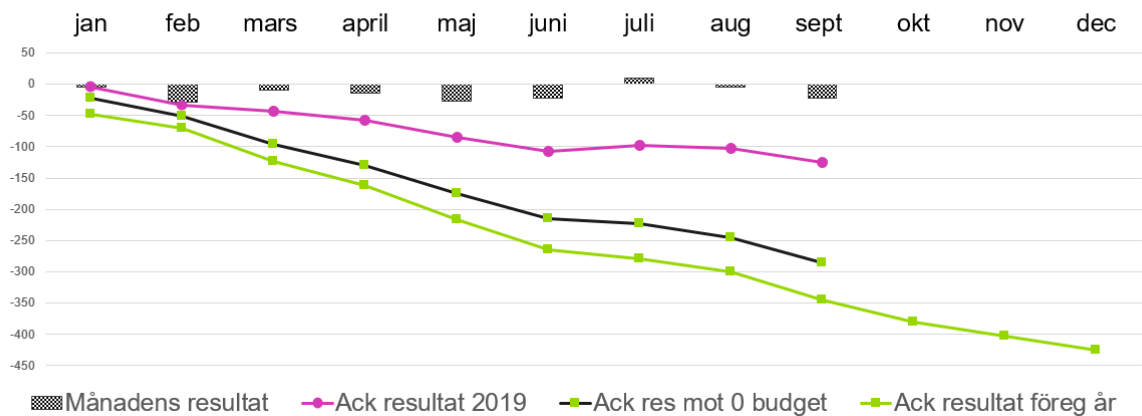
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Verksamhet.....	5
Väsentliga personalförhållanden	7
Ekonomiskt resultat	10

Sammanfattning

HSN Jämtland Härjedalen - jämförelse av resultat innevarande år med resultat föregående år (i mkr)



Ekonomiskt utfall

HSN fortsätter att tappa mot budget. September avvek med 22,2 Mkr och ackumulerat september är nu avvikelsen mot budget 124,4 Mkr. I resultatet finns upparbetade kostnader på 47 Mkr som skall ställas mot det riktade statsbidrag som finns i Regionens finansförvaltning. Av de statsbidrag som Regionen erhållit bedöms ca 52 Mkr tillhöra HSN.

Verksamhet

Produktion öppenvård

ACK SEPTEMBER

År	2017	2018	2019
Läkarbesök	281 340	281 393	285 493
- Män	126 246	126 387	127 568
- Kvinnor	155 094	155 005	157 922
- Kön okänt	0	1	3
Sjukvårdande behandling	376 681	383 889	391 225
- Män	160 112	163 005	166 143
- Kvinnor	216 569	220 883	225 081
- Kön okänt	0	1	1

Produktion slutenvård

ACK SEPTEMBER



År	2017	2018	2019
Antal vårdtillfällen	14 345	14 666	14 553
- Män	6 548	6 780	6 784
- Kvinnor	7 797	7 886	7 768
Antal vård dagar	86 196	83 060	80 460
- Män	41 969	40 332	39 458
- Kvinnor	44 227	42 728	40 998
Medelvårdtid	5,0	5,1	4,7
- Män	5,2	5,4	5,0
- Kvinnor	4,7	4,8	4,4
DRGvikt	11 823,2	12 285,1	11 929,3
- Män	5 681,9	5 960,6	5 791,6
- Kvinnor	6 141,3	6 324,5	6 136,7

Verksamhet

Läkarbesöken har ökat med 1,5% och sjukvårdande behandling med 1,9 % jmf 2018. I antal motsvarar detta totalt ca 12 000 besök

Antalet vårdtillfällen i slutenvården är oförändrad jmf tidigare år. Däremot har vårdtiden minskat med ca 3000 och därmed har medelvårdtiden minskat från 5,1 till 4,7 dagar. Sannolikt beror det på att antalet vårdplatser har varit färre.

Tillgängligheten är fortsatt låg inom slutenvården, både vad gäller första besök och behandling. Totalt för Regiondrivna hälsocentraler ligger tillgängligheten för 0:an (att komma i kontakt med sjukvården via telefon samma dag) på 91 % för september

Totalt för Regiondrivna hälsocentraler ligger tillgängligheten för nybesök för medicinsk bedömning inom tre vardagar till läkare på 97 % för september.

Vård i rimlig tid

Tillgängligheten är fortsatt låg inom slutenvården, både vad gäller första besök och behandling. Totalt för Regiondrivna hälsocentraler ligger tillgängligheten för 0:an (att komma i kontakt med sjukvården via telefon samma dag) på 91 % för september

Totalt för Regiondrivna hälsocentraler ligger tillgängligheten för nybesök för medicinsk bedömning inom tre vardagar till läkare på 97 % för september

Tillgänglighet till primärvård

Tillgänglighetsgarantin, 0:an

Totalt för Regiondrivna hälsocentraler ligger tillgängligheten för 0:an (att komma i kontakt med sjukvården via telefon samma dag) på 91 % för september. Variationen för Närvårdsområdena ligger mellan 84 - 97 %. Variationen mellan hälsocentralerna ligger mellan 74 - 98 %. Arbete pågår med både arbetssätt och tekniska lösningar som förbättrar tillgängligheten.

Denna tillgänglighet beskriver telefontillgängligheten. Samtliga hälsocentraler har i någon form öppen mottagning/lättakut, den tillgängligheten mäts inte i ovanstående.

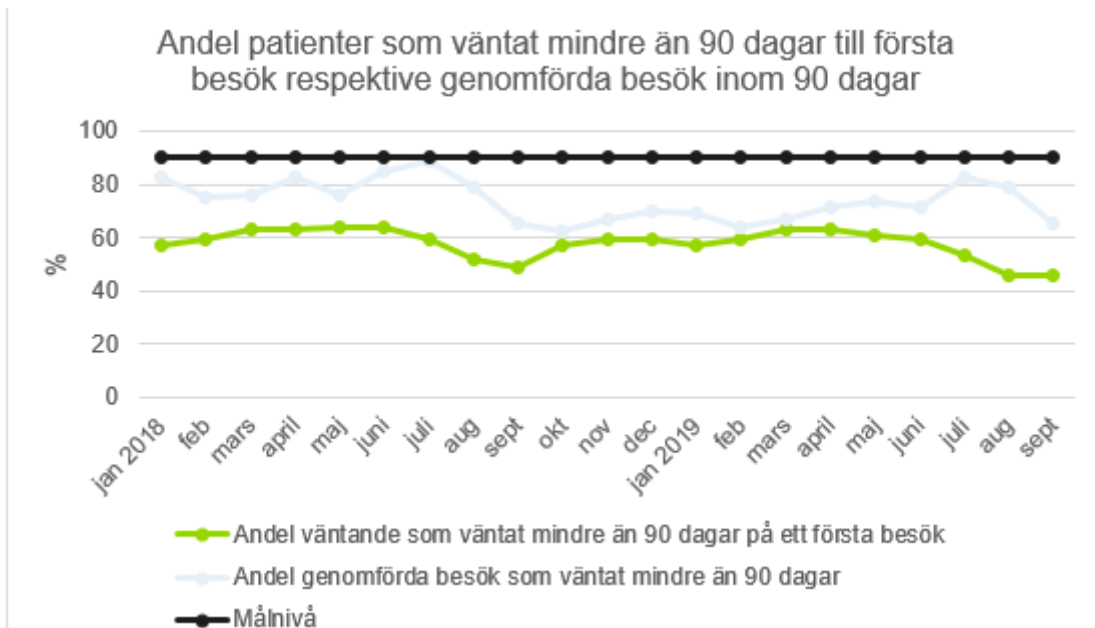
Besöksgarantin 3:an

Totalt för Regiondrivna hälsocentraler ligger tillgängligheten för nybesök för medicinsk bedömning inom tre vardagar till läkare på 97 % för september. Variationen för Närvårdsområdena ligger mellan 94 - 99 %.

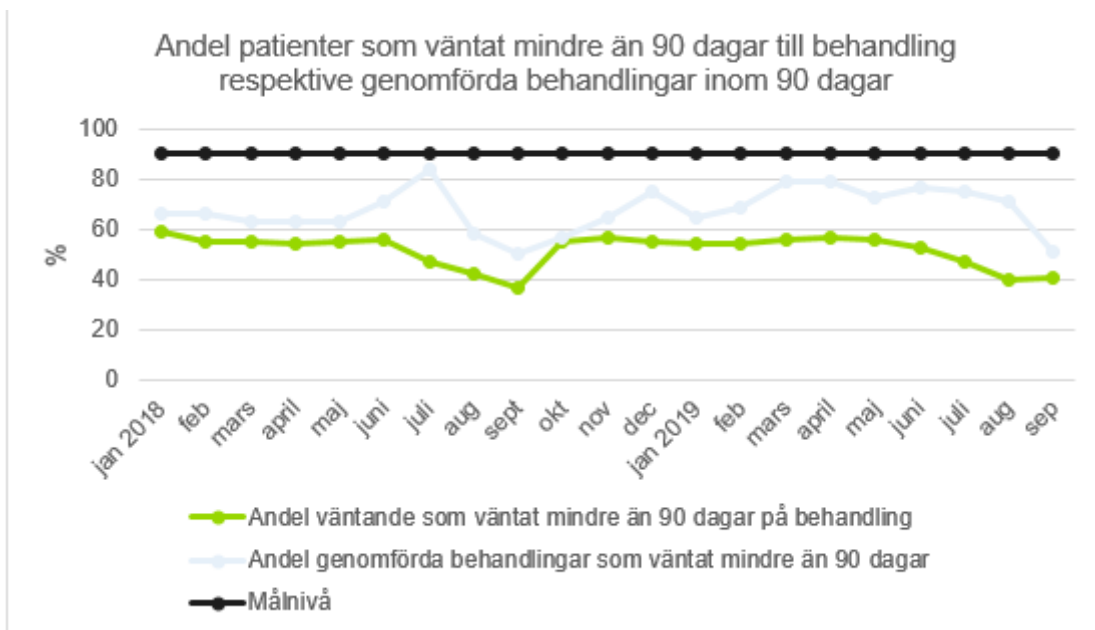
Arbete pågår för att i den förstärkta tillgängligheten även kunna mäta medicinsk bedömning för övrig legitimerad personal inklusive kuratorer.

Specialiserad vård – Sjukhuset i Östersund

Första besök inom 90 dagar



Behandling inom 90 dagar



Väsentliga personalförhållanden

Arbete pågår med att anpassa verksamheten till fastställda normtal för slutenvården, och samtidigt genomförs produktions och kapacitetsberäkningar för mottagningsverksamheten.

Även paramedicinska och administrativa stödverksamheter ses igenom för att komma fram till en organisation som är anpassad efter vår ekonomiska kostym.

Antal anställda

Antal månadsavlönade	2016-09-30	2017-09-30	2018-09-30	2019-09-30
Totalt antal anställda	3443	3772	3731	3720
- varav kvinnor	2712	2982	2936	2921
- varav män	731	790	795	797

Kommentar

Ovanstående redovisning visar antalet månadsanställda ack september för åren 2016-2019.

Antalet timanställda är inte inräknade i uppgifterna. Osäkerhet i siffermaterialet mellan åren har upptäckts i andra sammanhang. Utredning om eventuella felaktigheter pågår.

Bemanningsföretag

Kostnad bemanningsföretag (tkr)	Jan-sept 2018 i tkr	Jan-sept 2019 i tkr	Förändring i tkr
Läkare	-78647	-75061	3586
Sjuksköterskor	-16849	-13577	3272
Övriga	-1448	-1498	-50
Totalt	-96944	-90136	6808

Ange mål per yrkesgrupp för minskning av bemanningsföretag i tusen kronor

Mot budget avviker kostnaderna för stafettläkare med 12,4 Mkr

För Stafettsjuksköterskor är överskridandet mot budget 8,4 Mkr

Övrig personal överskrider budget med 0,5 Mkr.

Mot föregående år är kostnaden för stafettläkare 3,6 Mkr lägre, för Ssk 3,3 Mkr lägre och för övrig personal 50 Tkr högre.

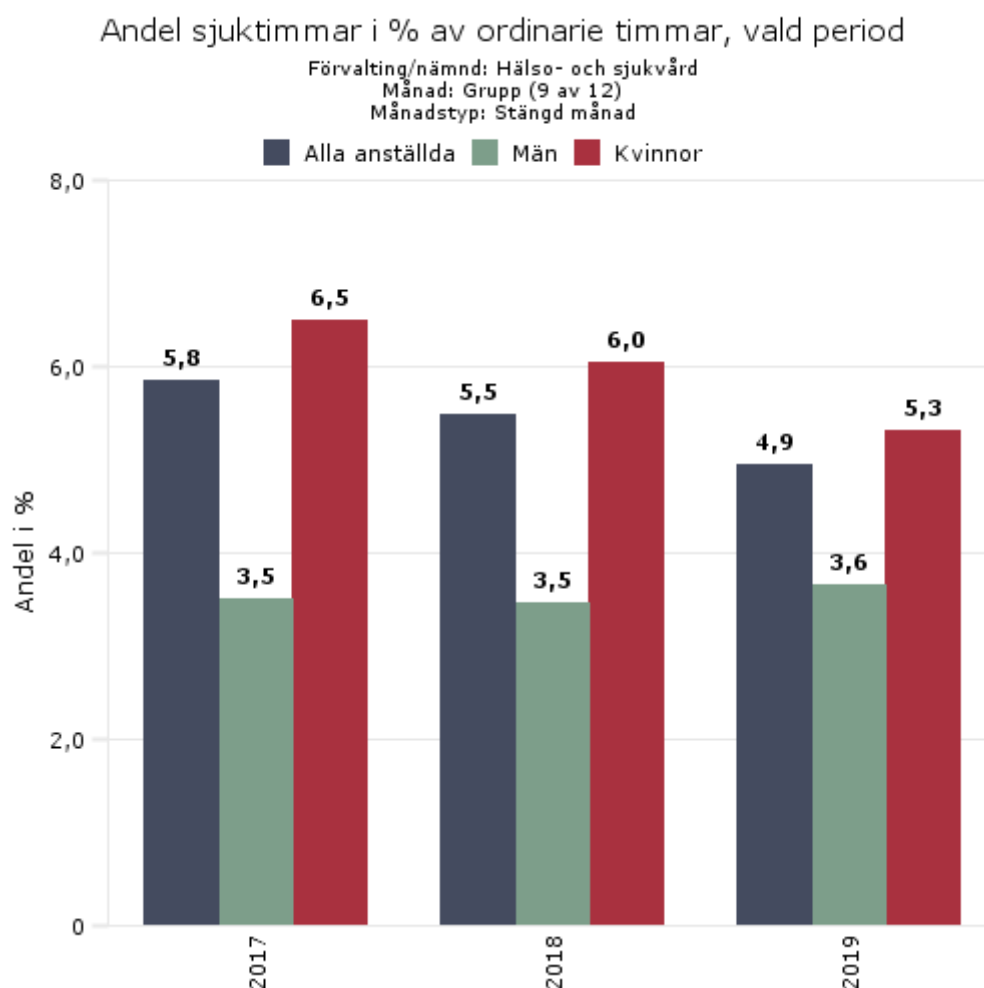
Andelen bemanningskostnad i förhållande egna personalkostnader är för läkare 16,1% och för sjuksköterskor 3,0 %. Målsättningen är 15 % respektive 2 %.

Åtgärder för att nå målet

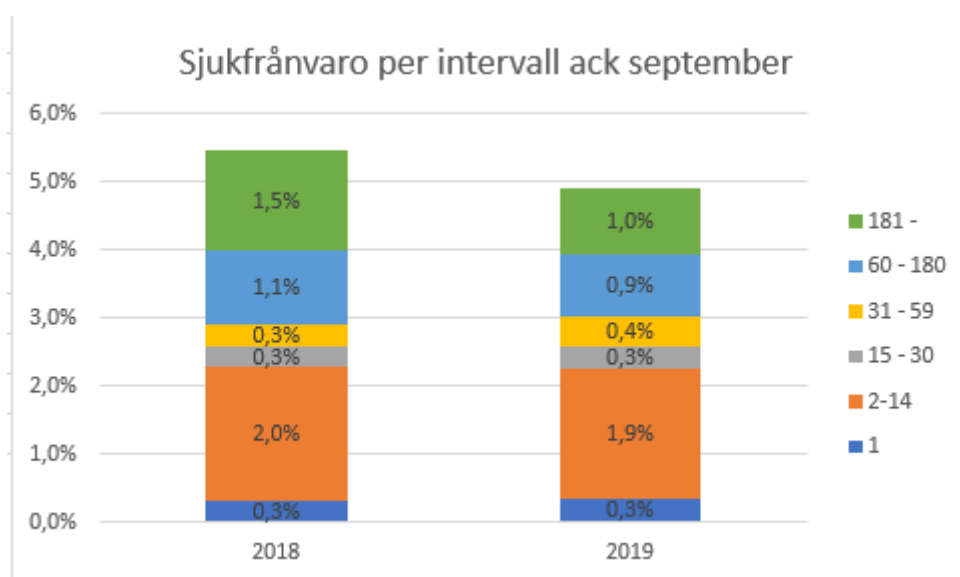
Fortsatt restriktivitet vid avrop från bemanningsföretag.

Sjukfrånvaro - Hälsofrämjande arbete

Sjukfrånvaro - Andel sjuktimmar



Sjukfrånvaro - Antal sjukfall och timmar per intervall



Kommentarer

Sjukfrånvaron fortsätter att minska. Mot föregående år är minskningen drygt 31 tusen timmar.

Minskningen ligger till mer än helheten på de långa sjukfrånvarointervallen, medan vi ser en liten uppgång på den korta frånvaron upp till 59 dagar. Det är även fortsättningsvis bland kvinnor som minskningen sker.

Ekonomiskt resultat

Intäkter och kostnader i tkr	Ack utfall	Ack budget	Bud-Utf Diff	Ack utfall fg år	Ack utf- Ack fg år Diff
Patientavgifter	81 717	141 035	-59 319	86 297	-4 580
Försäljning	814 570	775 353	39 218	781 194	33 376
Erhållna bidrag	514 064	521 876	-7 811	550 588	-36 524
Övriga intäkter	30 651	30 334	317	27 310	3 340
Summa Intäkter	1 441 002	1 468 597	-27 595	1 445 389	-4 387
Personalkostnader	-1 652 862	-1 688 711	35 849	-1 640 574	-12 288
Köpt riks- och regionvård	-265 740	-246 605	-19 135	-276 973	11 233
Köp av verksamhet	-25 316	-17 665	-7 651	-24 946	-369
Verksamhetsanknutna tjänster	-290 339	-259 386	-30 954	-280 523	-9 816
Inhyrd personal	-90 136	-68 765	-21 371	-96 944	6 808
Läkemedel	-352 778	-317 621	-35 157	-343 282	-9 496
Sjukvårdsart, övr mat o varor	-247 371	-239 608	-7 763	-235 917	-11 454
Lämnade bidrag	-1 657	-5 827	4 170	-5 458	3 801
Fastighetskostnader	-286 980	-288 568	1 589	-274 942	-12 037
Konsultkostnader	-39 634	-39 537	-97	-36 432	-3 202
Övriga kostnader	-264 691	-247 249	-17 442	-250 213	-14 478
Avskrivningar/finansnetto	-94 987	-96 147	1 160	-91 722	-3 266
Summa Bruttokostnader	-3 612 491	-3 515 688	-96 802	-3 557 927	-54 564
Summa Verksamhetens nettokostnader	-2 171 489	-2 047 091	-124 398	-2 112 538	-58 951

Verksamhet i miljoner kronor, per område	Ack Utfall september 2019	Ack Budget september 2019	Avvikelse utfall mot budget ack sept 2019
Akutvård	-268,3	-258,0	-10,3
Barn- och ungdomsmedicin	-99,2	-91,4	-7,8
Kirurgi	-281,9	-247,2	-34,7
Hud, infektion och medicin	-403,9	-377,6	-26,3
Psykiatri	-175,7	-181,3	5,6
Hjärta, neurologi och rehab	-280,5	-281,6	1,1
Kvinna	-84,4	-75,7	-8,7
Barn och unga vuxna	-79,2	-69,4	-9,8
Ortopedi	-160,6	-143,8	-16,8
Ögon öron	-108,9	-93,6	-15,3
Hälso- och sjukvårdsdirektör	-70,3	-75,2	4,9
Underskott häls-och sjukvård	0,0	-71,2	71,2
Patientsäkerhet	-8,6	-8,3	-0,3
Folktandvård	-32,0	-34,4	2,4
Primärvård	-89,0	-16,3	-72,7
Diagnostik, teknik och service	-29,0	-22,1	-6,9
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	-2171,5	-2047,1	-124,4

Avvikelsen mot budget uppgår till 124,4 Mkr. Huvudsakliga avvikelserna avser intäkter, köpt vård, verksamhetsanknutna tjänster, inhyrd personal och läkemedel. I jämförelse med föregående år blir bilden lite grann annorlunda. Då är avvikelsen 58,9 Mkr och avser främst personalkostnader, fastighetskostnader, sjukvårdsartiklar och övriga kostnader och där främst rep och underhåll av inventarier.

Verksamhetens intäkter

Den negativa avvikelsen mot budget avseende intäkterna avser patientavgifter och andra avgifter. Hela avvikelsen avser huvudsakligen Primärvården.

Verksamhetens bruttokostnader

Bruttokostnaderna för HSN ökade med 1,53 % gentemot föregående år. Huvudsakliga avvikelserna finns inom personalkostnader, fastighetskostnader, sjukvårdsmaterial och övriga kostnader. De övriga kostnaderna ökar mest beroende på service på vår utrustning, men även beroende på att vår nivå för aktivering av anläggning höjts till ett basbelopp varvid en del anskaffning av inventarier nu förs över resultaträkningen direkt istället för som investering och därigenom som en avskrivningskostnad.

Verksamhetens resultat jämfört med budget

Avvikelsen mot budget uppgår till 124,4 Mkr. Huvudsakliga avvikelserna avser intäkter, köpt vård, verksamhetsanknutna tjänster, inhyrd personal och läkemedel.

I resultatet finns upparbetade kostnader på 47 Mkr mot de statliga medel som i regionens resultat ligger i Finansförvaltningen.

Resultatförbättrande åtgärder

Förbättringsåtgärd	Effekt MKR
Minskning inhyrd personal	9,4
Riks & Region vård	11
Vakanshållning, Personalneddragning	10,9
Fenix	5,1
Intäktssäkring	8,0
Minskade inköp och materialhantering	1,7
Läkemedel	10,5
Distansoberoende	2,7
OPUS 2020	1,7
Övrigt ospecificerat	1,0
Total effekt	62,0



2019-10-29

Sekretariatet

Daniel Nilsson

Tfn: 063-14 75 71

E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

HSN/3/2019

Månadsrapport september 2019 HSN

Ärendebeskrivning

Avvikelsen för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppgick i september till 122,4 Mkr.

Största avvikelsen avser verksamhetsnära tjänster och då främst kostnaden för bild och funktionsmedicin samt kostnaden för ambulansflyget. Även läkemedel avviker kraftigt mot budget. September månad hade höga kostnader för Riks & Regionvård. I utfallet finns upparbetade kostnader på 47,0 Mkr som skall bekostas av statliga stimulansmedel och som finns med i Regionens resultat, men då under Finansförvaltningen. Upparbetade kostnader mot statliga stimulansmedel bedöms vara högre på totalen än vad som redovisats, pga en del svårigheter att få med alla delar av kostnaderna i redovisningen mot särskilda objekt. Totalt bedöms att ca 52,0 Mkr av de statliga stimulansmedlen avse HSN.

Sjukfrånvaron var efter september 4,9 % totalt vilket är 0,6 % lägre jämfört med föregående år. Totalt har antalet sjuktimmar minskat med 31000 timmar mot fg år. Tillgängligheten är fortsatt god inom primärvården, medan den fortfarande är låg inom specialistvården.

Produktionen har ökat något inom öppenvården. Produktionen inom slutenvården minskar något, men medelvårdtiden och antalet vård dagar minskar, vilket är positivt.

Regiondirektörens förslag

Månadsrapport september 2019 godkänns.

I tjänsten

Hans Svensson

Regiondirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör

Månadsrapport oktober 2019

Hälso- och sjukvårdsnämnden

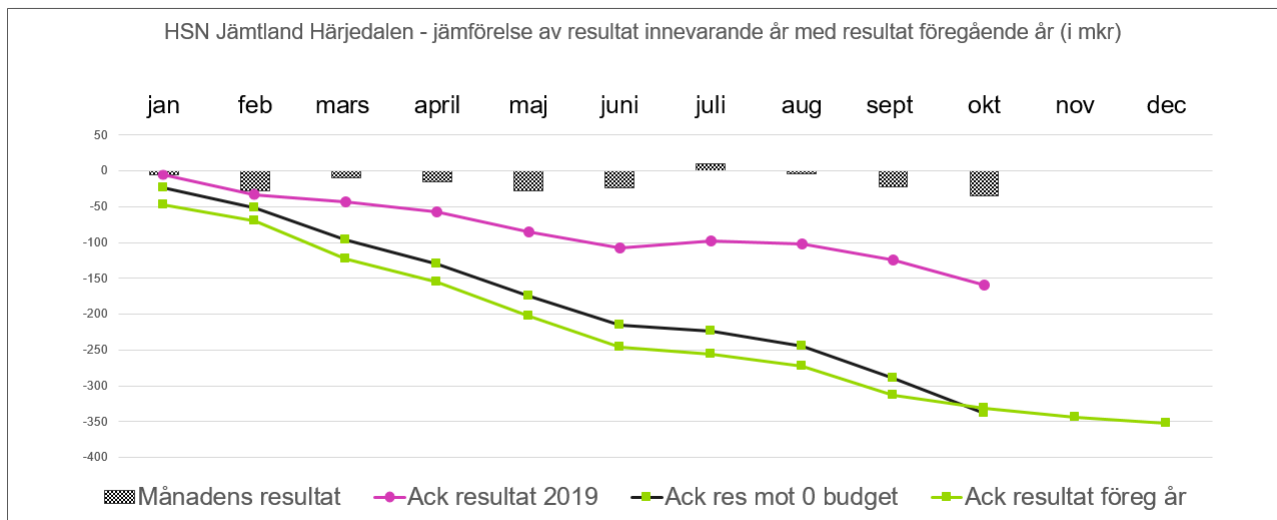
Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Verksamhet.....	5
Väsentliga personalförhållanden	8
Ekonomiskt resultat	11

HSN/3/2019

Beslutad av hälso- och
sjukvårdsnämnden den XX XX XX

Sammanfattning



Ekonomiskt utfall

Månaden gav ett negativt resultat mot budget på 35,3 Mkr, och där de enskilt största avvikelserna hittas i köpt vård 7,2 Mkr, Läkemedel och sjukvårdsmaterial 7,4 Mkr, verksamhetsanknutna tjänster 5,1 Mkr, bemanningskostnader 3,9 Mkr samt material och varor på 3,3 Mkr. Även personalkostnaderna avvek denna månad negativt mot budget med 2,3 Mkr.

Mot föregående år försämrades resultatet med 23,1 Mkr. Den enskilt största avvikelsen finns att hämta i läkemedel och sjukvårdsmaterial som ökat med 11,4 Mkr. Köpt vård ökade med 6,1 Mkr och personalkostnaderna med -6,4 Mkr.

Ackumulerat är nu resultatet minus 159,7 Mkr mot budget och där de kostnader som avviker i stort överensstämmer med avvikelsen på månaden. Mot föregående år är nu nettokostnaden 98,3 Mkr sämre.

I utfallet finns upparbetade kostnader på 59,7 Mkr mot statliga anslag som redovisningsmässigt finns i regionens finansförvaltning.

Verksamhet

År	2017	2018	2019
Läkarbesök	315 139	315 623	319 243
- Män	141 263	141 729	142 490
- Kvinnor	173 876	173 891	176 748
- Kön okänt	0	3	5
Sjukvårdande behandling	427 329	435 467	443 069
- Män	181 297	184 484	188 177
- Kvinnor	246 032	250 963	254 888
- Kön okänt	0	20	4

År	2017	2018	2019
Antal vårdtillfällen	15 962	16 381	16 284
- Män	7 302	7 584	7 555
- Kvinnor	8 660	8 796	8 728
Antal vård dagar	96 323	92 850	89 510
- Män	46 945	45 160	43 706
- Kvinnor	49 378	47 687	45 800
Medelvårdtid	5,1	5,1	4,6
- Män	5,3	5,4	5,0
- Kvinnor	5,0	4,8	4,4
DRGvikt	13 205,6	13 812,7	13 371,0
- Män	6 365,3	6 728,1	6 468,8
- Kvinnor	6 840,3	7 083,7	6 901,1

Verksamhet

Läkarbesöken har ökat med 1,1% och sjukvårdande behandling med 1,7 % jmf 2018. I antal motsvarar detta totalt ca 11 000 besök

Antalet vårdtillfällen i slutenvården är oförändrad jmf tidigare år. Däremot har vårdtiden minskat med ca 3000 och därmed har medelvårdtiden minskat från 5,1 till 4,6 dagar. Medelvårdtidernas minskning beror på att vi långsiktigt arbetat med att förbättra flöden, mer titthålskirurgi och andra arbetssätt. Kommunerna har förbättrat sitt arbetssätt med hemtagning av färdigvårdade patienter vilket också påverkar medelvårdtiden positivt.

Tillgängligheten är fortsatt låg inom slutenvården, både vad gäller första besök och behandling. Totalt för Regiondrivna hälsocentraler ligger tillgängligheten för 0:an (att komma i kontakt med sjukvården via telefon samma dag) på 91 % för september

Totalt för Regiondrivna hälsocentraler ligger tillgängligheten för nybesök för medicinsk bedömning inom tre vardagar till läkare på 97 % för september.

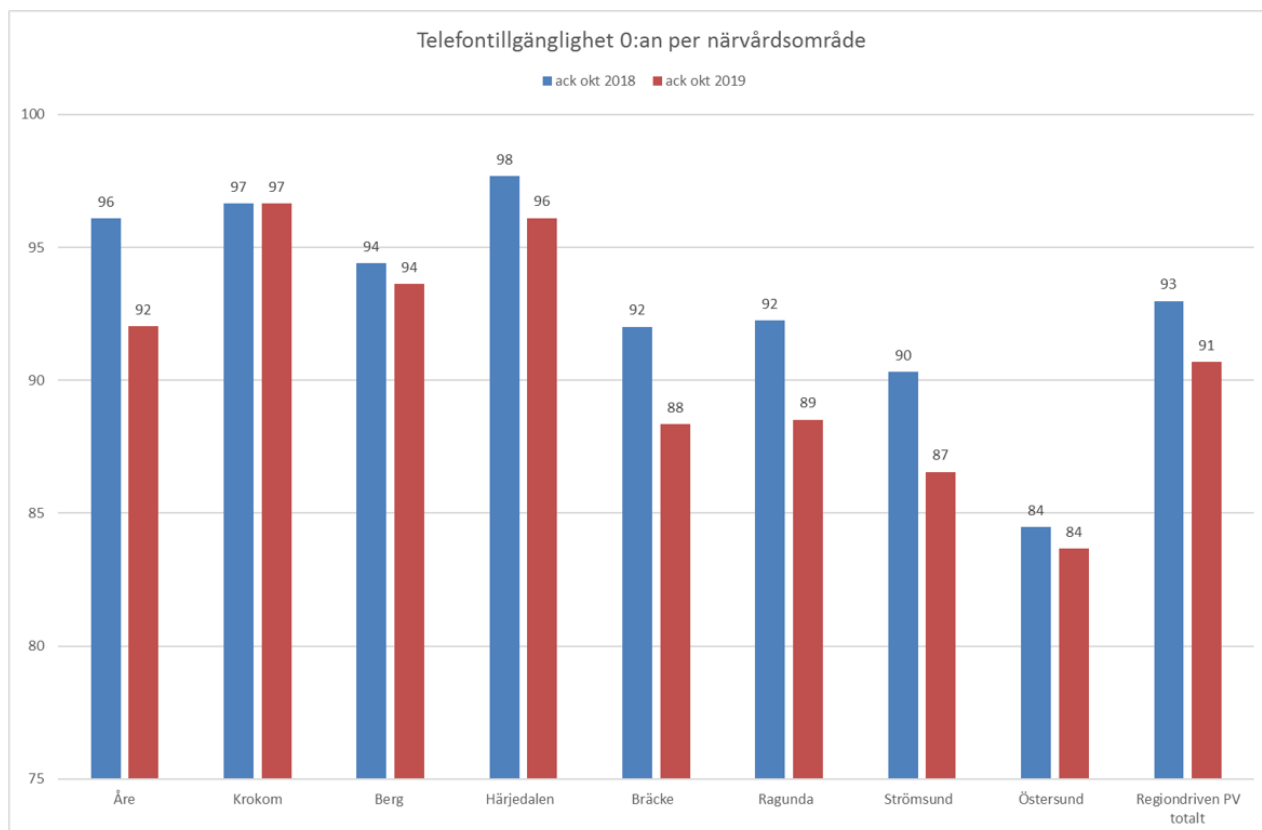
Vård i rimlig tid

Tillgängligheten är fortsatt låg inom slutenvården, både vad gäller första besök och behandling. Totalt för Regiondrivna hälsocentraler ligger tillgängligheten för 0:an (att komma i kontakt med sjukvården via telefon samma dag) på 91 % för oktober

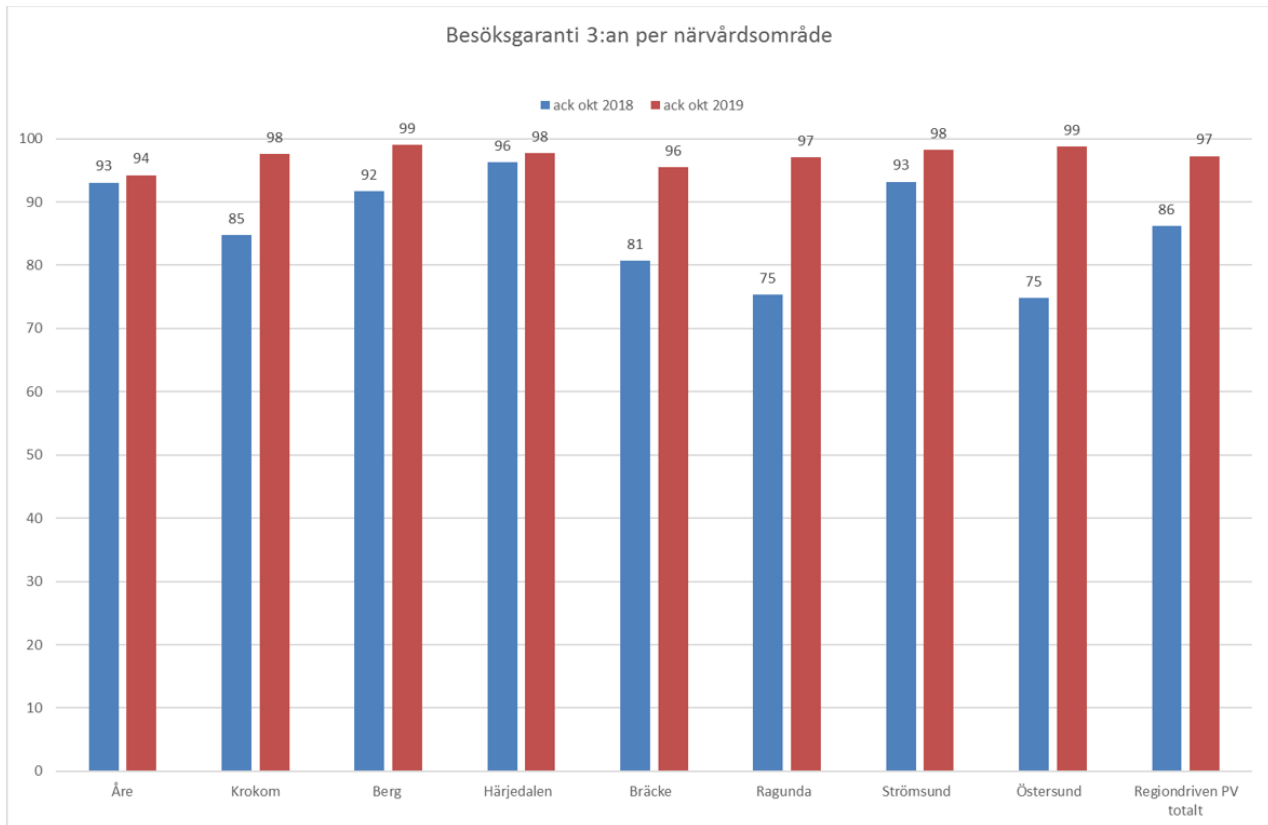
Totalt för Regiondrivna hälsocentraler ligger tillgängligheten för nybesök för medicinsk bedömning inom tre vardagar till läkare på 97 % för oktober

Tillgänglighet till primärvård

Tillgänglighetsgarantin, 0:an

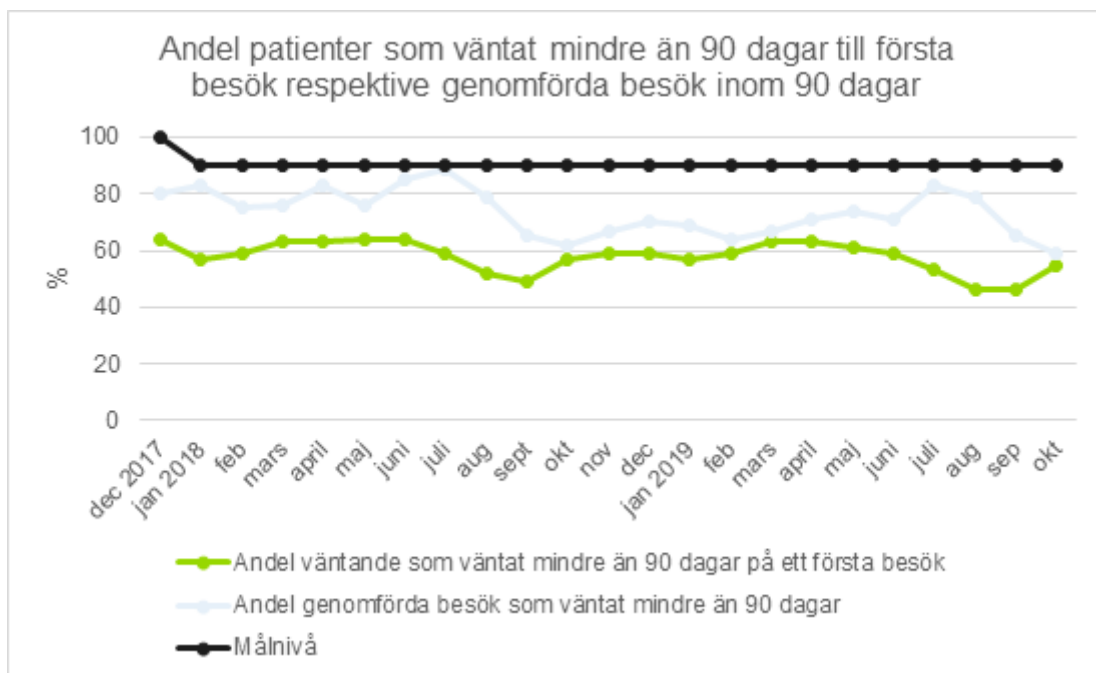


Besöksgarantin 3:an

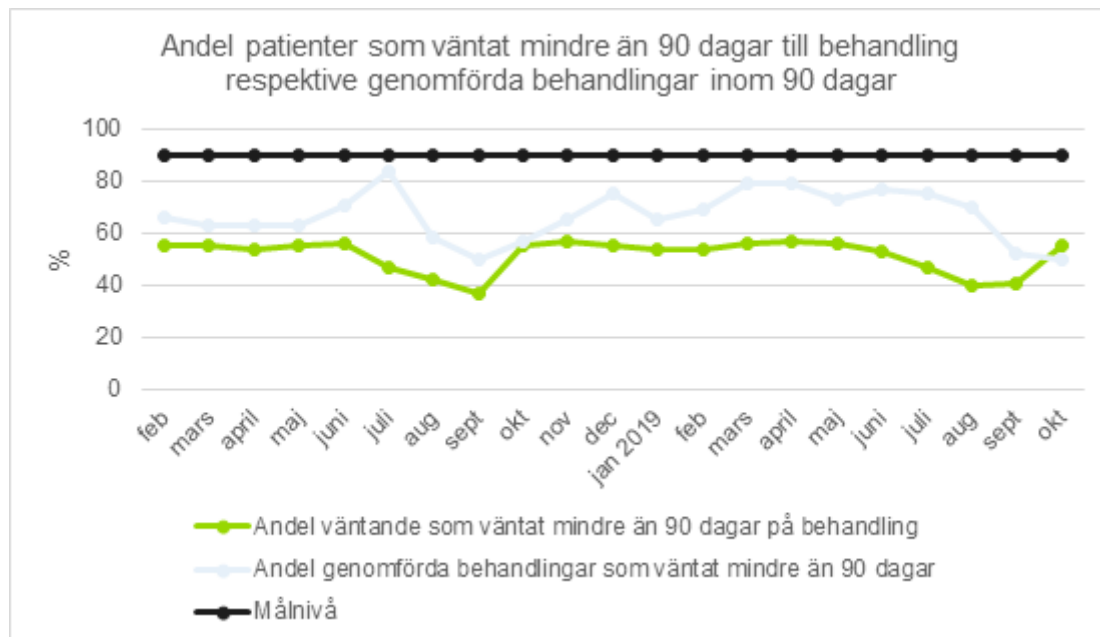


Specialiserad vård – Sjukhuset i Östersund

Första besök inom 90 dagar



Behandling inom 90 dagar



Väsentliga personalförhållanden

Arbete pågår med att anpassa verksamheten till fastställda normtal för slutenvården, och samtidigt genomförs produktions och kapacitetsberäkningar för mottagningsverksamheten.

Även paramedicinska och administrativa stödverksamheter ses igenom för att komma fram till en organisation som är anpassad efter vår ekonomiska kostym.

Antal anställda

Antal månadsavlönade	2016-10-31	2017-10-31	2018-10-31	2019-10-31
Totalt antal anställda	3449	3756	3699	3713
- varav kvinnor	2716	2964	2913	2913
- varav män	733	792	786	800

Kommentar

Ovanstående redovisning visar antalet månadsanställda ack oktober för åren 2016-2019.

Antalet timanställda är inte inräknade i uppgifterna. Osäkerhet i siffermaterialet mellan åren har upptäckts i andra sammanhang. Utredning om eventuella felaktigheter pågår.

Bemanningsföretag

Kostnad bemanningsföretag (tkr)	Jan-okt 2018 i tkr	Jan-okt 2019 i tkr	Förändring i tkr
Läkare	-90575	-84977	5598
Sjuksköterskor	-18273	-15440	2833
Övriga	-1778	-1658	120
Totalt	-110626	-102075	8551

Ange mål per yrkesgrupp för minskning av bemanningsföretag i tusen kronor

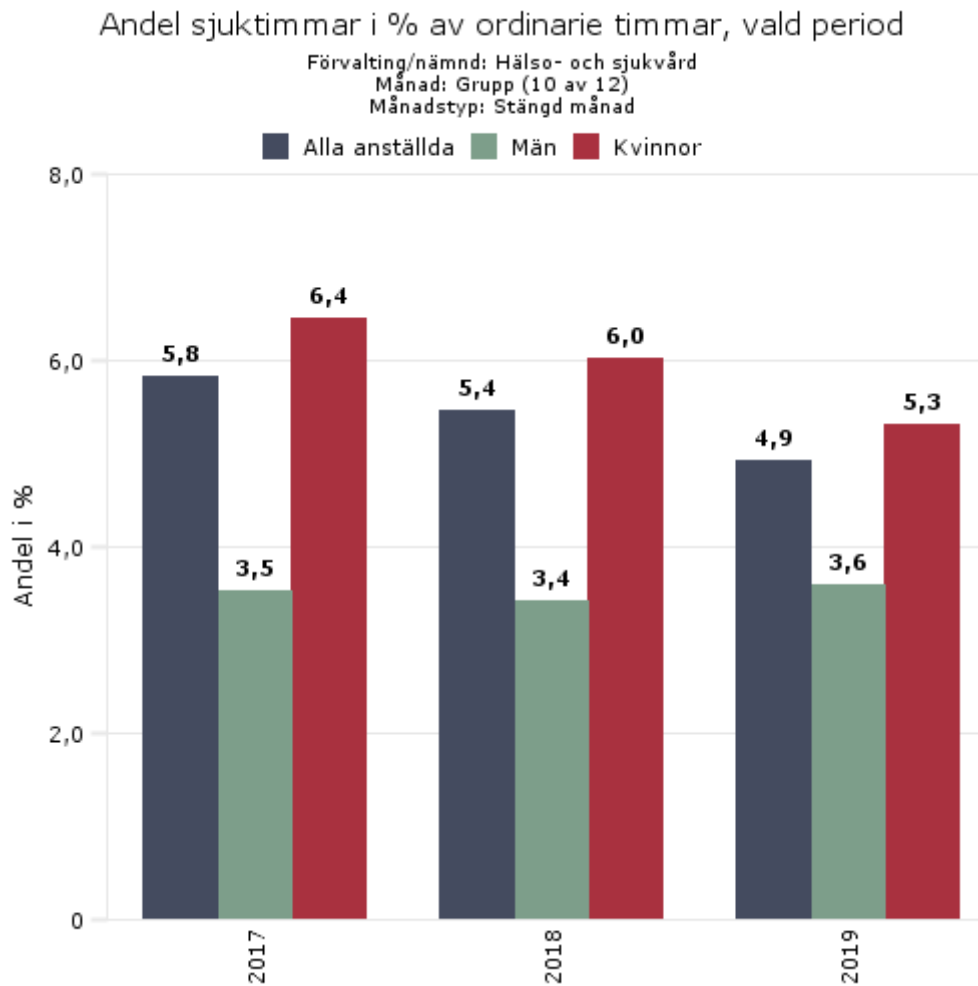
SKR:s målsättning för oberoende av bemanningsföretag ligger på 2 % av personalkostnaden inkl hyrkostnad för respektive yrkeskategori. Region JH har för 2019 satt målet 2 % för Sjuksköterskor och 15 % för läkare. Utfallet ack oktober är för sjuksköterskor 3,06 % och för läkare 15,78%

Åtgärder för att nå målet

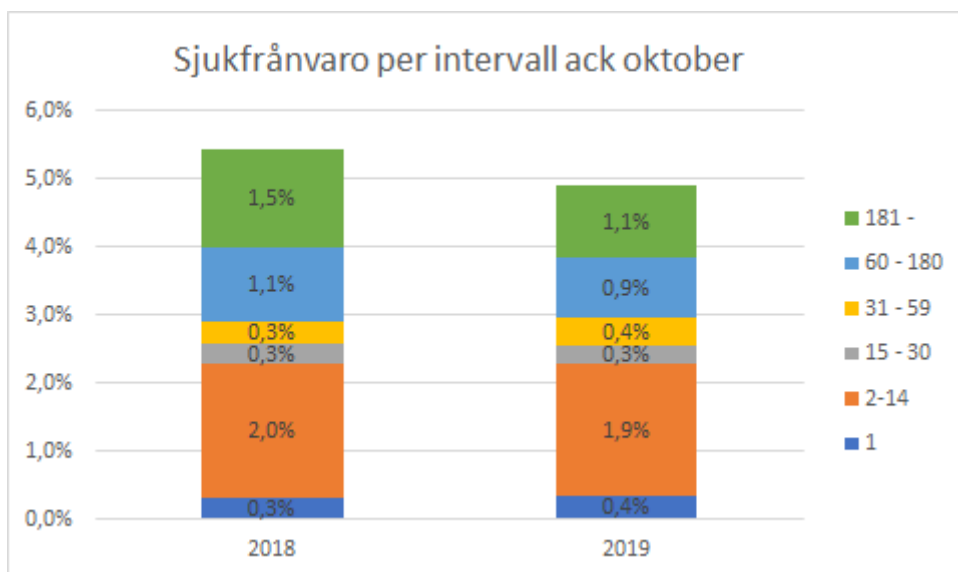
Fortsätta att säkerställa att avrop efter fastställda rutiner.

Sjukfrånvaro - Hälsofrämjande arbete

Sjukfrånvaro - Andel sjuktimmar



Sjukfrånvaro - Antal sjukfall och timmar per intervall



Kommentarer

Fortsatt låg nivå för HSN med en total minskning av sjukfrånvaro med drygt 32 Tusen timmar jämfört med motsvarande

period föregående år.

Huvudsakliga minskningen sker i spannet 60 dagar och uppåt.

Ekonomiskt resultat

Intäkter och kostnader i tkr	Ack utfall	Ack budget	Bud-Utf Diff	Ack utfall fg år	Ack utf- Ack fg år Diff
Patientavgifter	92 810	157 415	-64 605	96 675	-3 865
Försäljning	901 626	859 064	42 562	866 992	34 634
Erhållna bidrag	572 764	580 129	-7 365	622 844	-50 080
Övriga intäkter	33 432	33 783	-351	29 512	3 920
Summa Intäkter	1 600 633	1 630 391	-29 758	1 616 023	-15 390
Personalkostnader	-1 852 373	-1 885 986	33 613	-1 833 158	-19 215
Köpt riks- och regionvård	-298 951	-274 051	-24 900	-304 719	5 768
Köp av verksamhet	-29 095	-19 810	-9 284	-27 787	-1 308
Verksamhetsanknutna tjänster	-324 814	-288 810	-36 004	-314 494	-10 320
Inhyrd personal	-102 075	-76 794	-25 281	-110 625	8 550
Läkemedel	-395 731	-354 033	-41 698	-372 517	-23 215
Sjukvårdsart, övr mat o varor	-278 733	-266 776	-11 957	-268 785	-9 948
Lämnade bidrag	-1 929	-6 482	4 554	-6 257	4 328
Fastighetskostnader	-320 109	-320 001	-108	-304 534	-15 575
Konsultkostnader	-44 713	-43 967	-746	-40 870	-3 843
Övriga kostnader	-294 409	-274 917	-19 492	-279 754	-14 654
Avskrivningar/finansnetto	-105 651	-107 025	1 374	-102 205	-3 447
Summa Bruttokostnader	-4 048 582	-3 918 652	-129 930	-3 965 704	-82 878
Summa Verksamhetens nettokostnader	-2 447 949	-2 288 261	-159 688	-2 349 680	-98 269

Verksamhet i miljoner kronor,			
per område	Ack Utfall oktober 2019	Ack Budget oktober 2019	Avvikelse utfall mot budget okt 2019
Akutvård	-301,3	-287,8	-13,5
Barn- och ungdomsmedicin	-110,6	-101,9	-8,7
Kirurgi	-317,1	-275,3	-41,8
Hud, infektion och medicin	-452,2	-420,3	-31,9
Psykatri	-196,9	-202,0	5,1
Hjärta, neurologi och rehab	-313,7	-313,3	-0,4
Kvinna	-95,6	-84,9	-10,7
Barn och unga vuxna	-89,2	-77,7	-11,5
Ortopedi	-180,6	-161,7	-18,9
Ögon öron	-123,9	-103,9	-20,0
Hälsö- och sjukvårdsdirektör	-80,5	-83,6	3,1
Underskott hälso-och sjukvård	0,0	-78,8	78,8
Patientsäkerhet	-9,6	-9,3	-0,3
Folk tandvård	-36,0	-38,2	2,2
Primärvård	-106,2	-24,9	-81,3
Diagnostik, teknik och service	-34,5	-24,6	-9,9
Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen	-2447,9	-2288,2	-159,7

Verksamhetens intäkter

Den negativa avvikelsen mot budget avseende intäkterna avser patientavgifter och andra avgifter. Hela avvikelsen avser huvudsakligen Primärvården. Avvikelsen är ackumulerat 29,8 Mkr och mot föregående år 15,4 Mkr. Jämförelsen mot föregående år haltar dock något eftersom föregående år innehåller utfördelade statliga satsningar. Exkluderat de statliga satsningarna har intäkterna mot föregående år ökat med 36,6 Mkr.

Verksamhetens bruttokostnader

Bruttokostnaderna har ökat mot föregående år med 2,09 %. Förändring oktober kontra september är 0,56%. Största förändringarna ligger på läkemedel och sjukvårdsmaterial samt på de verksamhetsknutna tjänsterna. Även personalkostnaderna svarar för en förhållandevis stor ökning.

Den köpta vården samt kostnaden för inhyrd personal är de enda som inte ökar.

Verksamhetens resultat jämfört med budget

Akkumulerat är nu resultatet minus 159,7 Mkr mot budget och där de kostnader som avviker i stort överensstämmer med avvikelserna på månaden. Mot föregående år är nu nettokostnaden 98,3 Mkr sämre.

I utfallet finns upparbetade kostnader på 59,7 Mkr mot statliga anslag som redovisningsmässigt finns i regionens finansförvaltning

Resultatförbättrande åtgärder

Förbättringsåtgärd	Effekt MKR
Minskning inhyrd personal	9,3
Riks & Region vård	13,3
Vakanshållning, Personalneddragning	7,4
Fenix	5,8
Intäktssäkring	7,7
Minskade inköp och materialhantering	1,9
Läkemedel	10,7
Distansoberoende	3,3
OPUS 2020	2
Övrigt ospecificerat	2,6
Total effekt	64,0



6

Uppdrag till regiondirektören om
resultatförbättrande åtgärder

HSN/675/2019



2019-11-11

Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen

Ingela Jönsson

Tfn: 063-14 77 62

E-post:

HSN/675/2019

Uppdrag till regiondirektören om resultatförbättrande åtgärder

Ärendebeskrivning

Regiondirektören arbetar med fyra större resultatförbättrande åtgärder (HSN-beslut 2019-06-12 § 62:

- personalminskning med 100 befattningar,
- nedläggning Lättvårdsavdelningen LÄVA,
- utredning av flytt av Remonthagens verksamhet till sjukhuset,
- utredning av närvårdsavdelning Strömsund.

Nuläge för alla fyra åtgärderna rapporterades till HSN i september.

Vid HSNs möte i oktober redovisades att beslut om nedläggning av Lättvårdsavdelningen är fattat och nuläget i arbetet med personalminskning 100 befattningar beskrevs.

Utredningen av flytt av Remonthagens verksamhet till sjukhuset redovisas i eget ärende vid dagens möte.

Utredningen av närvårdsavdelningen Strömsund är ännu inte klar, diskussioner med Strömsunds kommun pågår.

Med anledning av Regionstyrelsens beslut 2019-09-25 § 151 beslutade HSN 2019-10-24, §97 om ytterligare tre åtgärder:

- alla behovsanalyser överprövas inför anställningar
- ytterligare skärpa bemanningsnormerna för vårdavdelningarna och skapa bemanningsnormer för mottagningarna,
- genomlysning av administrativa tjänster inom hälso- och sjukvården är genomförd och rapport föreligger,

Vid nämndens möte i oktober fick regiondirektören också uppdrag att beräkna ekonomisk effekt 2019, och helårseffekt av de tre nya åtgärderna och redovisa ytterligare åtgärder för att minska personalkostnaderna för att minimera budgetunderskottet. Regiondirektören fick också i uppdrag att vidta åtgärder för att öka tillgängligheten så att stimulansmedel från kömiljarden kan erhållas.

Överprövningen av behovsanalyser fortsätter som tidigare varje vecka. Den ger inga stora direkt personalminskningar, men garanterar att uppdraget med 100 färre befattningar kan verkställas. Dessutom ger det möjligheter att ytterligare styra samverkan mellan områdena och identifiera förbättringsbehov i olika enheters arbetssätt kring behovsanalyser/rekrytering.

Genomgång av bemanningsnormerna har skett och rapport föreligger som kommer att redovisas för HSN i december när åtgärder med anledning av rapporten hunnit analyseras. Former för uppföljning av efterlevnad av redan beslutade bemanningsnormer har utarbetats och ekonomisk effekt mellan nuläge och 100%ig efterlevnad av bemanningsnormerna har beräknats till 18,6 mkr för **helår** totalt för slutenvårdsavdelningarna.

Genomlysningen av administrativa tjänster inom hälso- och sjukvården är genomförd och rapport finns som kommer att redovisas för HSN i december, när åtgärder med anledning av rapporten hunnit analyseras.

Åtgärder för att öka tillgängligheten så att stimulansmedlen från kömiljarden kan erhållas redovisas i särskilt ärende vid dagens möte.

Regiondirektörens förslag

Regiondirektörens information om vidtagna och pågående åtgärder noteras.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Planeringschef

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.



7

Rapport om det ekonomiska läget

HSN/1333/2019



2019-11-12

Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post:

HSN/1333/2019

Rapport om det ekonomiska läget

Ärendebeskrivning

Vid Regionstyrelsens sammanträde 2019-11-06 lämnade Hälso- och sjukvårdsnämnden en muntlig rapport om vilka beslut nämnden fattat med anledning av månadsrapporterna, uppdragen till Regiondirektören kring resultatförbättrande åtgärder och andra beslut där nämnden agerat utifrån det ekonomiska läget.

Regionstyrelsen beslutade utifrån den rapporten att "Regionstyrelsen har tagit del av Hälso- och sjukvårdsnämndens muntliga rapport, ställt frågor, och fått svar. Hälso- och sjukvårdsnämnden får till nästa sammanträde med Regionstyrelsen inkomma med skriftlig rapport som svarar på frågan om underskottet kan återställs till i nivå med budgeten och om så vilka åtgärder som kommer vidtas."

Hälso- och sjukvårdsnämnden redovisar härmed skriftligt den information som Regionstyrelsen fick 2019-11-06 och avslutar sin skriftliga förklaring med reflektioner kring det svåra ekonomiska läget.

Regiondirektörens förslag

1. Den skriftliga rapporten till Regionstyrelsen godkänns och överlämnas.
2. HSNs presidium får i uppdrag att tillsammans med Regiondirektören se över tidplanerna för månadsrapporter och tertial/delårsbokslut med nämndens sammanträdeskalender så att snabbare ekonomisk rapportering kan ske till nämnden.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Planeringschef

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

Regionstyrelsens begäran om skriftlig förklaring om ekonomiskt resultat från HSN

Bakgrund

Vid Regionstyrelsens sammanträde 2019-11-06 lämnade Hälso- och sjukvårdsnämnden en muntlig rapport om vilka beslut nämnden fattat med anledning av månadsrapporterna, uppdragen till Regiondirektören kring resultatförbättrande åtgärder och andra beslut där nämnden agerat utifrån det ekonomiska läget.

Regionstyrelsen beslutade utifrån den rapporten att "Regionstyrelsen har tagit del av Hälso- och sjukvårdsnämndens muntliga rapport, ställt frågor, och fått svar. Hälso- och sjukvårdsnämnden får till nästa sammanträde med Regionstyrelsen inkomma med skriftlig rapport som svarar på frågan om underskottet kan återställs till i nivå med budgeten och om så vilka åtgärder som kommer vidtas."

Hälso- och sjukvårdsnämnden redovisar härmed skriftligt den information som Regionstyrelsen fick 2019-11-06 och avslutar sin skriftliga förklaring med reflektioner kring det svåra ekonomiska läget.

Redovisning av Hälso- och sjukvårdsnämndens ageranden hittills under året med anledning av redovisat ekonomiskt resultat

Hälso- och sjukvårdsnämnden agerade redan i april §27 när månadsrapport efter februari 2019 presenterade ett budgetunderskott på 30 miljoner kronor. Regiondirektören fick då i uppdrag att omedelbart göra åtgärder för att komma tillrätta med underskott mot budget samt att återredovisa åtgärderna vid kommande möten med nämnden, för att kunna nå budget.

När nämnden i maj §48 tog del av månadsrapport efter mars med ett budgetunderskott på 43 miljoner kronor beslutades att Regiondirektören får i uppdrag att vid nästa nämnd informera om vilka åtgärder som kommer vidtas för att nå effekt och nå budget, enligt regionplan 2019, gällande förbättringsåtgärder. Nämnden gjorde då också medskicket att de konsekvensanalyser som tas fram i samband med MBL-förhandlingar angående varsel och personalreduceringar löpande ska delges Hälso- och sjukvårdsnämndens ledamöter. Statsbidragens påverkan på underskotten skulle också tydliggöras i redovisningen. Dessa ska redovisas gällande både generella och riktade statsbidrag.

Vid nämndens möte i juni §61 presenterades tertiärrapport per april, då var underskottet 57 miljoner kronor. Tertiärrapporten redovisade resultatförbättrande åtgärder värda 26 miljoner. Hälso- och sjukvårdsnämnden gav Regiondirektören i uppdrag att tillsammans med berörd områdeschef till nästa nämnd redovisa ekonomiska åtgärdsplaner för de områden som avviker från budget. I september §78 rapporterade HIM och HNR sina åtgärdsplaner och i oktober §96 rapporterade Primärvården sina åtgärdsplaner. Hälso- och

sjukvårdsnämnden reagerade på rapporten i september med att besluta: Åtterrapporteringen om ekonomisk åtgärdsplan för område HIM ger förvånansvärt lite. Ett prognostiserat underskott om 21,6 miljoner för de första åtta månaderna rapporteras, men inget konkret om ytterligare åtgärder, mer en from förhoppning om att de åtgärder som redan införts ska ge ytterligare resultat. När ekonomiska underskott når nivåer som område HIM nu nått sprider sig en hopplöshetskänsla snabbt. Verksamhet, ekonomi och åtgärder måste hållas på en begriplig nivå. Den lägsta nivån i Regionen är enhetsnivån. För att underlätta för verksamheten att fatta konkreta ekonomiska beslut samt för att ge hälso- och sjukvårdsnämnden redskap att fatta relevanta beslut måste underlagen bli bättre. Ytterligare fördjupning i område HIM måste till. Redovisningen för område HIM behöver göras på enhets/enhetschefsnivå med en tydlig redovisning om hur mycket respektive enhet "blöder" ekonomiskt per dag eller vecka. Denna fördjupade utredning införs snarast, dock senast med start från 1 januari 2020."

Vid nämndens möte i Juni §62 presenterade Regiondirektören följande åtgärder inom sitt beslutsmandat som nämnden ställde sig bakom:

- Nedläggning av Lättvårdsenheten (LÅVA).
- Neddragning av 50 befattningar från 1 oktober 2019
- Minskning med ytterligare 50 befattningar från 1 januari 2020.
- Utredning om flytt av Remonthagens verksamhet till sjukhuset.

Nämnde gav då också Regiondirektören i uppdrag att göra en utredning om formerna för Närvårdsavdelningen i Strömsund, och att till nästa nämnd redogöra kostnadsminskningarna för respektive förslagna åtgärder samt tidsplan.

Nämnden hade inget möte i augusti. I september presenterades månadsrapporten för juni där underskott mot budget konstaterades med 108 miljoner kronor som ska reduceras med 37 miljoner av statliga stimulansmedel som bokförs centralt, dvs ett budgetunderskott på 71 miljoner kronor. Regionens totala årsprognos efter junirapporten är oförändrad, dvs enligt budget. Nämnden var inte nöjd med månadsrapportens utformning varför presidiet fick i uppdrag att i dialog med regiondirektören utveckla månadsrapporten.

I september §79 redovisade Regiondirektören nuläge och tidplaner för åtgärderna i junibeslutet om resultatförbättrande åtgärder.

Vid mötet i oktober fick nämnden delårsrapporten med resultat efter augusti. Där konstateras att den ekonomiska avvikelsen mot budget och föregående år planar ut något. För perioden sedan senaste rapporten, juni, har HSN ett positivt resultat på 6 miljoner kronor, dvs avvikelsen mot budget uppgår ackumulerat efter augusti 2019 till -102 miljoner kronor, och totalt bedömdes ca 55 miljoner kronor av de statliga stimulansmedlen avse HSN, dvs budgetunderskottet har minskat till 57 miljoner kronor.

I oktober beslutade nämnden §97 om ytterligare resultatförbättrande åtgärder då också mot regionstyrelsens beslut från september:

- Alla behovsanalyser inför anställningar överprövas. Överprövningen innebär att alla behovsanalyser nu bedöms av Hälso- och sjukvårdsdirektör/Regiondirektör en-två gånger i veckan. Detta för att ställa ytterligare krav på samverkan mellan områdena innan rekrytering beviljas.

- Ytterligare skärpning av bemanningsnormerna för vårdavdelningarna och skapa bemanningsnormer för mottagningarna. Detta är grund för nollbasbudgeteringen som också pågår inför 2020.
- Genomlysning av administrativa tjänster inom hälso- och sjukvården är genomförd och rapport föreligger, men resultatet har ännu inte hunnit analyseras så ställning kan inte tas nu kring vilka åtgärder som kan genomföras

Nämnden gav Regiondirektören i uppdrag att nämndens nästa möte beräkna ekonomisk effekt 2019 och helårseffekt av de tre nya åtgärderna och redovisa ytterligare åtgärder för att minska personalkostnaderna för att minimera budgetunderskottet. Regiondirektören får också i uppdrag att vidta åtgärder för att öka tillgängligheten så att stimulansmedel från kömiljarden kan erhållas.

Hälso- och sjukvårdsnämndens analys av ovanstående beskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden konstaterar att det är mycket olyckligt att nämndens sammanträden under 2019 har legat så att de ekonomiska rapporterna har kommit sent till nämnden. T ex behandlades junirapporten 19 september och delårsbokslutet efter augusti 24 oktober. Trots detta anser Hälso- och sjukvårdsnämnden att den agerade snabbt med krav på åtgärder redan i april, dvs när februarieresultatet var känt.

Nämnden har tillsammans med Regiondirektören agerat genom effektiviseringsåtgärder och att arbeta med ledning och styrningsfrågor t ex produktions- och kapacitetsplanering samt med genomlysningar för ökad detaljkunskap.

Nämnden känner ett stort ansvar att kunna leverera en hälso- och sjukvård av god kvalitet som är jämförbar med riket i övrigt till medborgare och besökare, varför inga verksamhetsnedläggningar eller utbudsbegränsningar har föreslagits.

Nämnden konstaterar att de åtgärderna inte varit tillräckliga. Nämnden konstaterar också att implementeringen av åtgärder tar längre tid än önskvärt. Vidare ökar vissa mer eller mindre opåverkbara kostnader såsom läkemedel, utomläns- och regionvård. Under hösten har nämnden som framgår ovan gett uppdrag till regiondirektören att vidta ytterligare åtgärder. Dessa tillsammans med att nämnden oförtrutet arbetar vidare på att hitta effektiviseringar och bättre ledning och styrning kommer ge effekt under 2020



8

Hälso- och sjukvårdens organisation ur
lednings- och styrningsperspektiv

HSN/1300/2019



Tjänsteskrivelse

(Hälso- och
sjukvårdsnämnden)

2019-11-04

Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen

Ingela Jönsson

Tfn: 063-14 77 62

E-post:

HSN/1300/2019

Hälso- och sjukvårdens organisation ur lednings- och styrningsperspektiv

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sin verksamhetsplan 2019 ett mål om att chefer ska ha goda förutsättningar att utöva engagerande och ansvarstagande chef- och ledarskap. Det ska mätas med arbetsmiljöenkätens fråga: "Jag hinner avsluta mina arbetsuppgifter på det sätt som planerats" Målvärde 3,85. I delårsbokslutet 2019 redovisas resultatet 3,83.

Det finns också ett annat mål i Regionstyrelsens verksamhetsplan: "Region Jämtland Härjedalen ska ha ett utvecklingsinriktat chefsutvecklingsprogram med fokus på stödjande, tillgängligt och coachande förhållningssätt" Det ska mätas med arbetsmiljöenkätens fråga: "Jag får stöd/handledning från min närmsta chef då jag behöver det" Målvärde är 4,5. I delårsbokslutet 2019 redovisas resultatet 4,44.

Under hösten 2016 genomfördes en enkätundersökning av chefers förutsättningar och med det som grund togs en handlingsplan fram under 2017.

Hälso- och sjukvårdsnämnden noterar att under 2018 och 2019 har hälso- och sjukvården inte kunnat verkställa beslut i den takt som Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden förväntat sig.

Hälso- och sjukvårdsnämnden vill att en utredning ska göras som beskriver nuvarande organisering med områdeschefer, verksamhetschefer, enhetschefer samt biträdande chefer med varierade mandat och uppdrag. Beskrivningen ska också redovisa chefers förutsättningar när det gäller antal underställda medarbetare och administrativt stöd. Är olikheter motiverade eller behöver finns behov av justeringar? Utredningen bör också redovisa nuläget när det gäller handlingsplanen för chefers förutsättningar.

Hälso och sjukvårdsledningen är stor och det medför utmaningar i förmågan till ledning, styrning och genomförandet av nödvändiga förändringar. För att få en större kraft att leda och driva verksamheten framåt bör nuvarande organisering ses

över och anpassas för att öka förmågan till genomförande genom ett närvarande ledarskap med kraft att skapa nödvändiga förändringar, dvs en effektiv ledning och styrning.

Hälso- och sjukvårdsnämnden är medveten om att hur ledning och styrning under Regiondirektören organiseras främst är en fråga för Regiondirektören, och organisationen under Hälso- och sjukvårdsdirektören är en fråga som Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar om. Men det är viktigt för Hälso- och sjukvårdsnämnden att förstå förutsättningarna för ledning och styrning inom sitt ansvarsområde. När nu ny Hälso- och sjukvårdsdirektör är på plats ber Hälso- och sjukvårdsnämnden att Hälso- och sjukvårdsdirektören ansvarar för ovan beskrivna utredning och beskriver sin syn på hur en effektivare ledning och styrning i kombination med chefers förutsättningar på alla nivåer kan skapas.

Regiondirektörens förslag

Regiondirektören får i uppdrag att genomföra en utredning kring Hälso- och sjukvårdens organisation ur lednings- och styrningsperspektiv

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Maria Söderkvist
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.



9

Utredning om flytt av Remonthagens
verksamhet

HSN/760/2019

2019-11-11

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

HSN/760/2019

Utredning om flytt av remonthagens verksamhet

Ärendebeskrivning

Vid hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 12 juni 2019, §62, presenterade regiondirektören ett antal resultatförbättrande åtgärder. En av åtgärderna som presenterades var ett förslag om utredning rörande flytt av Remonthagens verksamhet till sjukhuset.

Under hösten 2019 har utrett möjligheten att flytta remonthagens verksamheter till Östersunds sjukhus. Vid en flytt till sjukhuset kan café- och labverksamhet stängas vilket inte kommer ge någon kostnadsminskning utifrån att omkostnader vid befintligt lab är billigare i egen regi. Sjukresekostnader kommer att minska men viss del kvarstår då patienter behöver resa till Remonthagen för bassängträning. Om Remonthagens verksamheter flyttas till sjukhuset behöver lokaler anpassas och dessa kostnader har inte utredningen beaktat. Utredningen visar att det är kostnadseffektivt att tre mottagningar och en avdelning samnyttjar befintliga rehablokaler. Samverkansfördelar gällande godstransporter, andra kliniker och samarbetspartners ses som positiva vid en flytt dock överträffar inte dessa de nackdelar som ses utifrån patienten och ett ekonomiskt perspektiv.

Sammanfattningsvis pekar utredningen på att en flytt av remonthagens verksamheter till Östersunds sjukhus inte skulle generera någon vinst eller större kostnadsminskningar. Däremot finns det effektiviseringar att göra inom lokalnyttjandet på Remonthagen som kan möjliggöra inflyttning av ytterligare verksamheter.

Regiondirektörens förslag

Regiondirektörens rapport om flytt av remonthagens verksamhet noteras till protokollet.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Chef
Verksamhetsområde/Ledningsstab

Utdrag till

Hälso- och sjukvårdsdirektör



Utredning flytt av Remonthagens verksamheter till sjukhuset

Beskrivning av Remonthagens verksamheter

På Östersunds Rehabcentrum, Remonthagen ligger Reumatologenheten, Smärtenheten, Öppenvårdsrehabiliteringen, och Rehabiliteringsavdelningen. Neurologen har MS- och Parkinsonmottagning i lokalerna två dagar per vecka. Verksamheten bedrivs genom individuella besök, teambesök och gruppverksamhet där yrkeskategorierna arbetar teambaserat kring patienterna. Stora delar av lokalerna är gemensamma och delas framför allt av paramedicinare. Bassängen och träningshallarna hyrs även ut till patientföreningar dagligen de tider lokalerna inte nyttjas av verksamheten. Vilket innebär friskvård istället för sjukvård. Att Rehabverksamhet är belägen utanför sjukhusområdet med närhet till naturen är positivt för rehabprocessen och minskar risken för hospitalisering.

Patientfakta

Tabell 1. Reumatologenheten-2018

Antal patienter	Antal besök Ny/Åb	Antal sjukvårdande behandlingar
1 808	11 564	4 162

Tabell 2. Smärtenheten-2018

Antal patienter	Antal besök Ny/Åb	Antal sjukvårdande behandlingar
409	2 167	1 297

Tabell 3. Rehabilitering slutenvård-2018

Antal patienter	Antal inskrivna	Vårddagar	Medelvårdtid	Beläggning	Antal sängplatser
191	209	5 750	29,5	79,5%	22

Tabell 4. Rehabilitering öppenvård-2018

Antal patienter	Antal besök	Antal sjukvårdande behandlingar	Antal besök bad	Antal patienter bad
858	9 554	5 507	3 064	235

Personal och Lokalbehov

Gemensamma lokaler

De gemensamma lokalerna nyttjas av alla fyra verksamheter på Remonthagen samt av patientföreningar. Det finns behov av enskilda utrymmen där patienter med kognitiva nedsättningar kan träna och det är också viktigt att utrymmena är stora nog för att rymma rullstolar, personliga assistenter mm.

Tabell 5. Behov av gemensamma lokaler utifrån dagens verksamhet

Lokal	Antal rum		Kommentar
Café	1		
Konferensrum	6		
Reception	1		
Väntrum	1		
Förråd	Flertal		Förutom ordinarie förrådsyta behövs förvaring av större utrustning såsom tippbrädor och träningsmaterial.
Bibliotek	1		
Sällskapsrum	1		
Personalmatsal	7		
Omklädningsrum personal	1		
Omklädningsrum patienter dam/herr	2		
Övernattningsrum/dagvila, patient	5 Rum 11 sängar		För öppenvård rehab/smärt/reumatologi
Studentarbetsplatser	1 För alla yrkesgrupper		Behov av flera
Arbetsterapeuter			
Träningskök	2		
Ortosrum	1		
Handträningsrum	1		
Rullstolsrum	1		
Aktivitetslandskap	1		
Kognitionsrum	1		
Träningssovrums	1		
Träningstoalett	1		
Materialrum/hjälpmiddelsrum	1		
Britsrum	1		
Snickeri	1		
Tvättstuga	1		
Vardagsrum	1		
Fysioterapeuter/Sjukgymnaster			
Träningshall, stor	1		Med plats för träningsutrustning
Träningshall, liten	1		

Britsrum	1		
Undersökningsrum	4		
Rehabiliteringsbassäng	1		
Trapp för träning	1		
Gymnastiksal	1		Fri golvyta med plats för grupp gymnastik med 10 deltagare
Medicintekniskt förråd	1		Med bl a Laser, EKG-apparat
Logopeder			
Rum för FUS-undersökning	1		Finns i öppenvårdens lokaler
Psykologer			
Testrum	1		
Kuratorer			
Samtalsrum	1		

Reumatologimottagningen

Reumatologimottagningen är en specialistklinik för utredning, vård och behandling av patienter med säkerställd eller misstänkt reumatisk inflammatorisk sjukdom.

Här arbetar sju olika yrkeskategorier i team för att förbättra livet för länets invånare med ledsjukdomar. Det är läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kurator, biomedicinska analytiker samt medicinska sekreterare

Tabell 6. Personal och behov av lokaler för Reumatologenheten

Yrkeskategori	Antal	Antal rum	Kommentar
Medicinska sekreterare	5	1 enkelrum och 2 dubbelrum	
Sjuksköterskor	4	2 undersökningsrum 2 telefonrum	
Biomedicinsk analytiker	1	Provtagningsrum Analysrum	
Läkare	6	7-8 undersökningsrum 4 exp	
Sjukgymnaster	2	1 exp	
Arbetsterapeuter	1	1 exp	
Kurator	1	1 exp	
Assistent	1	Enkelrum	Delas med smärt
Chef	1	Enkelrum	Med möjlighet till enskilda samtal. Delas med smärt
Behandlingsrum			
Infusionsrum	3 sängar	1	Mathantering utförs

	2 vilstolar	1 patienttoalett	
Medicinrum	1		

Smärtenheten

På Smärtenheten bedöms och behandlas patienter över 18 år som har långvarig godartad smärta. Inom verksamheten finns dels en Smärtmottagning dels en Smärtrehabilitering. Smärtmottagningen arbetar i huvudsak med medicinska åtgärder mot smärta i syfte att öka funktion och livskvalitet. Smärtrehabiliteringen erbjuder KBT-baserat behandlingsprogram i syfte att uppnå beteendeförändring/funktionsstödande strategier för ökad livskvalitet. Det utförs även Arbetsförmågebedömningar på uppdrag av försäkringskassan.

Tabell 7. Personal och behov av lokaler för smärtenheten

Yrkeskategori	Antal	Antal rum	Kommentar
Medicinska sekreterare	1	1 exp	
Sjuksköterskor	2	1 exp 2 undersökningsrum	
Läkare	2-3	2 exp 2-3 undersökningsrum	
Sjukgymnaster	2	2 exp	
Arbetsterapeuter	1	1 exp	
Kurator	1	1 exp	
Psykolog	2	2 exp	enkelrum med möjlighet till behandling på rummet
Assistenter	1		Delas med reumatologen
Chef	1		Delas med reumatologen
Totalt	13		

Öppenvård rehabilitering

Enheten ansvarar för att fullgöra Regionens sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende; medicinsk behandling och rehabilitering inom stroke/hjärnskade- och ortopedisk/neurologisk rehabilitering. Verksamheten bedrivs genom en öppenvårdsmottagning med individuella besök, teambesök och gruppverksamhet där yrkeskategorierna arbetar teambaserat kring patienterna. Patienterna har möjlighet till vila under dagen eller att övernatta i ett rum på patienthotellet beläget i samma hus. Att

patienterna kan övernatta möjliggör intensiv rehabilitering även för de patienter som har långt att resa. Insatserna är personcentrerade utifrån patientens behov.

Tabell 8. Personal och behov av lokaler för Öppenvårdsrehabiliteringen

Yrkeskategori	Antal	Antal rum	Kommentar
Läkare	3	2 exp 3 undersökningsrum	
Medicinska sekreterare	2	2 exp	Resurser samordnas med slutenvården
Logoped	2	2 exp	Logopedresurs samordnas med slutenvården. Enkelrum med möjlighet till behandling på rummet
Neuropsykologer	4-5	5 exp	Neuropsykologresurs samordnas med slutenvården. Enkelrum med möjlighet till behandling på rummet
Sjukgymnaster	4	3 exp	
Arbeterapeuter	4	2 exp	
Kurator	2	2 exp	Kuratorsresurs samordnas med slutenvården.
Sjuksköterska/koordinator	1	1 exp	Enkelrum med möjlighet till behandling på rummet
Assistent	1		Delas med rehabavdelningen
Chef	1	1 enkelrum	Med möjlighet till enskilda samtal
Totalt	23		

Rehabiliteringsavdelningen

Enheten ansvarar för att fullgöra Regionens sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende; Rehabilitering av främst patienter med stroke- och hjärnskada samt neurologiska sjukdomar och ortopedisk skada. Avdelning har 22 ordinarie vårdplatser fördelade på två team varav 4 platser är reserverade för återkommande träningsperioder framför allt för kroniskt sjuka patienter tex MS och Parkinson.

Tabell 9. Personal och behov av lokaler för Rehabiliteringsavdelningen

Yrkeskategori	Antal	Antal rum	Kommentar
Läkare	3	2 exp	
Sjuksköterskor	12	2 exp	
Undersköterskor	14	2 exp	
Arbeterapeuter	5	3 exp	
Sjukgymnaster	5	3 exp	

Kurator	1	1 exp	
Logoped	2	2 exp	Logoped samordnas med slutenvården. Enkelrum med möjlighet till behandling på rummet
Neuropsykolog	1		Neuropsykologresurs samordnas med öppenvården
Sekreterare	2	1 exp	Resurser samordnas med öppenvården
Rehabassistenter	3	1 exp	Resurser samordnas med öppenvården. Där en arbetar med bassängverksamhet
Köksbiträden	3	1 exp	Varav en i Caféet
Assistent	1	1 enkelrum	Delas med öppenvården
Chef	1	1 enkelrum	Med möjlighet till enskilda samtal
Patientlokaler		Antal rum	Kommentar
Patientrum		16	
Patienttoalett		16	
Matsal		2 (den stora matsalen är utanför avdelningen)	De patienter som inte kan sitta i den *stora matsalen pga kognitiva problem och hjärntrötthet placeras i den mindre matsalen
Allrum		2	
Övriga lokaler		Antal rum	Kommentar
Läkarexp		1	
Linnéförråd		1	
Ren utrustning		2	
Tvättstuga		1	
Medicinrum		1	
Hjälpmedelsförråd		1	
Rullstolsförråd		1	
Sköljrum		1	
Personaltoalett		2	
Duschrum		1	Utrymme för duschbår

Fördelar och nackdelar med en flytt av verksamheterna till sjukhuset

Fördelar	Risker
Bemanning och kompetens – samordning/samarbete om rehabavdelningen ligger i direkt anslutning till strokeenheten där 50% av patienterna kommer ifrån	Risk att yrkeskategorier splittras upp på olika enheter. Spetskompetens förloras. Risk att personalen ska täcka i akutsjukvården
Rehabilitering kan påbörjas snabbare för mer svårt sjuka patienter	Att vpl riskeras att beläggas av akutsjukvårdens patienter och rehabpatienter trängs undan
Minskade sjukresekostnader mellan sjukhuset och Remonthagen	
Närhet till läkare dygnet runt	Ökat uppdrag för medicinläkare
Kostnadsminskning gällande café, lab	Ökat uppdrag för lab på sjukhuset
	Samordning av rehablokaler för Reuma, Smärt och Rehab ej möjligt på sjukhuset.
	Ett särande på paramedicinsk personals arbetslokaler från övrig mottagningsverksamhet riskerar att klart försämra team-samarbetet som idag är mycket välfungerande.
	Gällande utnyttjande av träningshall och gymnastiksal skulle en samordning med befintliga lokaler på sjukhuset leda till en klar försämring med tanke på dagens placering av befintlig träningshall, eftersom placeringen av ny reumatologimottagning sannolikt inte kommer att finnas i anslutning till denna
	Sjukhuset har en svårtillgänglig utomhusmiljö.
	Omfattande forskning har påvisat att miljön har avgörande betydelse för utfallet vid hjärnskaderehabilitering och risk finns att kvalitén på rehabiliteringen därför försämras.
	Svårighet att tillgodose behovet av ändamålsenliga lokaler. Utrymmeskrävande verksamhet, patienterna behöver ofta stora hjälpmedel, har personliga assistenter mm
	Ej tillgång till rehabiliteringsbassäng på sjukhuset. För patienter som har behov av

	bassängträning blir det ökade sjukresekostnader.
	Patienter med kognitiva nedsättningar kräver lugna, stimulifattiga miljöer för optimal rehabilitering. Hjärnskadepatienter behöver lättöverskådliga lokaler som är lätt att orientera sig i, eftersom många har visuo-spatiala och perceptuella nedsättningar. Risk att detta inte kan tillgodoses på sjukhuset.
Närhet till andra kliniker skulle kunna underlätta medicinska konsultationer	
Färre transporter som post, mathantering, förråd, LM, prover	
	Inga träningsmöjligheter i anslutning till avdelning/mottagning vilket gör att transporter tar tid från personal och patient. Patienternas tillstånd tillåter inte långa pass.
	Tillgängligheten/delaktigheten påverkas negativt då verksamheten inte längre är placerad på markplan.
	Många av de aktuella patienterna vid reumatologienheten, smärtenheten och rehabiliteringsenheten har svårigheter med längre förflyttningar varför behov av parkeringsmöjligheter i nära anslutning till mottagningen är ett måste. Redan idag är det brist på parkeringsplatser vid sjukhuset.
	Farhåga att reumatologienheten som sådan kommer att splittras upp och komma att ingå i respektive yrkesenheter och därmed förloras möjligheten till teamarbete som är grundläggande inom reumatologin.

Ekonomiska beräkningar

Vid en flytt till sjukhuset kan café- och labverksamhet stängas. I tabellerna nedan redovisas kostnader som finns idag och vilka kostnader som blir vid med en flytt till sjukhuset.

Labkostnader

	2017	2018	2019	Kommentar
Reagens+ serviceavtal	84 000 kr	63 000 kr	32 500 kr Jan-aug	I provtagnings- kostnaderna Remonthagen ingår även kostnader för reagens
Biomedicinsk analytiker	1,75 881 000 kr	1,75 926 000 kr	1,0 547 000 kr	
Provkostnader Remonthagen		Alat+Krea 4700 kr Urat 456 kr Blodstatus 23 000 kr CRP 17 000 kr Total kostnad 45 000 kr		Kostnader för samma prover på kemlab Alat+Krea 49 000 kr Urat 6 320 kr Blodstatus 53 000 kr CRP 23 000 kr Total kostnad 1 320 000 kr

Labkostnader på Remonthagen, inklusive personal och reagens, uppgår till 655 tusen kronor (1,0 BMA+2018 år provvolym och kostnad) vilket kan jämföras med Kemlabs kostnad för samma antal prover som då uppgår till 1 320 tusen kronor.

Kostnader för Caféverksamhet

	2017	2018	Jan -aug 2019
Intäkter	544 000	509 000	257 000
Kostnader	-243 000	-236 000	-95 000
Lönekost 0,75 köksbiträde	-310 000	-316 000	-215 000
Totalt	-9 000	-43 000	-53 000

Lönekostnader för köksbiträdet ska finansieras av intäkter från Caféverksamheten vilket under 2018 och 2019 inte har kunnat göras. En stor del av verksamhetens intäkter kommer från patienter som tränar i Remonthagens bassäng. Bassängen har varit stängd större delen av 2019 vilket påverkat intäkterna.

Sjukresor Remonthagen-Sjukhuset

Taxiresor Remonthagen → Östersunds sjukhus

År	antal	km	kronor
2016	24	49	6 822
2017	29	61	8 297
2018	54	110	16 928

Taxiresor Östersunds sjukhus → Remonthagen

År	antal	km	kronor
2016	272	548	63 598
2017	268	542	62 675
2018	269	593	65 811
Total kostnad 2018			82 739

Total kostnad för sjukresor mellan Remonthagen och sjukhuset uppgår till 82 739 kronor under 2018. Vid flytt till sjukhuset kommer patienter inlagda för rehabilitering behöva åka till Remonthagen för att träna i bassäng. Ansvar för drift av bassängen har inte beaktats i utredningen.

Resultat

På Remonthagen arbetar ungefär 115 medarbetare och de befintliga lokalytorna är ca 7000 kvm. Under 2018 utfördes 10 966 sjukvårdande behandlingar och 209 patienter vårdades inneliggande på avdelningen.

De nuvarande lokalerna är byggda för rehabilitering och har därför ändamålsenliga utrymmen för den verksamhet som bedrivs. Dock nyttjas inte all yta avsedd för vårdplatser som tidigare efter att slutenvårdsplatserna minskat från 44 till 22 de senaste sju åren.

Att Remonthagen ligger utanför sjukhusområdet och dess närhet till olika inomhus- och utomhusmiljöer medger träning i funktion, aktivitet och delaktighet för patienterna samt främjar tillfrisknandet/rehabiliteringen. För patienten blir det en naturlig övergång från akut sjukhusvård till rehabiliterande vård och sedan vidare till öppenvårdsverksamhet, mobila lösningar och till hemmet. Omfattande forskning har påvisat att miljön har avgörande betydelse för utfallet vid hjärnskaderehabilitering. Bäst resultat har påvisats i natursköna miljöer. Det är både viktigt att det är lätt för patienterna att komma ut och exponeras för dagsljus, och att rummen erbjuder en vacker utsikt. Specifikt har till exempel miljön effekter på patienternas förmåga att reglera stress och påverkar också sömnkvaliteten. God sömn är avgörande för framgångsrik rehabilitering. Specialistrehabilitering innebär ibland långa vårdperioder vilket ställer andra krav på lokaler och miljö för patienter och deras anhöriga. Patienter med kognitiva nedsättningar kräver lugna, stimulifattiga miljöer för optimal rehabilitering. Hjärnskadepatienter behöver

lättöverskådliga lokaler som är lätt att orientera sig i, eftersom många har visuo-spatiala och perceptuella nedsättningar.

För att kunna bedriva ett effektivt rehabiliterande arbete för människor som är i behov av specialist rehab behövs bra lokaler, rehabilitering är en lokalkrävande verksamhet. Det behövs gott om utrymme både för patienter och för de hjälpmedel som behöver finnas till hands. Att ha en matsal med plats för rullstolar och rullatorer är viktigt, men även att det finns en matplats för dem som behöver lugn och ro. Det är därför som miljön och lokalerna på Remonthagen är en stor resurs för det uppdrag som verksamheterna har.

Att både rehabiliteringsavdelningen och öppenvårdrehabiliteringen är i samma lokaler har varit en förutsättning senaste året för att kunna bedriva verksamheten pga. bristen på rehabspecialister.

Vid en flytt till sjukhuset kan café- och labverksamhet stängas vilket inte kommer ge någon kostnadsminskning utifrån att omkostnader vid befintligt lab är billigare i egen regi (665 000 kronor). Sjukresekostnader kommer att minska men viss del kvarstår då patienter behöver resa till Remonthagen för bassängträning. Om Remonthagens verksamheter flyttas till sjukhuset behöver lokaler anpassas och dessa kostnader har inte utredningen beaktat. Utredningen visar att det är kostnadseffektivt att tre mottagningar och en avdelning samnyttjar befintliga rehablokaler. Samverkansfördelar gällande godstransporter, andra kliniker och samarbetspartners ses som positiva vid en flytt dock överträffar inte dessa de nackdelar som ses utifrån patienten och ett ekonomiskt perspektiv.

Utifrån de fakta som presenteras i denna utredning och vetenskapen om befintliga utrymmen på sjukhuset kan inte någon vinst i en flytt ses. Däremot finns det effektiviseringar att göra inom lokalnyttjandet på Remonthagen som kan möjliggöra inflyttning av ytterligare verksamheter.



10

Hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning
av FoU

HSN/1170/2019

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2019-10-28

HSN/1170/2019

Rapport hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning av FoU

Redovisning av fördelning för regionens interna forskningsanslag 2019 samt forskningssamverkan i Norra sjukvårdsregionen och Regionens forskningsaktiviteter ur ett nationellt perspektiv.

Regionens interna FoU-medel som hanteras av FoUU-avdelningen avser att stötta klinisk patientnära forskning.

Inför 2019-års FoU-medel inkom projektansökningar motsvarande totalt 15.1 mkr. Dessa ansökningar har granskats av vetenskapligt meriterade (disputerade) medarbetare från Region Jämtland Härjedalen. Ansökningarna granskas efter ett antal fastställda poänggivande granskningskriterier. Fördelning av medel följer strikt granskningspoäng.

För året 2019 fördelades 5 mkr inom kategorierna:

- 1, Adjungerade tjänster
- 2, Deltidstjänst post doc
- 3, Deltidstjänst doktorand
- 4, Projektmedel
- 5, Bidrag för skrivtid D-uppsats

Beviljade medel fördelades mellan yrkeskategorierna; Läkare, Psykolog, Tandläkare, Dietist, Sjuksköterska och Fysioterapeut. Totalt beviljades 34 ansökningar, varav 20 av dessa var kvinnor, resterande av män.

Primärvården i Jämtland Härjedalen har lämnat in en ansökan om att bli en universitetssjukvårdsenhet (USV-enhet). Att vara en USV-enhet är den högsta akademiska graden som en sjukvårdsenhet kan uppnå. Det innebär att ett antal nationella kriterier har uppfyllts inom kategorierna; forskning, utbildning, utveckling samt erhållna externa forskningsmedel i nationell och internationell konkurrens.

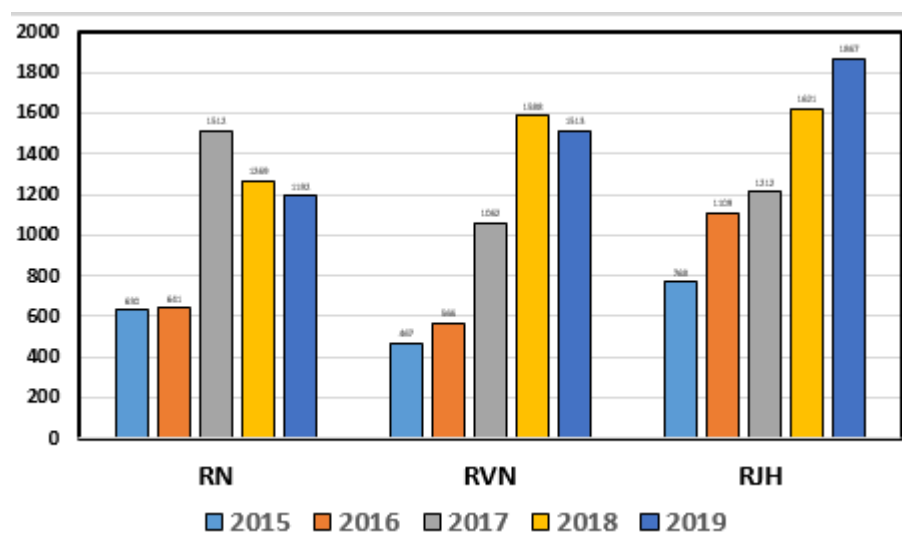
Samverkan i Norr

Norra sjukvårdsregionen har ett antal initiativ för att stärka forskningssamverkan.

- 1, ALF-medel
- 2, Forum Norr
- 3, Visare Norr

ALF-Medel - Avtal om Läkarutbildning och Forskning, är ett avtal mellan staten och de Regioner som har universitetssjukhus. Genom ALF-systemet ger staten ersättning till Regionerna för den verksamhetsförlagda utbildningen som behövs för grundutbildning av

läkare. Medlen fördelas mellan ersättning för grundutbildningsuppdraget (GU-ALF) och forskningsstödjande verksamhet (FO-ALF). Tilldelning styrs av utbildningsuppdrag samt forskningsproduktion.



Sedan 2011 då läkarutbildningen började bedrivas i Östersund får Region Jämtland Härjedalen ta del av både GU-ALF och FO-ALF. År 2015 började FO-ALF konkurrensutsättas i hela Norra Sjukvårdsregionen. Sedan dess har tilldelningen till Region Jämtland Härjedalen konstant ökat. Som kan ses i diagrammet ovan står sig Region Jämtland Härjedalen väl i jämförelse med Region Västernorrland och Region Norrbotten som har liknande förutsättningar för klinisk forskning. Inför 2019 fick Region Jämtland Härjedalen ca 1,9 mkr av FO-ALF.

Forum Norr är en gemensam nationell satsning, kliniska studier Sverige, från SKL och vetenskapsrådet. Region Jämtland Härjedalen är en del av Forum Norr genom kliniskt forskningscentrum (KFC-Z), FoUU-avdelningen. Forum Norr och dess kliniska forskningscentrum har till uppgift att underlätta och verka för klinisk forskning i den Norra Sjukvårdsregionen. Region Jämtland Härjedalens åtagande i Forum Norr är fullfinansierat av Kliniska studier Sverige.

Visare Norr är sökbara forskningsmedel genom NRF. För att vara berättigad att söka dessa medel krävs att den kliniska forskningen bedrivs i minst två Regioner inom den Norra Sjukvårdsregionen. Region Jämtland Härjedalen är del av granskningsförfarandet och har traditionellt varit framgångsrika i att erhålla dessa medel.

Region Jämtland Härjedalens kliniska forskning står sig väl nationellt relaterat till Regionens befolkningsunderlag. Detta kommer under hösten att presenteras i SKL:s nationella forskningsbokslut.

Sammanfattningsvis; Region Jämtland Härjedalen bedriver aktiv samverkan inom klinisk forskning, lokalt, regionalt, nationellt och internationellt. Detta har skapat förutsättning att erbjuda klinisk personal en god arbetsmiljö och är en av förutsättningarna för etableringen av läkarutbildning. En stark akademisk miljö är en förutsättning för att säkerställa att

Region Jämtland Härjedalen även framgent är en del av Läkarprogrammet vid Umeå universitet samt en attraktiv samverkanspartner inom forskning, utbildning och innovation. En stark akademisk miljö är även en viktig komponent i implementeringen av nationell kunskapsstyrning.



Tjänsteskrivelse

(Hälso- och
sjukvårdsnämnden)

2019-10-28

Sekretariatet

Daniel Nilsson

Tfn: 063-14 75 71

E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

HSN/1170/2019

Hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning av FoU

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sin verksamhets- och uppföljningsplan att följa upp FoU-verksamheten.

Region Jämtland Härjedalen bedriver aktiv samverkan inom klinisk forskning, lokalt, regionalt, nationellt och internationellt. Detta har skapat förutsättning att erbjuda klinisk personal en god arbetsmiljö och är en av förutsättningarna för etableringen av läkarutbildning. Detta har till stor del möjliggjorts av de interna FoU-medlen. En stark akademisk miljö är en förutsättning för att säkerställa att Region Jämtland Härjedalen även framgent är en del av Läkarprogrammet vid Umeå universitet samt en attraktiv samverkanspartner inom forskning, utbildning och innovation. En stark akademisk miljö är även en viktig komponent i implementeringen av nationell kunskapsstyrning.

Regiondirektörens förslag

Rapport om hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning av FoU godkänns.

I tjänsten

Hans Svensson

Regiondirektör

Chef

Verksamhetsområde/Ledningsstab

Utdrag till

FoU-direktör



11

Uppföljning av ny uppdaterad kömiljard

HSN/1301/2019

2019-11-14

Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen
Annika Jonsson
Tfn: 063-14 75 00
E-post: annika.jonsson@regionjh.se

HSN/1301/2019

Uppföljning av ny uppdaterad kömiljard

Ärendebeskrivning

SKL och staten ingick i juni 2019 en överenskommelse om en ny uppdaterad kömiljard indelad i två block. Block 1 avser satsningar på kökortning redan 2019 och ersättning ges i tre nivåer baserat på hur många procentenheter som en region kan öka den andel av väntelistan som väntat kortare tid än 90 dagar. Jämförelsen görs med samma mätning för ett år sedan. De som ökar andelen med mellan 1 och 3 procentenheter får dela på 70 procent av 213,3 miljoner kronor i september, oktober och november för väntande till första besök och samma villkor och belopp gäller för väntande till behandling. Om ökningen blir mellan 3 och 5 procentenheter får man dela på ytterligare 20 procent och blir ökningen större än 5 procentenheter får man även dela på de sista 10 procenten. De regioner som redan har hög tillgänglighet får också vara med och dela på de första 70 procenten, även om de inte förbättrar sina siffror. Kravet är att minst 71 procent av de väntande har väntat högst 60 dagar på första besök eller behandling. Om samtliga regioner hade klarat kraven, skulle Region Jämtland Härjedalen ha kunnat få 5,4 miljoner i september. För väntan på första besök klarade, av totalt 21 regioner, 11 målet på 1-3 procentenheter, varav 6 stycken även klarade 3-5 procentenheter. Slutligen nådde även två regioner över målet på 5 procentenheter. För väntan på behandling blev motsvarande resultat att 11 regioner klarade mål 1, 8 mål 2 och 7 steg 3.

Region Jämtland Härjedalen uppnådde inte målen i september. Slutgiltiga siffror för oktober är ännu inte klara. I regionens hälso- och sjukvård har under året köerna ökat, både som följd av ökat remissinflöde i vissa fall, och svårighet att bemanna vissa enheter med läkare samt minskat nyttjande av inhyrda läkare. För att förkorta köerna och få del av kömiljarden har under hösten ett antal aktiviteter startats. Kölistor uppdateras, extra nybesök i ordinarie verksamhet planeras in och mottagning utanför ordinarie tid arrangeras för att göra ett större antal nybesök. Likaså har extra operationsverksamhet planerats in under helger i november.

I enlighet med det andra blocket i överenskommelsen om kömiljard, har en lokal arbetsgrupp bildats för att utveckla rapportering så att fler delar av vårdkedjan kan mätas och följas upp under 2020. Överenskommelsen om vilket belopp kömiljarden

ska uppgå till under 2020 och vilka villkor som måste uppfyllas för att få del av den, kommer i december. Den plan som varje region ska göra för att visa vad som behöver göras för att klara villkoren, kommer Region Jämtland Härjedalen att ta fram när innehållet i överenskommelsen blir känt.

Regiondirektörens förslag

Hälso- och sjukvårdsnämnden godkänner rapport om uppföljning av ny uppdaterad kömiljard.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Chef för Hälso- och
sjukvårdspolitiska avdelningen

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen 2019-11-04
Annika Jonsson
Tfn: 063-14 75 00
E-post: annika.jonsson@regionjh.se

HSN/1301/2019

Uppföljning kömiljard

Kort om regelverk och krav

Överenskommelser för 2019

I juni 2019 träffades en överenskommelse mellan Sveriges kommuner och landsting (SKL) och regeringen om regler och villkor för en uppdaterad "kömiljard". I samband med detta beslut betalades 320 000 000 kronor av medlen ut till regionerna. Region Jämtland Härjedalen fick 4 075 153 kronor av dessa medel.

Block 2

Denna del av kömiljarden ingår i block 2, vars syfte är att utveckla regionernas rapportering och uppföljningen av väntetider till fler delar av vårdkedjan. Det innebär att väntetid planeras mätas för alla vårdkontakter i specialistvården, även de som sker med andra yrkeskategorier än läkare. Dessutom kommer återbesök, och andra åtgärder än operationer, t ex utredningar ingå.

Enligt styrelsebeslut i 190827 ska det belopp som Region Jämtland Härjedalen fick i juni användas i sin helhet för förberedelser för att klara kraven i block 2 på

- korrekt rapportering enligt uppsatta riktlinjer, och i tid, av väntetider varje månad (minsta svarsfrekvens 95 procent)
- utveckling av rapportering av väntetider för primärvården utifrån kravet om förstärkt vårdgaranti, med skarp körning från 1 januari 2020
- utveckling och implementering av en modell för uppföljning av fler väntetider inom den specialiserade vården (som beskrevs ovan) med testfiler från 1 januari och skarp körning från 1 april 2020
- deltagande i utvecklingsarbetet för patologi, ledtider, första linjen,
- samt framtagande av nulägesrapport om förutsättningar, behov, utmaningar, möjligheter, styrkor, strategiskt arbete 2019 och 2020, egna insatser och åtgärder som regionen anser krävs för att uppnå hållbar och förbättrad tillgänglighet, t ex införande av digitala verktyg och förändrade arbetssätt och
- hur man arbetar och strategiskt avser att arbeta för att patienter med kroniska sjukdomar ska få vård efter behov och i rimlig tid.

Nulägesrapporten har tagits fram och skickades in till SKL 15 oktober. Den ingår som bilaga till denna rapport. Nulägesrapporten ska sedan ligga till grund för utvecklingen av en regional handlingsplan under 2020.

Block 1

Block 1 består av 1 280 000 000 kronor. Syftet är att ge extra medel till regioner som förbättrar sin tillgänglighet, eller som redan har en hög grad av tillgänglighet. Vid avgörande om en förbättring skett, mäts varje regions väntetider sep, okt och nov 2019 och jämförs

med samma regions väntetider motsvarande månad 2018. Målet är att en större andel på väntelistan hösten 2019 ska ha väntat kortare tid än 90 dagar jämfört med motsvarande månad 2018.

Beloppet på 1 280 000 000 kronor fördelas på

- 640 000 000 kr för väntan till första besök
- 640 000 000 kr för väntan på behandling

Båda beloppen fördelas på månaderna sep, okt, nov enligt nedanstående tabell:

Tabell 1: Fördelning av kömiljard per steg och månad

	Steg 1, 70%	Steg 2, 20%	Steg 3, 10 %	Totalt
Väntande till första besök				
sep	149 333 333	42 666 667	21 333 333	213 333 333
okt	149 333 333	42 666 667	21 333 333	213 333 333
nov	149 333 333	42 666 667	21 333 333	213 333 333
Summa	448 000 000	128 000 000	64 000 000	640 000 000
Väntande till behandling				
sep	149 333 333	42 666 667	21 333 333	213 333 333
okt	149 333 333	42 666 667	21 333 333	213 333 333
nov	149 333 333	42 666 667	21 333 333	213 333 333
Summa	448 000 000	128 000 000	64 000 000	640 000 000
Totalt	1 280 000 000			

De regioner som med 1 – 3 procentenheter ökar procentandelen av patienterna som väntat högst 90 dagar, får dela på 70 procent av 213 000 000 kronor. Även regioner som redan har hög tillgänglighet tar del av pengarna. Det gäller de regioner där minst 71 procent av de väntande har väntat högst 60 dagar på första besök eller behandling.

De regioner som lyckas förbättra tillgängligheten med 3 - 5 procentenheter får dela på ytterligare 20 procent av 213 000 000 kronor.

Slutligen får de regioner som lyckas förbättra tillgängligheten med mer än 5 procentenheter dela på de sista 10 procent av 213 000 000 kronor.

Utbetalningarna av beloppen för sep - nov kommer att ske under 2019.

Kömiljarden för Region Jämtland Härjedalen

Minsta garanterat belopp

Beräkningsvillkoren för kömiljarden innebär att Region Jämtland Härjedalen skulle ha varit garanterad ett minsta belopp per månad enligt följande tabell, om man hade uppfyllt villkoren om ökning av tillgängligheten med 1, 3 och/eller 5 procentenheter.

Tabell 2: Garanterad minsta utbetalning från kömiljarden om alla villkor uppfylls

Väntande 1a besök	Steg 1 70%	Steg 2 20%	Steg 3 10 %	Summa steg 1 - 3
sep	1 901 739	543 354	271 677	2 716 771
okt	1 901 739	543 354	271 677	2 716 771
nov	1 901 739	543 354	271 677	2 716 771
Summa	5 705 218	1 630 062	815 031	8 150 312
Väntande behandling	Steg 1 70%	Steg 2 20%	Steg 3 10 %	Summa steg 1 - 3
sep	1 901 739	543 354	271 677	2 716 771
okt	1 901 739	543 354	271 677	2 716 771
nov	1 901 739	543 354	271 677	2 716 771
Summa	5 705 218	1 630 062	815 031	8 150 312
Garanterat minimibelopp om alla villkor uppfylls samtliga tre månader	16 300 624			

För november återstår ett minimibelopp om totalt ca 5,4 miljoner kronor förutsatt att tillgängligheten ökar med minst 5 procentenheter. Men liksom i september kommer sannolikt inte alla regioner att uppnå målen för kömiljarden och då får de som klarar målen dela på mer pengar. En uppskattad potential för Region Jämtland Härjedalen, baserad på hur olika regioner låg till i september 2019 jämfört med nivån i november 2018, som de ska jämföras med, hamnar i intervallet 3,5 – 10 miljoner kronor för tillgänglighet till första besök och 4,2 – 9,6 miljoner kronor för behandling/operation.

Den totala potentialen för november hamnar i ett uppskattat intervall på 3 – 20 miljoner kronor.

Resultat efter september

Utveckling Region Jämtland Härjedalen totalt

I september 2019 väntade 546 fler av regionens patienter på ett första besök hos specialistvården än ett år tidigare. En stor andel av ökningen, motsvarande 460 personer, hade väntat över 90 dagar, vilket sänkte tillgängligheten från 50 till 46,7 procent.

Tabell 3: Resultat väntande till första besök september - Region Jämtland Härjedalen

Region Jämtland Härjedalen - Väntande till första besök	Sep 2018	Sep 2019	Förändring ett år
Väntande totalt (exkl patientvald väntan)	5 162	5 708	546
Väntande över 90 dagar	2 583	3 043	460
Vårdgaranti (andel som väntat kortare tid än 90 dagar)	50,0%	46,7%	-3,3%

Kön till behandling/operation ökade mellan september 2018 och september 2019 med 209 personer och de som väntat över 90 dagar ökade med ännu fler, vilket sänkte tillgängligheten med fem procentenheter. Fler väntande över 90 dagar jämfört med föregående år, innebär att regionen inte fick del av kömiljarden för september.

Tabell 4: Resultat väntande till behandling september - Region Jämtland Härjedalen

Region Jämtland Härjedalen - Väntande till behandling/operation	Sep 2018	Sep 2019	Förändring ett år
Väntande totalt (exkl avvikelser)	2 951	3 160	209
Väntande över 90 dagar	1 655	1 929	274
Vårdgaranti (andel som väntat kortare tid än 90 dagar)	43,9%	39,0%	-5,0%

Fördelning på områden/mottagningar

En uppdelning av siffrorna på område/mottagning visar att den största ökningen mellan åren låg på hudmottagningen, ortopedmottagningen och ögonmottagningen. Det var även på dessa mottagningar som väntande över 90 dagar ökade mest.

Tabell 5: Väntande till första besök september – fördelning på område/mottagning

Område/mottagning	Väntande sep 2018	Väntande sep 2019	Förändring	Väntande > 90 dagar sep 2018	Väntande > 90 dagar sep 2019	Förändring
Barn- och ungdomsmedicin	109	121	12	21	13	-8
Barn och unga vuxna	127	143	16	65	100	35
Neurologimottagningen	195	163	-32	111	72	-39
Hud	388	831	443	113	506	393
Medicin	133	186	53	20	40	20
Kirurgi	592	630	38	234	238	4
Kvinna	447	424	-23	214	205	-9
Ortopedi	1042	1124	82	522	623	101
Psykiatri	149	112	-37	90	82	-8
Ögon	966	1041	75	568	657	89
Öron	887	783	-104	621	494	-127
Övriga	127	150	23	4	13	9
Summa	5162	5708	546	2583	3043	460

På hudmottagningen utförs nu fler arbetade timmar av anställda läkare än förra året. Under samma tid har hudmottagningen slutat att anlita inhyrda läkare och konsekvensen har blivit att det totala antalet arbetade timmar är lägre än tidigare när hyrläkare användes. Samtidigt har inkommande remisser till hudmottagningen ökat med 13 procent t o m oktober 2019 jämfört med samma period 2018. Som en följd av dessa omständigheter har inte hudmottagningen hunnit med den volym av nybesök varje månad som krävs för att inte kön till mottagningen ska växa.

Tabell 6: Väntande till behandling september – fördelning på område/mottagning

Område/mottagning	Väntande sep 2018	Väntande sep 2019	Förändring	Väntande > 90 dagar sep 2018	Väntande > 90 dagar sep 2019	Förändring
Kirurgi	606	676	70	254	374	120
Kvinna	130	148	18	70	85	15
Ortopedi	646	675	29	410	399	-11
Syn- och hörselrehabilitering	935	1014	79	594	756	162
Ögon	365	427	62	164	208	44
Öron	148	204	56	86	96	10
Övriga	121	16	-105	77	11	-66
Summa	2951	3160	209	1655	1929	274

Det är framför allt köerna till utprovning av hörapparater som vuxit jämfört med september 2018. Detta beror på en kombination av ökning av inkommande remisser och en bemanning med audionomer som ligger ca 14 procent lägre än för två år sedan.

Utveckling samtliga regioner

Resultatet efter september visas i följande två tabeller. Tillgängligheten till första besök var högre än till behandling. Av de patienter som stod i kö för första besök hos specialistvården,

hade 75 procent i snitt för riket väntat kortare tid än 90 dagar, medan motsvarande siffra för väntande till operation och behandling var 64 procent.

Tabell 7: Resultat väntande till första besök september – samtliga regioner

September 2019					Tillgänglighet - andel väntande under 90 dagar
Första besök	Steg 1, 1-3 %	Steg 2, 3-5 %	Steg 3, >5 %	Summa	
Blekinge	0	0	0	0	67%
Dalarna	7 983 099	0	0	7 983 099	72%
Gotland	0	0	0	0	87%
Gävleborg	0	0	0	0	56%
Halland	0	0	0	0	87%
Jämtland	0	0	0	0	47%
Jönköping	10 029 917	9 316 314	0	19 346 231	84%
Kalmar	0	0	0	0	79%
Kronoberg	5 556 267	5 160 953	0	10 717 219	82%
Norrbottn	6 963 110	0	0	6 963 110	55%
Skåne	0	0	0	0	76%
Stockholm	65 160 032	0	0	65 160 032	91%
Sörmland	0	0	0	0	68%
Uppsala	10 461 579	0	0	10 461 579	76%
Värmland	0	0	0	0	77%
Västerbotten	7 509 519	6 975 236	10 068 527	24 553 282	73%
Västernorrland	6 822 901	6 337 469	0	13 160 370	59%
Västmanland	7 614 453	7 072 705	0	14 687 158	79%
Västra Götaland	0	0	0	0	71%
Örebro	8 401 753	7 803 990	11 264 806	27 470 549	78%
Östergötland	12 830 705	0	0	12 830 705	83%
Summa	149 333 333	42 666 667	21 333 333	213 333 333	75%

Tabell 8: Resultat väntande till behandling september – samtliga regioner

September 2019					Tillgänglighet - andel väntande under 90 dagar
Behandling	Steg 1, 1-3 %	Steg 2, 3-5 %	Steg 3, >5 %	Summa	
Blekinge	0		0	0	77%
Dalarna	8 407 973	5 629 119	3 170 973	17 208 065	60%
Gotland	0	0	0	0	74%
Gävleborg	0	0	0	0	57%
Halland	9 642 304	0	0	9 642 304	90%
Jämtland	0	0	0	0	39%
Jönköping	10 563 726	7 072 390	3 983 991	21 620 107	87%
Kalmar	7 163 104	4 795 681		11 958 785	82%
Kronoberg	5 851 981	3 917 888	2 207 009	11 976 877	79%
Norrbottn	7 333 698	0	0	7 333 698	53%
Skåne	0	0	0	0	61%
Stockholm	68 627 960	0	0	68 627 960	80%
Sörmland	8 627 665	5 776 202	3 253 827	17 657 694	71%
Uppsala	0	0	0	0	65%
Värmland	0	0	0	0	49%
Västerbotten	7 909 188	5 295 183	2 982 862	16 187 233	58%
Västernorrland	7 186 027	4 811 029	2 710 130	14 707 185	60%
Västmanland	8 019 707	5 369 175	3 024 543	16 413 425	68%
Västra Götaland	0	0	0	0	59%
Örebro	0	0	0	0	57%
Östergötland	0	0	0	0	65%
Summa	149 333 333	42 666 667	21 333 333	213 333 333	64%

När det gällde väntan till första besök klarade ca hälften av regionerna målen för steg 1, medan endast två regioner klarade av att öka tillgängligheten med de fem procentenheter som krävdes för att nå målet för steg 3.

Ifråga om tillgängligheten till behandling/operation var det betydligt fler som klarade målen för steg 3 – totalt sju av tjugo regioner.

Vidtagna och planerade åtgärder under oktober

Ett antal åtgärder har genomförts på områdena i hälso- och sjukvården under de senaste månaderna för att uppfylla kraven för att kunna få del av kömiljarden:

- Ett stort arbete har gjorts för att uppdatera väntelistor.
- Ett stort antal medarbetare i vården som registrerar patienter ska enligt upprättade planer få utbildning.
- Mottagningarna har därutöver strävat efter att öka antalet nybesök.

Vidtagna och planerade åtgärder för november

Områdena fortsätter att se över möjligheterna att göra extrabesök i den dagliga verksamheten.

För de enheter, där bemanningen inte motsvarar behovet, krävs extrasatsningar för att förbättra tillgängligheten:

- Ögonmottagningen har planerat extra mottagningar i slutet av oktober samt i november för att göra sammanlagt 255 nybesök. Dessutom finns inplanerat 80 katarakt- och 20-25 ögonlocksoperationer.
- Vidare är 24 utprovningar av hörapparater utom ordinarie mottagningstid inplanerat. Dessa ingår i väntelistan till behandlingar.
- På ortopedmottagningen tar man in extraresurser för att klara ytterligare 150 nybesök och fler operationer.
- På hudmottagningen vidtas åtgärder för att göra nybesök utöver ordinarie mottagningsverksamhet.

Påbörjad plan framåt för 2020

Överenskommelsen mellan SKL och regeringen om kömiljard 2020 kommer i december 2019. Denna inväntas innan lokal handlingsplan för Region Jämtland Härjedalen tas fram. Den lokala handlingsplanen bygger även på det nulägesredovisning som skickades in till SKL och Socialstyrelsen den 15 oktober.

Den 15 oktober startades en lokal och en nationell arbetsgrupp för förstärkt vårdgaranti inom den specialiserade vården.



12

Uppföljning av hälso- och
sjukvårdsnämndens internkontrollplan

HSN/564/2019

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2019-10-21

HSN/564/2019

Uppföljning av hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan november

Risk	Konsekvens	Hantering
Felaktigt attestregister	Ekonomisk skada	Begränsas

Aktuella attesteringsregler samt handbok för attesthantering återfinns i ledningssystemet tillsammans med attesteringslistor. Utförd kontroll under andra kvartalet har visat att efterlevnaden fortfarande är eftersatt men att en förbättring har skett med uppdaterade attestregister jämfört med tidigare kontroll. Dock har fortfarande inga listor anmälts till ansvarig styrelse eller nämnd.

Risk	Konsekvens	Hantering
Felaktiga delegationsbeslut fattas	Ekonomisk skada	Elimineras

Vilka beslut som får fattas på delegation inom nämndens ansvarsområde framgår av Delegationsbestämmelser för hälso- och sjukvårdsnämnden. Merparten av de delegationsbeslut som anmälts till nämnden under 2019 visar att merparten följer gällande delegationsordning. I några fall saknas hänvisning till delegationsbestämmelserna i beslutet och vid något tillfälle har felaktig delegationsbestämmelse använts. Det finns dock fortfarande ärenden som inte har anmälts till nämnden, som exempelvis attesträtter enligt ovan. Samordningskansliet kommer att fortsätta sina utbildningar i ärendehantering och delegationsbeslut för att öka kunskapsnivån hos medarbetarna. Det behövs säkerställas att medarbetarna har kunskap i hur beslut anmäls till nämnden.

Risk	Konsekvens	Hantering
ID-kontroll utförs inte alltid	Patientsäkerhet	Elimineras

Internrevisionen har granskat huruvida ID-kontroller görs när patienter söker vård. Rutindokument för ID-kontroll är känd inom men personal gör inte alltid ID-kontroll. Gjord ID-kontroll dokumenteras inte alltid. Ett granskat område har skapat en egen rutin som går emot övergripande rutiner. Överlag bedöms dock efterlevnaden av ID-kontroll vara god.

Risk	Konsekvens	Hantering
Icke följsamhet mot fattade beslut	Uppsatta mål nås inte	Elimineras

Fattade beslut registreras i regionstabschefs beslutsprotokoll och de ärenden som genererar ytterligare uppdrag/beslut läggs på bevakning i ärendehanteringssystemet. Två gånger per år följer regionstabschef upp beslutsprotokollet för regionstyrelsen. En liknande rutin kanske bör vara aktuell för hälso- och sjukvårdsnämnden.

Risk	Konsekvens	Hantering
Kostsam administration samt GDPR-risk av utomlänsvård	Ekonomisk skada/patientsäkerhet	Begränsas

För att komma till rätta med tidigare problem med bland annat personuppgiftshantering vid utomlänsvård deltar Region Jämtland i ett projekt i två delar, in (köpt vård) och ut (såld vård) ang. fakturabilaga. Regionen kommer att ta emot testfaktabilaga från Dalarna så fort dokumentationen godkänts via Inera (säkerhetsklassning). Tidigare motpart Kalmar har haft problem med projektledningen varför Region Jämtland Härjedalen bytt motpart till Dalarna.

Sedan ska alla regioner kopplas på när det gäller att ta emot fakturor bilaga (köpt vård) och skicka fakturor bilaga (såld vård). Överlämning till förvaltning sker först när Regionen är ok för både köpt och såld i fler än en region, skickat och mottagit faktura bilagor. Region Jämtland Härjedalen testar fortfarande mot Dalarna men har fått kodningen godkänd från Inera.

Risk	Konsekvens	Hantering
Nämnden får ej information från andra politiska organ	Uppdrag/beslut kan försenas/utebli	Begränsas

Inkomna protokoll från exempelvis Barnarenan och SVOM ska anmälas till hälso- och sjukvårdsnämnden. Inga protokoll finns anmälda till nämnden under 2019. Nämnden har dock fått inkomna ärenden från SVOM som också lett till beslut hos hälso- och sjukvårdsnämnden. Det måste dock säkerställas att nämnden får ta del av protokollen i sin helhet.

Risk	Konsekvens	Hantering
Bristande hantering av loggkontroll	Bristande patientsäkerhet	Elimineras

Kunskap om övergripande regel för loggkontroll finns och följs i stort av kontrollerade enheter. Loggar tas ut av lokala loggadministratörer / assistenter och i flera fall kontrollerar de också loggarna. Granskning och signering ska ske av enhetschefen. I flera fall har områdeschefen gjort granskningen och signeringen vilket inte är i enlighet med aktuellt regelverk. Internrevisionen har i en granskning konstaterat att det inom en verksamhet helt saknades kunskap om regelverket och inga loggkontroller hade därför utförts. Den sammantagna bedömningen är att hantering av loggkontrollen överlag är god.

Risk	Konsekvens	Hantering
IT-system havererar	Bristande patientsäkerhet	Elimineras

En granskning har visat att Region Jämtland Härjedalen idag saknar reservrutiner vid större IT-avbrott. Ett uppdrag har formulerats om att kartlägga och beskriva verksamheternas beroende av kritiska IT-system på områdesnivå samt utarbeta och godkänna reservrutiner för de verksamhetskritiska systemen baserat på det beskrivna beroendet. Denna kartläggning är ännu inte färdigställd.

Risk	Konsekvens	Hantering
Bristande budgetdisciplin	Ekonomisk skada	Begränsas

Sammanfattningsvis hade Hälso- och sjukvårdsnämnden en negativ budgetavvikelse som uppgick till -102,2 mkr vid redovisning av delårsrapport augusti 2019. Regiondirektören har av nämnden fått i uppdrag att återkomma med förslag på åtgärder för att minska underskottet. Dessa åtgärder har löpande redovisats i separata ärenden vid nämndens sammanträden sedan juni 2019.



Tjänsteskrivelse

(Hälso- och
sjukvårdsnämnden)

2019-10-29

Sekretariatet

Daniel Nilsson

Tfn: 063-14 75 71

E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

HSN/564/2019

Uppföljning av hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan

Ärendebeskrivning

För en region finns lagkrav på intern kontroll (Kommunallagen) där det framgår att Styrelsen och ev. nämnder ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt att föreskrifter som gäller för verksamheten följs. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet med stöd av 3 kap. 16§ har lämnats över till någon annan Lag (1999:621).

Hälso- och sjukvårdsnämnden har antagit en plan för internkontroll för 2019. Uppföljning hösten 2019 visar sammanfattningsvis att det fortfarande föreligger förbättringspotential inom flertalet av de områden som kontrollerats.

Regiondirektörens förslag

Uppföljning av hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan godkänns.

I tjänsten

Hans Svensson

Regiondirektör

Chef

Verksamhetsområde/Ledningsstab

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.



13

Utredning av sjukresebeställningar

HSN/305/2019



2019-11-04

Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post:

HSN/305/2019

Utredning av sjukresebeställningar

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) har ansvaret för sjukreseverksamheten. Däri ingår att sjukresereglerna ska tillämpas korrekt och sjukreseverksamheten bedrivs kostnadseffektivt med hög kvalitet. I praktiken sköts en del av sjukreseverksamheten via regionala utvecklingsnämnden (RUN) i dess roll som regional kollektivtrafikmyndighet (RKM). RKM samarbetar med sex av länets kommuner om samordning av sjukresor, färdtjänst mm. Samordningen sker vid beställningen av sådana resor hos en upphandlad beställningscentral.

Ett förslag om hantering av sjukresor presenterades för RUN i oktober 2018, och då beslutade RUN (§ 154), om att:

1. Region Jämtland Härjedalen ska inom ramen för samarbetsavtalet om samhällsbetalda resor med länets kommuner fortsätta utreda en samordnad beställningscentral med Region Västernorrland.
2. Beställningscentralen ska på ett kostnadseffektivt sätt och med hög kvalitet bedöma behov av särskilt fördyrande sjukresor och boka och samordna sjukresor, färdtjänstresor, anropsstyrd linjetrafik och Närtrafik.
3. Den fortsatta utredningen ska belysa konsekvenserna för kostnad, arbetstillfällen i länet, kvalitet (patientsäkerhet) och egen regi kontra upphandlad verksamhet.

Utredningen presenterades för HSN 2019-06-12 § 68 och innehöll tre alternativ för sjukresehantering. En förutsättning för samtliga alternativ är att *bedömning av sjukresebehov*, dvs tillämpningen av sjukresereglerna, flyttas bort från vården. Regiondirektören beslutade om detta i mars 2018.

HSN ställde sig bakom alternativ 3 som innebär *samarbete kring sjukresebedömning och beställningscentral med Region Västernorrland*. Det är det alternativ som sammantaget bedöms medföra flest möjligheter att uppnå hög kvalitet till låga kostnader och samtidigt ge förutsättningar för fortsatt utveckling och förbättring av sjukresehanteringen, inklusive it-stöd och digitala tjänster. Med stora volymer kan bemanningen ske med fler medarbetare, och bli mer stabil, vilket gör det lättare att uppnå god kvalitet.

HSN beskrev vidare i beslutet i juni § 68 att HSN förutsatte att RUN avtalar om ett samarbete med Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län (Din Tur) om central bedömningsfunktion, samordning och beställning av sjukresor. Detta berodde på att RUN har ett samarbetsavtal med regionens sjukresor och kommunernas färdtjänst som innebär att RUN ansvarar för att RKM ser till att verkställa parternas önskan.

Under hösten har de juridiska frågorna analyserats ytterligare utifrån synpunkter från kommunerna om att färdtjänst inte kan överlåtas till ett annat län. Följande har då konstaterats:

- Bedömning av sjukresebehov innebär en form av myndighetsutövning och tjänsten kan undantas då från upphandlingsreglerna. Med stöd av den nya bestämmelsen i kommunallagen om avtalssamverkan, kan Region Jämtland Härjedalen ingå samarbetsavtal med Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län (Din Tur).
- Färdtjänstlagen har en strikt skrivning som gör att myndighetsutövning enligt denna inte kan överlåtas till annan än RKM i det egna länet – dvs avtalssamverkan med Kommunalförbundet Din Tur i Västernorrland är inte möjlig för färdtjänst.
- Anropsstyrdtrafik och annan linjelagd kollektivtrafik lyder under Lagen om offentlig upphandling varför inte heller i det fallet kan avtalssamverkan med Din Tur ske.

Utifrån att nya fakta finns föreslås RUN 19 november besluta om ett nytt förslag till samarbetsavtal som innebär att ansvaret för bedömning och beställning av sjukresor helt åvilar HSN och att RUN som RKM enbart samordnar beställning och beslut kring färdtjänst och allmän kollektivtrafik, inte sjukresor. Trafikupphandlingen som RUN via Länstrafiken AB ansvarar för ska även i fortsättningen omfatta sjukresor.

Därmed behöver HSN utifrån den nya fakta som finns behandla ärendet på nytt.

HSN gav slutligen i juni i uppdrag till regiondirektören att ta fram förslag på samarbetsavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland om verksamhetsutveckling av sjukreseverksamheten, som avvaktats i väntan på att ärendet slutbehandlats.

Regiondirektörens förslag

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden står fast vid sitt beslut om alternativ 3, *samarbete kring sjukresebedömning och beställningscentral med Region Västernorrland*.
2. Hälso- och sjukvårdsnämnden uppdrar till Regiondirektören att ta fram förslag på avtal med Kommunalförbundet Din Tur i Västernorrland
3. Hälso- och sjukvårdsnämnden ger i uppdrag till regiondirektören att ta fram förslag på samarbetsavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland om verksamhetsutveckling av sjukreseverksamheten.

I tjänsten

Hans Svensson

Regiondirektör

Ingela Jönsson

Planeringschef

Utdrag till

Regional utvecklingsdirektör

RKM
Länstrafiken AB

Utredning av sjukresebeställningar (HSN/305/2019)

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har ansvaret för sjukreseverksamheten. Däri ingår att sjukresereglerna ska tillämpas korrekt och sjukreseverksamheten bedrivs kostnadseffektivt med hög kvalitet. I praktiken sköts en del av sjukreseverksamheten via regionala utvecklingsnämnden i dess roll som regional kollektivtrafikmyndighet (RKM). RKM samarbetar med sex av länets kommuner om samordning av sjukresor, färdtjänst mm. Samordningen sker vid beställningen av sådana resor hos en upphandlad beställningscentral. Ett förslag om hantering av sjukresor presenterades för Regionala utvecklingsnämnden (RUN) i oktober 2018, och då beslutade RUN (§ 154), om att:

Region Jämtland Härjedalen ska inom ramen för samarbetsavtalet om samhällsbetalda resor med länets kommuner fortsätta utreda en samordnad beställningscentral med Region Västernorrland. Beställningscentralen ska på ett kostnadseffektivt sätt och med hög kvalitet bedöma behov av särskilt fördyrande sjukresor och boka och samordna sjukresor, färdtjänstresor, anropsstyrd linjetrafik och Närtrafik. Den fortsatta utredningen ska belysa konsekvenserna för kostnad, arbetstillfällen i länet, kvalité (patientsäkerhet) och egen regi kontra upphandlad verksamhet.

I denna utredning ingår tre alternativ för sjukreshantering. En förutsättning för samtliga alternativ är att bedömning av sjukresebehov, d v s tillämpningen av sjukresereglerna, flyttas bort från vården. Regiondirektören beslutade om detta i mars 2018.

I utredningen gör regiondirektören följande bedömning av de tre alternativen:

Alternativ 1 - sjukresebedömning i egen regi och upphandlad beställningscentral liknar mest nuvarande lösning för sjukreshantering och beräknas medföra högst kostnad. I detta alternativ finns risken att regionen, vid en upphandling, får en ny leverantör som utför sjukresebeställningarna med lägre kvalitet än nuvarande leverantör.

Alternativ 2 – sjukresebedömning och beställningscentral i egen regi skulle ge stora möjligheter att uppnå god kvalitet på tjänsterna, men till en hög kostnad. Det skulle krävas betydligt mer tid och pengar för att bygga upp en egen verksamhet jämfört med att samarbeta med Region Västernorrland om att utveckla deras befintliga verksamhet på kundcentret Din Tur.

Alternativ 3 – samarbete kring sjukresebedömning och beställningscentral med Region Västernorrland - är det alternativ som sammantaget bedöms medföra flest möjligheter att uppnå hög kvalitet till låga kostnader och samtidigt ge förutsättningar för fortsatt utveckling och förbättring av sjukreshantering, inklusive it-stöd och digitala tjänster. Med stora volymer kan bemanningen ske med fler medarbetare, och bli mer stabil, vilket gör det lättare att uppnå god kvalitet. Då Region Västernorrland redan hösten 2019 startar central bedömningsfunktion på Din Tur, har Region Jämtland Härjedalen möjlighet att vara med och utveckla tjänsten bedömning av behov av sjukresa med dyrare färdstätt integrerat med sjukresebeställning, ett år i förväg. Nuvarande avtal om beställningscentral löper ut hösten

2020. I alternativ 3 behöver inte beställningscentral upphandlas, vilket ökar kontinuiteten i verksamheten och minskar risken för att kvaliteten blir lägre under perioder. Bedömning av sjukresebehov innebär myndighetsutövning och tjänsten undantas då från upphandlingsreglerna. Med stöd av den nya bestämmelsen i kommunallagen om avtalssamverkan, kan Region Jämtland Härjedalen ingå samarbetsavtal med Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län (Din Tur).

Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden ställer sig bakom alternativ 3 som presenteras i Utredning av sjukresebeställningar.
2. Hälso- och sjukvårdsnämnden förutsätter att Regionala utvecklingsnämnden avtalar om ett samarbete med Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län (Din Tur) om central bedömningsfunktion, samordning och beställning av sjukresor.
3. Hälso- och sjukvårdsnämnden ger i uppdrag till regiondirektören att ta fram förslag på samarbetsavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland om verksamhetsutveckling av sjukreseverksamheten.

Yrkanden

Cristine Persson (C) gör följande tilläggsyrkande: Hälso- och sjukvårdsnämnden ger regiondirektören i uppdrag att redovisa hur sjukresebeställningen har utvecklat sig ut ett patient-, verksamhets- och ekonomiskt perspektiv då det varit i drift i ett år.

Elin Hoffner (V) yrkar följande avseende punkt 1: Att hälso- och sjukvårdsnämnden ställer sig bakom alternativ 2 som presenterats i utredning av sjukresebeställningar.

Elin Hoffner (V) yrkar avslag till punkt 2 och 3.

Bengt Bergqvist (S) yrkar följande: Socialdemokraterna anser att beslut om att överlåta myndighetsutövning på annan måste fattas av regionens folkvalda i regionfullmäktige. Socialdemokraterna yrkar att frågan ska avgöras i regionfullmäktige.

Bengt Bergqvist (S) yrkar följande avseende punkt 1: Socialdemokraterna anser att behov av sjukresa måste fattas lokalt av kompetent personal med lokal kännedom. Därför yrkar Socialdemokraterna på alternativ 2.

Elin Hoffner (V) yrkar bifall till Bengt Bergqvists yrkande.

Robert Hamberg (M) yrkar avslag till Elin Hoffners och Bengt Bergqvists yrkanden.

Anette Rangdag (SD) yrkar bifall till Elin Hoffners yrkande.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på regiondirektörens förslag på Bengt Bergqvists yrkande om att frågan ska avgöras i fullmäktige och finner det avslaget.

Votering

Votering begärs och följande propositionsordning fastställs:

Den som avslår Bengt Bergqvists yrkande röstar "Ja". Den som bifaller Bengt Bergqvists yrkande röstar "Nej".

Med sju ja-röster och sex nej-röster finner ordföranden att Bengt Bergqvists yrkande avslås.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på regiondirektörens förslag mot Elin Hoffners och Bengt Bergqvists yrkande avseende punkt 1 och finner regiondirektörens förslag antaget.

Votering

Votering begärs och följande propositionsordning fastställs:

Den som bifaller regiondirektörens förslag röstar "Ja". Den som bifaller Elin Hoffners och Bengt Bergqvists yrkande röstar "Nej".

Med sju ja-röster och sex nej-röster finner ordföranden regiondirektörens förslag antaget.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på regiondirektörens förslag i punkt 2 mot Elins Hoffners avslagsyrkande och finner regiondirektörens förslag antaget.

Ordföranden ställer proposition på regiondirektörens förslag i punkt 3 mot Elins Hoffners avslagsyrkande och finner regiondirektörens förslag antaget.

Ordföranden ställer proposition på Cristine Perssons tilläggsyrkande och finner det antaget.

Beslut

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden ställer sig bakom alternativ 3 som presenteras i Utredning av sjukresebeställningar.

2. Hälso- och sjukvårdsnämnden förutsätter att Regionala utvecklingsnämnden avtalar om ett samarbete med Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län (Din Tur) om central bedömningsfunktion, samordning och beställning av sjukresor.

3. Hälso- och sjukvårdsnämnden ger i uppdrag till regiondirektören att ta fram förslag på samarbetsavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland om verksamhetsutveckling av sjukreseverksamheten.

4. Hälso- och sjukvårdsnämnden ger regiondirektören i uppdrag att redovisa hur sjukresebeställningen har utvecklat sig ut ett patient-, verksamhets- och ekonomiskt perspektiv då det varit i drift i ett år.

Reservationer

Bengt Bergqvist (S), David Adervall (S), Margareta Winberg (S) och Jenny Sellsve (S) reserverar sig till förmån för Bengt Bergqvists yrkande om att frågan ska avgöras i fullmäktige.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

2019-06-12

Bengt Bergqvist (S), David Adervall (S), Margareta Winberg (S), Jenny Sellsve (S) och Elin Hoffner (V) reserverar sig till förmån för Bengt Bergqvists och Elin Hoffners yrkanden gällande punkt 1.

Protokollsanteckning

Bengt Bergqvist (S), David Adervall (S), Margareta Winberg (S) och Jenny Sellsve (S) deltar inte i beslutat gällande punkt 2 och 3.

Beslutsunderlag

- §91 Regionala utvecklingsnämnden Utredning av sjukresebeställningar
- Utredning av sjukresebeställningar
- Utredning av sjukresebeställningar

Voteringslista: §68

Ärende: Utredning av sjukresebeställningar, HSN/305/2019

Voteringslist(or)

Omröstning mellan avslag eller bifall till Bengt Bergqvists yrkande om ärendet ska avgöras av fullmäktige

Ledamot	Ja	Nej	Avstår
Lennart Ledin (L), 1:a vice ordförande	X		
Margareta Mahmoud Persson (KD), Ledamot	X		
Robert Hamberg (M), Ledamot	X		
Amanda Jonsson (M), Ledamot	X		
Cristine Persson (C), 3:e vice ordförande	X		
Marie-Louise Oscarsson (C), Ledamot	X		
Bengt Bergqvist (S), 2:e vice ordförande		X	
David Adervall (S), Ledamot		X	
Margareta Winberg (S), Ledamot		X	
Elin Hoffner (V), Ledamot		X	
Anette Rangdag (SD), Ledamot		X	
Erik Orrell (C), Ersättare	X		
Jenny Sellsve (S), Ersättare		X	
Resultat	7	6	0

Omröstning mellan regiondirektörens förslag i punkt 1 mot Elin Hoffners och Bengt Bergqvists yrkanden.

Ledamot	Ja	Nej	Avstår
Lennart Ledin (L), 1:a vice ordförande	X		
Margareta Mahmoud Persson (KD), Ledamot	X		
Robert Hamberg (M), Ledamot	X		
Amanda Jonsson (M), Ledamot	X		
Cristine Persson (C), 3:e vice ordförande	X		
Marie-Louise Oscarsson (C), Ledamot	X		
Bengt Bergqvist (S), 2:e vice ordförande		X	
David Adervall (S), Ledamot		X	
Margareta Winberg (S), Ledamot		X	
Elin Hoffner (V), Ledamot		X	
Anette Rangdag (SD), Ledamot		X	
Erik Orrell (C), Ersättare	X		
Jenny Sellsve (S), Ersättare		X	
Resultat	7	6	0

Utredning av sjukresebeställningar

2019-04-30

Sammanfattning/bakgrund

Som folkbokförd i Region Jämtland Härjedalen kan du, som patient få bidrag för dina resor till och från sjukvården. Regionen har det ekonomiska och administrativa ansvaret för sjukresor. Regionen ansvarar för att fastställa regler för resekostnadsersättning, men har däremot inget formellt ansvar för att resmöjlighet till och från vårdinrättningarna finns (Från Region Jämtland Härjedalens sjukreseregler). I nuläget delas det administrativa arbetet för sjukresor upp mellan medarbetare i sjukvården och handläggare på Beställningscentral Jämtland AB. Sjukvårdens ansvar för bedömning och beslutsfattning har inneburit en negativ påverkan på ekonomi, arbetsmiljö, patienter och kvalitet. Regiondirektören fattade därför i mars 2018 beslut om att förflytta vårdens administrativa ansvar för sjukresor till en central verksamhet med rätt kompetens och systematiskt arbetssätt.

Denna rapport innehåller en beskrivning av nuläget, gällande administration av sjukresor. I rapporten jämförs tre alternativa lösningar för framtida sjukreshantering, med central bedömningsfunktion och beställningscentral. Jämförelsen görs utifrån funktion, kvalitet, kontinuitet, stabilitet, patientperspektiv, ekonomi och möjlighet till verksamhetsutveckling. I utredningen berörs även konsekvenser för arbetstillfällen.

Alternativ ett innebär en central bedömningsfunktion i egen regi i kombination med en upphandlad beställningscentral. Alternativ två innebär att både central bedömningsfunktion och beställningscentral drivs i egen regi. Alternativ tre innebär att Region Jämtland Härjedalen samarbetar med Region Västernorrland kring central bedömningsfunktion och beställningscentral. Detta ska då göras på Region Västernorrlands befintliga beställningscentral Din Tur Kundcenter.

I utredningen bedöms ett samarbete med Region Västernorrland kunna leda till flest positiva konsekvenser i jämförelse med övriga två alternativ. Detta alternativ uppfyller kraven på kvalitet, samtidigt som det bedöms medföra mest stabilitet och kontinuitet till lägst kostnad. En viktig förklaring till detta är att de två regionernas sammanslagna volymer av bedömning av sjukresebehov och sjukresebeställningar blir stora och möjliggör både en större grundbemanning och lägre kostnad per ärende än i de andra två alternativen. Ett samarbete med Region Västernorrland är även det enda av alternativen som ger möjligheter till gemensam verksamhetsutveckling och möjligheter att dela ansvar och resurser för att ta fram it-stöd, nya digitala produkter i framtiden mm.

Slutsats: Utifrån resultatet i denna rapport, ses förslaget med ett fördjupat samarbete mellan Region Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen som det mest fördelaktiga.

Utredning av sjukresebeställningar
Dnr HSN/305/2019

Handläggare
Annika Jonsson
Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Region Jämtland Härjedalen
Box 654, 831 27 Östersund
www.regionjh.se

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING/BAKGRUND	1
1 AVGRÄNSNING	5
2 VERKSAMHETSUTVECKLING SJUKRESOR - BAKGRUND, NUTID OCH FRAMTID5	
2.1 Sjukresor – fördelning på hälso- och sjukvården respektive regional utveckling	5
2.2 Utveckling av sjukreseverksamheten under åren.....	5
2.2.1 <i>Bedömning av sjukresebehov</i>	6
2.2.2 <i>Ansvarsfördelning för utveckling av sjukreseverksamheten</i>	7
2.2.3 <i>Motivering för flytt av sjukresebedömning från vården</i>	9
2.3 Skapandet av en central bedömningsfunktion	10
2.3.1 <i>Utformning av sjukreseprocess och studiebesök i Värmland</i>	10
2.3.2 <i>Funktionskrav</i>	11
2.3.3 <i>Dygnet runt-tillgänglighet</i>	11
2.3.4 <i>Fysisk sjukresereception på Östersunds sjukhus</i>	11
2.3.5 <i>Regionens erfarenhet av central sjukresebedömning</i>	12
2.4 Diskussioner mellan Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland	12
3 SJUKRESOR I JÄMTLANDS LÄN - NULÄGE	13
3.1 Rätten till sjukresa	13
3.2 Samarbetsavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner	13
3.3 Sjukreseprocessen	13
3.3.1 <i>Egen sjukresa och ansökan om sjukresebidrag</i>	14
3.3.2 <i>Sjukresa med dyrare färdssätt</i>	14
3.3.3 <i>Utomlänssjukresa</i>	14
4 KOSTNADER FÖR SJUKRESOR – NULÄGE.....	15
4.1 Trafikkostnader.....	15
4.2 I vården	15

4.3	För beställningar av sjukresor och SÄK	16
5	SJUKRESEHANTERING – UTGÅNGSPUNKT INFÖR FRAMTIDA ORGANISATION 17	
5.1	Regionens behov	17
5.2	Kravställning och avtal	17
5.2.1	<i>Funktion och kvalitet</i>	17
5.2.2	<i>Patientperspektiv</i>	19
5.2.3	<i>Ekonomi</i>	19
5.2.4	<i>Övrigt – verksamhetsutveckling och arbetstillfällen</i>	19
6	JÄMFÖRELSE AV ALTERNATIVEN	19
6.1	Regionens alternativ i nuläget	19
6.2	Central bedömningsfunktion – funktion och kvalitet	20
6.3	Beställningscentral – funktion och kvalitet.....	20
6.4	Patientens perspektiv	22
6.5	Ekonomi	23
6.5.1	<i>Beräkningsantaganden</i>	23
6.5.2	<i>Jämförelse</i>	24
6.5.3	<i>Effekt på trafikkostnader</i>	26
6.5.4	<i>Sällankostnader</i>	26
6.6	Övrigt.....	27
6.6.1	<i>Verksamhetsutveckling</i>	27
6.6.2	<i>Arbetstillfällen</i>	28
6.7	Sammanfattande bedömning	29
7	FRAMTIDA SAMARBETE - FÖRSLAG	30
7.1	Nuvarande samarbete mellan Region Västernorrland och kommunerna i Västernorrlands län	30
7.2	Beskrivning av framtida samarbete	30

7.2.1	<i>Organisering</i>	30
7.3	Sjukresehantering - process	31
8	JURIDIK	32
8.1	Ändring i kommunallagen	32
8.2	Samarbete kring sjukresor	33
8.2.1	<i>Relevanta lagregler</i>	33
8.2.2	<i>Kommentarer</i>	33
8.3	Konsekvenser för nuvarande samverkan mellan kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen	34
8.3.1	<i>Relevanta lagregler</i>	34
8.3.2	<i>Möjligheter och konsekvenser för kommunerna i Jämtlands län</i>	34
9	REGIONDIREKTÖRENS BEDÖMNING	36
9.1	Beslutsgången för denna utredning	36
10	BILAGA EKONOMI	37

1 Avgränsning

Denna rapport inkluderar *inte* upphandling av utförare av allmän eller särskild kollektivtrafik – det handlar enbart om bedömning av behov av resor, beställning av resor och andra beställningstjänster.

Länstrafiken har under våren 2019 genomfört en egen utredning om färdtjänstresor. Utredningen kommer inte fram till några andra slutsatser än att både sjukresor och färdtjänst även fortsättningsvis bör samordnas. Endast så kan samordningsvinster uppnås i nivå med nuvarande inom samverkansavtalet mellan Region Jämtland Härjedalen och sex av länets kommuner. Färdtjänstresor ingår därför inte i denna utredning.

2 Verksamhetsutveckling sjukresor - bakgrund, nutid och framtid

2.1 Sjukresor – fördelning på hälso- och sjukvården respektive regional utveckling

Sjukresor är något som i hög grad berör patienter, medarbetarna i vården och regionens ekonomi. Ansvaret för sjukresorna ligger därför på hälso- och sjukvården.

Region Jämtland Härjedalen och sex av länets kommuner samarbetar sedan flera år tillbaka kring särskild kollektivtrafik, där sjukresor med dyrare färd sätt ingår. Den Regionala Kollektivtrafikmyndigheten (RKM) inom regionala utvecklingsnämnden håller i detta samarbete.

Olika delar av sjukreshanteringen ingår således i både hälso- och sjukvårdsnämndens och i regionala utvecklingsnämndens verksamhetsområden. Det är av detta skäl som denna utredning presenteras båda nämnderna.

2.2 Utveckling av sjukreseverksamheten under åren

Under årens lopp har ett antal åtgärder vidtagits för att utveckla sjukreseverksamheten och bromsa ökningen av sjukresekostnader. Region Jämtland Härjedalen har näst högst kostnader i landet för sjukresor. En av orsakerna till det är förstås att resor med taxi blir extra dyra på grund av de långa avstånden. I likhet med övriga län dominerar kostnaderna för sjukresetaxi med 85 procent av regionens totala kostnader för sjukresor. Att taxiresor utgör en så stor andel av sjukresorna beror dock inte enbart på att de är betydligt dyrare än resor med bil eller buss, utan även på bristfällig tillämpning av sjukresoreglerna. Det framkom i den genomlysning av verksamheten som gjordes 2015. Syftet med genomlysningen var att finna åtgärder för att sänka kostnaderna för sjukresor.

2.2.1 Bedömning av sjukresebehov

I genomlysningen gjordes en analys av sjukreseärenden. Den visade att det gjordes fler taxiresor än motiverat p g a bristfällig tillämpning av det regelverk som regionen har för sjukresor. Vid samtalen med medarbetare inom vården framkom flera orsaker till detta: tidsbrist, att bedömningen av sjukresebehov sågs som en oprioriterad arbetsuppgift inom vårduppdraget och en okunskap om regelverket. Patientrelationen upplevdes också som ett hinder. Även i de fall det inte är medicinskt motiverat, kan det upplevas svårt att neka en patient, som man haft en långvarig relation till, att resa med taxi.

Bedömning av sjukresebehov innebär en myndighetsutövning och myndighetsutövning kräver stringens. Bristen på kunskap i vården kring regelverk och tillämpning, samt bristen på tid, gjorde att minsta motståndets lag ofta fick gälla. Bedömning och myndighetsutövning blev många gånger godtycklig och det var som regel de patienter som pratade högst som fick mest. En godtycklig myndighetsutövning blir också ojämlig, vilket kan sägas strida mot likställighetsprincipen i kommunallagen¹. Några exempel på inkorrekt tillämpning av regelverket för sjukresor, som tidigare rapporterats om från enheten för särskild kollektivtrafik (SÄK)², var: *”Resa Ösd sjukhus-hemmet. Taxi beviljad eftersom ”vederbörande måste hinna göra sig i ordning inför Julbord”. ”Östersundsresenär får klart för sig att vederbörande måste vänta till den fasta avgångstiden för hemresa: - avbokar då resan och säger ”Då tar vi en promenad hem istället”.*

Vid sidan om normala prisökningar, resulterade den inkorrekt tillämpningen av sjukreseregler i stigande kostnader för sjukresor, i synnerhet för taxiresor.

Som ett resultat av genomlysningen, och i ett försök att bryta trenden med stigande kostnader för sjukresor med taxi, fattade regionstyrelsen 151208 beslut om åtgärder som skulle genomföras i två steg (RS/1827/2015).

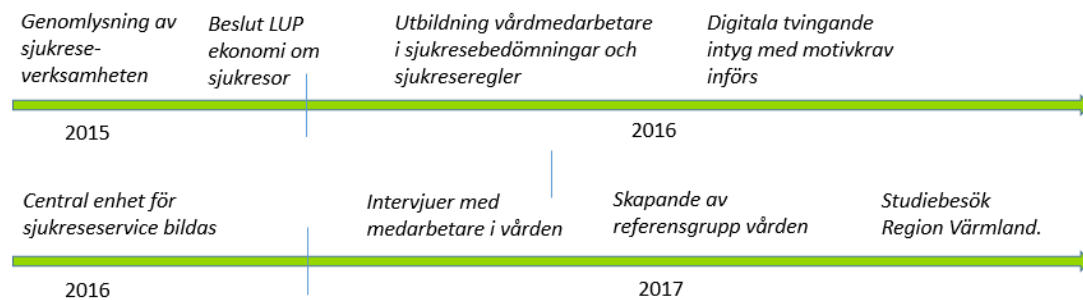
Det första steget innebar att medarbetarna i vården utbildades för att förbättra deras kunskaper och uppnå en striktare tillämpning av sjukresoreglerna. Därefter infördes tvingande digitala intyg i vårdsystemet Cosmic med motivkrav. Rätten att utfärda intyg begränsades till personal som genomgått utbildningen om sjukresoreglerna. Hittills har totalt 1320 medarbetare utbildats.

Åtgärderna gav viss tillfällig effekt på sjukresekostnaderna. Om dialysenheten räknas bort³, minskade kostnaderna för sjukresor i taxi med 1,9 miljoner kronor (-6,0 procent) mellan 2015 (före utbildningen) och 2017 (året efter att hela utbildningen genomförts). Mellan 2017 och 2018 ökade de åter med 0,4 miljoner kronor (+1,2 procent). Att de åter skulle öka, var inte helt oväntat. Över tiden anställs ny personal och andra slutar. Därför krävs det återkommande utbildningsinsatser för att upprätthålla kunskapen om sjukresoreglerna. Dessutom finns det inhyrd personal i vården som också måste känna till vad som gäller.

¹ Kommunallagen 3 § *Kommuner och landsting ska behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat.*

² SÄKs årsrapport 2017

³ Varje enskild ny patient till dialysenheten, i synnerhet de som bor långt från Östersunds sjukhus, får så stor effekt på kostnaderna för sjukresor taxi, att de bör räknas bort för att få en rättvisande jämförelse av dessa kostnader.

Bild 1: Olika åtgärder som genomförts för att utveckla sjukreshanteringen**2015-2017**

I ett andra steg, skulle effekterna utvärderas och ställning tas till införandet av en central enhet för sjukresor. Så skedde också hösten 2016, då en ny grupp – *Sjukreseservice* - startade för att avlasta vården och utveckla hanteringen av sjukresor. Bland annat övertog man koordinering och beställning av de tidsödande utomlänssjukresorna.

Som en del i uppbyggnaden av Sjukreseservice, gjordes under 2017 ett ordentligt kartläggningsarbete för att kunna förbättra sjukreshanteringen. Många medarbetare i vården intervjuades och dessutom skapades en referensgrupp med medarbetare från vården för det fortsatta arbetet.

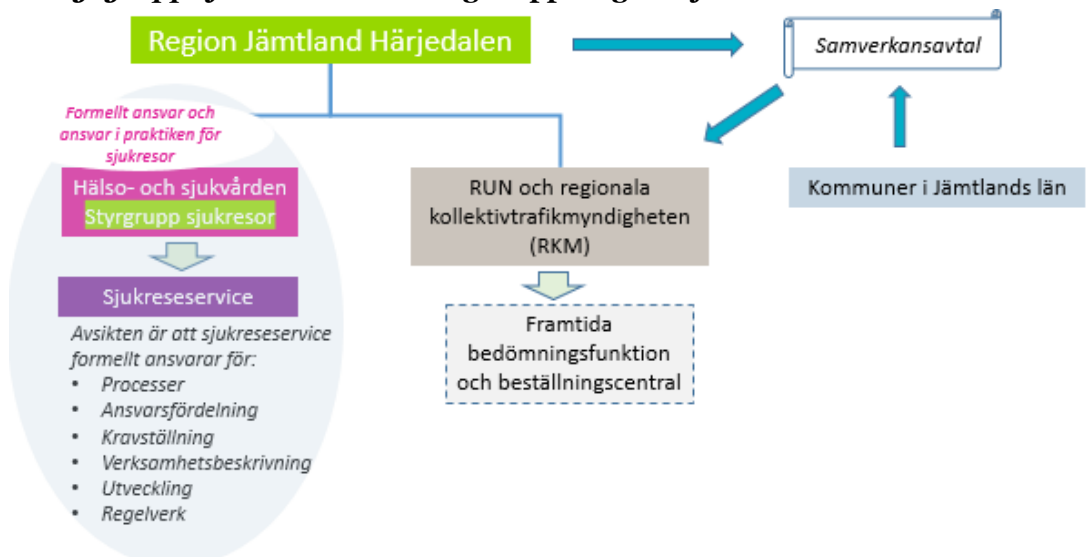
Ett studiebesök gjordes också hos Region Värmland som hade flyttat bedömningen av sjukresebehov från vården (mer om detta i avsnitt 2.3.1).

2.2.2 Ansvarsfördelning för utveckling av sjukreseverksamheten

Verksamhetsutvecklare på Sjukreseservice hade ett uppdrag att ta fram förslag på processer, ansvarsfördelning, kravställning och verksamhet för sjukreshanteringen. Under utredningens gång blev det tydligt att nuvarande uppdelning av regionens sjukreshantering på många olika parter, i praktiken innebär att ansvaret till stor del fanns hos ett dotterbolag (Länstrafiken) och en externt upphandlad aktör, vilket bild 2 illustrerar.

[illegible]

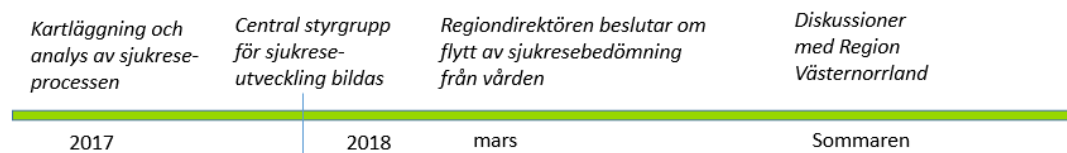
Bild 3: Förflyttning av ansvar i praktiken för sjukresor – första steg inrättande av *styrgrupp sjukresor* och utvidgat uppdrag till sjukreseservice



107

behovet av arbetade timmar för sjuksköterskor och därmed kunna minska nyttjandet av inhyrda sjuksköterskor. Bedömning av behov av sjukresor bedöms vara en sådan arbetsuppgift som inte ovillkorligen vårdpersonal behöver göra.

Bild 4: Olika åtgärder som genomförts för att utveckla sjukreshanteringen 2017-2018



Efter insatserna i vården för att förbättra tillämpningen av sjukreseregler minskade, som beskrevs tidigare, kostnaderna för sjukresor med taxi temporärt. Men samtidigt hade sjukreseadministrationen blivit mer betungande. I mars 2018 beslutade därför regiondirektören att handläggningen av sjukreseärenden skulle flyttas från vårdpersonalen för att avlasta dem från administrativa uppgifter. Målet är att vårdpersonalen från och med oktober 2020 inte längre ska hantera sjukreseärenden över huvud taget. Enligt beslutet skulle uppgiften istället fördelas på regionens sjukreseservice och en beställningscentral.

2.2.3 Motivering för flytt av sjukresebedömning från vården

Syftet för, och de förväntade konsekvenserna av, att flytta bedömningsfunktionen från vården, var följande:

Mer jämlik sjukresebedömning för patienterna

Målet är att patienten ska känna sig trygg i att få en korrekt och jämlik behandling och myndighetsutövning. Det ska inte spela någon roll vem patienten vänder sig till. Bedömningen ska alltid bli densamma. En förutsättning för att kunna uppnå detta mål är att denna arbetsuppgift utförs av en mindre grupp med specialutbildade medarbetare som enbart arbetar med bedömningar. Det blir färre som behöver lära sig sjukreseregler, använda adekvata bedömningsstöd, lära sig samtalsmetodik mm och de har bättre förutsättningar att bli bra på att göra bedömningar.

Korrekt användning av sjukresor möjliggör taxisjukresor även i framtiden.

I Lag (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor föreskrivs att landsting ska lämna ersättning för resekostnader "i samband med öppen hälso- och sjukvård som anordnas av ett landsting" mm. Där sägs också att "Resekostnadsersättning enligt 1 § beräknas enligt de grunder som sjukvårdshuvudmannen bestämmer. Lag (1995:1488)." En region ska därför lämna ersättning enligt de regler som regionfullmäktige beslutar om, men har ingen skyldighet att tillhandahålla resor med specialfordon (taxi). De specialiserade fordonen har ett logiskt syfte och tanken är att de ska användas. Men Region Jämtland Härjedalen har begränsade resurser. Genom att enbart använda fördyrande färdssätt där de behövs mest, bedöms kostnaderna för taxiresor sjunka markant. Då kommer resor med taxi och specialfordon kunna erbjudas patienter även i framtiden.

Bättre arbetsmiljö i vården och mer tid för kärnverksamheten

För de över tusen medarbetare som är inblandade i dessa myndighetsutövningar, innebär flytten minskad koncentrationsstörning och arbetsbelastning, när dessa ständiga avbrott och tidskrävande handläggningar försvinner. Vissa enheter på sjukhuset har behövt gå så långt att en specifik medarbetare nästan enbart får hantera sjukreseärenden. Utöver mer tid för kärnverksamheten, slipper även medarbetarna försättas i situationer med moraliska dilemman, när de måste agera myndighetsutövare samtidigt som de värnar om patientrelationen. Flytten bidrar till en bättre arbetsmiljö och är i linje med RAK-arbetet.

2.3 Skapandet av en central bedömningsfunktion

Uppdrag gavs till verksamhetsutvecklare inom Sjukreseservice att utreda hur den centrala sjukresefunktionen skulle se ut och vilka aktörer som skulle kunna utföra uppdraget, samt att presentera ett förslag till styrgruppen. I uppdraget ingick att finna en lösning till hur den centrala sjukresefunktionen skulle kunna överta helheten och utföra administration och myndighetsutövning på ett kvalitativt, patientsäkert och kostnadseffektivt sätt. För att kunna utforma en ny process - anpassad till en central hantering av sjukreseärenden - krävdes en analys av den befintliga processen.

2.3.1 Utformning av sjukreseprocess och studiebesök i Värmland

Inför regiondirektörens beslut om att flytta sjukresebedömningar från vården, besöktes Landstinget i Värmland. De hade under sex års tid bedrivit en central sjukresefunktion i samarbete med Värmlandstrafiken. Genom att undersöka Värmlands process och vilka konsekvenser den fått för medarbetarna i vården, ekonomin och patienterna, gavs en ungefärlig bild över hur en framtida process skulle kunna se ut i Region Jämtland Härjedalen.

Även om Värmlands län har glesbygd och en stor andel äldre, precis som Jämtlands län, finns också olikheter. Jämtlands län är nästan tre gånger så stort som Värmland, men har mindre än hälften av Värmlands befolkning i storlek. Dessutom har Värmlands län en annan vårdstruktur, med flera sjukhus. Mellan dessa kör man egna sjukresebussar. Sjukresor i dem kan sägas vara ett mellanting mellan sjukresor i allmän kollektivtrafik och sjukresor i taxi. Genom att sjukresebedömningen kan boka in patienter på dessa sjukresebussar, blir det automatiskt färre patienter som blir aktuella för sjukresor med taxi.

Vid en tidigare genomlysning beräknades potentialen av att bedriva sjukresebuss i egen regi. Analysen visade att, med ett enda sjukhus i Jämtlands län, stora avstånd och förhållandevis få patienter, har trafik med egna sjukresebussar beräknats bli ekonomiskt ineffektivt. Processerna för sjukresehantering i Värmlands län tedde sig därför lite annorlunda mot Region Jämtland Härjedalen.

I frågan om vad som behövs för att få en förflyttning till en central funktion att fungera, finns det däremot mycket att lära från Landstinget i Värmland. En viktig faktor för att upprätthålla verksamhetens funktion och kvalitet, var att det fanns en dygnet runt-tillgänglighet samt en central sjukresereception.

2.3.2 Funktionskrav

Analysen visade att personalen i en central funktion måste ha de förutsättningar som medarbetarna inom vården saknade i sitt arbete med sjukresor:

- Rätt grundkunskap om sjukresor och regelverk.
- Kunskap om tillgängliga resealternativ för patienten, utifrån de förutsättningar som regelverk, geografi och infrastruktur ger.
- Tid – inte minst. Denna arbetsuppgift kan inte utföras effektivt, om den är en av många arbetsuppgifter som måste utföras under tidspress.

För att skapa en enhetlig och effektiv handläggning, behövs vidare

- Ett systematiskt och standardiserat arbetssätt
- Ett bedömningsstöd
- Dygnet runt-tillgänglighet

En vårdorganisation med tusentals vårdanställda har svårt att tillgodose ett enhetligt beteende och rätt tillämpning av regelverket.

2.3.3 Dygnet runt-tillgänglighet

Att sjukresereglererna inte tillämpas konsekvent, d v s att olika personer i vården gör olika bedömningar av sjukresebehov, är något som många patienter har lärt sig och utnyttjar (enligt intervjuer med vårdanställda). För att på allvar avlasta vårdens medarbetare, och säkerställa en enhetlig tillämpning av regelverket, måste därför funktionen finnas tillgänglig dygnet runt. Annars är bedömningen, att patienter kommer att kontakta vården direkt under tider som en central bedömningsfunktion har stängt, just därför att de lärt sig att det är lättare att få sjukresa med taxi godkänd av medarbetare i vården i de fall då patienterna inte har rätt till det. Möjligheten att vända sig direkt till vården med frågor om sjukresor måste alltså tas bort. Enbart då kan det enhetliga arbetssättet införas och till fullo fungera. Även om få transporter sker natt, kväll och helg måste patienterna då vända sig till den centrala funktionen för att vården inte ska påverkas negativt. Akutmottagning och slutenvård har ett patientflöde dygnet runt och skulle annars bli inblandade i sjukresehandläggning. Patientgruppen lär sig snabbt att utnyttja skillnad i tillgänglighet mellan kontors- och jourtid, något som Regionens sjukreseservice idag upplever. Patienten ringer helt enkelt vården, då ett önskat beslut tas av den centrala funktionen. Den centrala funktionen behöver alltså vara tillgänglig dygnet runt.

2.3.4 Fysisk sjukresereception på Östersunds sjukhus

En väl fungerande central bedömningsfunktion bygger på att det finns en fysisk sjukresereception på Östersunds sjukhus. Då patienter ska resa hem från Östersunds sjukhus är det meningen att patienten först diskuterar resesätt, beslutsfattning och intyg. Därefter ska patienten kontakta en beställningscentral för eventuell bokning av en sjukresetaxi. Om patienten inte uppfyller kraven för att beviljas sjukresa med taxi, är det upp till patienten att själv ordna resa. En vanlig företeelse är att patienten då fortsätter diskussionen kring färd sätt och beslut med vårdpersonalen på samma mottagning som nyss besöktes. Vid sjukresebedömningar på en central bedömningsfunktion sker patientens kontakt via telefon. Om patienten då befinner sig på sjukhuset, är risken stor att patienten blir kvar på den enhet där besöket gjordes, ifall det inte finns en annan fysisk plats som

vårdpersonalen kan hänvisa patienten till. Därför behövs en fysisk sjukresereception på Östersunds sjukhus, där patienten kan få hjälp med att genomföra hela sitt sjukreseärende.

I landstinget i Värmland har denna funktion använts i sex års tid och visat sig vara en nödvändighet för att avlasta sjukvården.

2.3.5 Regionens erfarenhet av central sjukresebedömning

Sedan våren 2017 arbetar Region Jämtland Härjedalens Sjukreseservice som central bedömningsfunktion och koordinationscentrum för sjukresor utanför länet. Detta arbete utfördes tidigare av medarbetare i vården och tog då mycket arbetstid av främst sjuksköterskor på specialistvårdsmottagningarna.

Sjukreseservice handläggare kontaktas direkt av patienten och utför en bedömning utifrån ett bedömningsstöd, samt beslutar kring resenärens rätt till fördyrande färdstätt. Därefter koordineras resa, patientboende och mottagarrutiner på annan ort. Central bedömningsfunktion har alltså använts på regionen i mindre skala sedan 2017.

Bedömningen av patientens behov av servicenivå utförs av handläggaren genom att denne skapar sig en bild av patientens behov och förmåga, via en kort intervju. Till sin hjälp har handläggaren bedömningsstöd, nyckelfrågor och träning i samtalsmetodik. Utmaningen, med telefonledes bedömning, kan jämföras med den som medarbetare på vårdmottagningar ställs inför i nuläget. Dessa har inte tidigare träffat patienten och har före handläggningen ingen uppfattning om patientens förmåga eller behov. Utmaningen nu är därför densamma, men förutsättningarna för personalen i en central funktion, i form av rutiner, kunskapsstöd och ett enhetligt arbetssätt är bättre. Därför har resultatet av utomlänshandläggningen förbättrats:

- Handläggningstiden har markant förkortats - från 210 minuter till 28 minuter i genomsnitt.
- Användandet av fördyrande färdstätt har minskat, genom att handläggarna i samtal med patienter fokuserat på användandet av kollektivtrafik och Regionens egna sjukresefordon, i den mån detta är möjligt.

Med en mindre grupp handläggare med rätt träning och förutsättningar kan bättre service och en mer enhetlig myndighetsutövning erbjudas. Då behov uppstår för förändring eller förbättring, är möjligheten att åstadkomma detta större med en central mindre grupp, jämfört med en större arbetsgrupp, som den inom vården.

Erfarenheterna från Sjukreseservice tyder sammanfattningsvis på att förbättringspotentialen är stor av inrättandet av en central bedömningsfunktion för alla sjukresor.

2.4 Diskussioner mellan Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland

Inom ramen för det erfarenhetsutbyte som ständigt pågår på tjänstemannanivå i många verksamheter i landets regioner, träffades tjänstemän från Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland sommaren 2018. Vid diskussionerna visade det sig att båda

regionerna var i behov av beställningscentral, central bedömningsfunktion av sjukresebehov och verksamhetsutveckling kring skapandet av en ny sjukreseorganisation. Det gav upphov till en idé om samarbete mellan de två regionerna. Tillsammans gjordes en analys av de fördelar ett samarbete skulle kunna ge i form av samlade resurser för verksamhetsutveckling, större volymer, en effektivare användning av resurser, ökad samordning av särskild kollektivtrafik och lägre kostnader på några års sikt för både sjukresor och sjukreseadministration. Dessutom skulle man snabbare kunna bygga upp den nya verksamheten, om man samarbetar, än om det görs av var och en för sig. På Regionala utvecklingsnämndens sammanträde 2018-10-16 presenterades sedan ett förslag om att utreda ett möjligt samarbete mellan Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland kring gemensam beställningscentral, central bedömningsfunktion för sjukresor och gemensam verksamhetsutveckling. Beslutet blev att en utredning skulle göras som ska belysa konsekvenserna för kostnad, arbetstillfällen i länet, kvalitet (patientsäkerhet) och egen regi kontra upphandlad verksamhet.

3 Sjukresor i Jämtlands län - nuläge

3.1 Rätten till sjukresa

Den som bor i Jämtlands län kan få bidrag för resa i samband med läkarvård, sjukvårdande behandling och tandvård. Det gäller mellan patientens folkbokföringsadress och närmaste vårdgivare som Region Jämtland Härjedalen har anvisat. Resan kan ske med buss, tåg eller privat bil. Resa med taxi eller flyg får bara ske om vårdgivaren bedömer att det är medicinskt motiverat. Rättigheten baseras på de sjukreseregler som regionfullmäktige beslutat om.

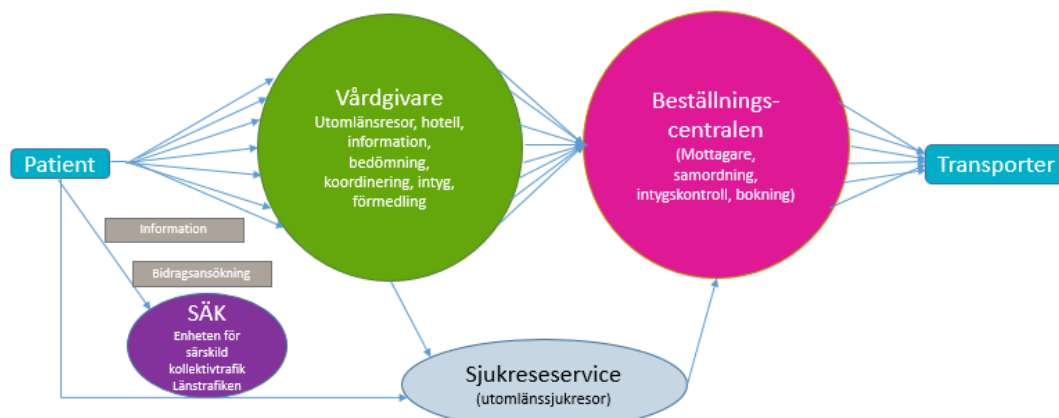
3.2 Samarbetsavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner

Region Jämtland Härjedalen och vissa av länets kommuner har sedan ett antal år tillbaka ett samarbetsavtal om samordning av särskild kollektivtrafik och anropsstyrd allmän kollektivtrafik i Jämtlands län. Avtalet innebär i korthet att Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda och Åre kommuner, samt Region Jämtland Härjedalen samarbetar kring den särskilda kollektivtrafiken⁴ (sjukresor, färdtjänst mm) för att nå större kostnadseffektivitet genom samordning, där så är möjligt. Enheten för särskild kollektivtrafik (SÄK) på Länstrafiken gör viss administration och uppföljning av den särskilda kollektivtrafiken. Beställningsverksamheten är upphandlad och utförs av Beställningscentral Jämtland AB (BC Jämtland), som ägs av fem lokala taxiföretag.

3.3 Sjukreseprocessen

I nuläget kan sjukresehantering se olika ut beroende på färd sätt. De olika aktörer som ingår i hanteringen av sjukreseärenden visas i följande bild.

⁴ Trafik som inte är tillgänglig för alla utan kräver någon av form av tillstånd och vanligen förbokning.

Bild 5: Nuvarande hantering av sjukresor – aktörer

3.3.1 Egen sjukresa och ansökan om sjukresebidrag

Om patienten t ex åkt buss mellan hemmet och sjukhus/hälsocentral och haft kostnader som överstiger gränsen för egenavgiften på 100 kronor, kan patienten i efterhand skicka in en ansökan till sjukresebidragshandläggaren på SÄK för att få ersättning för det överstigande beloppet.

3.3.2 Sjukresa med dyrare färdssätt

Om patienten av olika skäl vill få en sjukresa med dyrare färdssätt (taxi/flyg) betald av regionen, sker det på följande sätt: Patienten kontakter i nuläget vården och framför sin begäran. De medarbetare som har rätt att utfärda sjukreseintyg⁵ ska göra en bedömning av om det finns medicinska behov av sjukresa med dyrare färdssätt och beviljar eller avslår därefter begäran. Om begäran beviljas, skrivs ett intyg i vårdsystemet Cosmic. Patienten, eller medarbetare i vården, ringer sedan till BC Jämtland och beställer sjukresa med t ex taxi, varvid BC Jämtland tar fram intyget i systemet för att bekräfta rätten till sjukresa med taxi. I deras uppdrag ingår även att samordna sjukresenärer i gemensamma sjukresobilar (taxi) för att minska antalet taxitransporter. Samtidigt samordnas regionens sjukresenärer även med kommunernas färdtjänstresenärer när så är möjligt, för att ytterligare minska antalet taxiresor. Därigenom kan kostnaderna sänkas både för regionen och kommunerna. I nuvarande avtal finns ett krav på att BC Jämtland ska uppnå en samordningsvinst på minst 25 procent. BC Jämtland kan tvingas betala ett vite om vinstkvoten inte uppnås. Enligt SÄKs årsrapport 2017 uppgick den totala samordningsvinsten till 26,36 procent (19,7 miljoner kronor). Samordningsvinsten är olika stor beroende på vilken sorts resor det gäller. För färdtjänstresor var samordningsvinsten endast 9,67 procent medan den uppgick till 28,47 procent ifråga om sjukresor. Något som bidragit till samordningsvinsten är införandet av fasta avgångstider för sjukresor med taxi till och från Östersunds sjukhus.

3.3.3 Utomlänssjukresa

Ibland remitteras patienter till vård på sjukhus i andra län. När det gäller dessa s k *utomlänssjukresor* hänvisar vårdpersonalen patienterna till regionens sjukreseservice.

⁵ Efter genomförd och godkänd utbildning.

Denna enhet gör sjukresebedömningen, samt koordinerar och samordnar dessa resor som ofta innehåller både transport och boende. Själva bokningen utförs sedan av BC Jämtland.

4 Kostnader för sjukresor – nuläge

Tabell 1: Totala kostnader i miljoner kronor för sjukreseverksamheten 2018 i Region Jämtland Härjedalen

Kostnader i mkr	2018
Trafikkostnader	46,0
Bedömning sjukresebehov	2,5
Sjukresebeställningar mm	2,6
Totalt	51,1

4.1 Trafikkostnader

I nedanstående tabell visas trafikkostnaderna för regionens sjukresor de senaste fyra åren. Sjukresor med taxi uppgår till betydande belopp och det är dessa resor som samordnas med hjälp av BC Jämtland.

Tabell 2: Trafikkostnader i miljoner kronor för sjukresor 2015-2018 Region Jämtland Härjedalen

Sjukresor färdssätt	2015	2016	2017	2018
Bil	4,4	4,2	4,2	4,2
Buss	0,5	0,4	0,3	0,3
Flyg	1,9	1,8	1,1	1,3
Taxi	37,5	37,9	38,5	38,8
<i>Taxi exkl dialysen</i>	31,5	30,8	29,6	30,0
Tåg	1,4	1,1	1,7	1,3
Totalt	45,8	45,5	45,9	46,0
Årlig förändring:				
I miljoner kronor		-0,3	0,4	0,1
I procent		-0,6%	1,0%	0,3%

Med nuvarande tillämpning av sjukresoreglerna är sannolikt kostnaderna för sjukresor med dyrare färdssätt, d v s med taxi och flyg, högre än de skulle vara med en mer korrekt och konsekvent tillämpning av sjukresoreglerna.

4.2 I vården

Nuvarande kostnader i vården för hantering av sjukresor består av flera delar:

- Arbetstid som medarbetare i vården lägger på utbildning, (en mindre del av tiden)
- Den arbetstid som går åt till diskussioner med patienter om sjukresor, tolkning och tillämpning av sjukresoregler, intygsskrivning och beställning av resa via telefon. Enbart tiden i telefonkö vid sjukresebeställning har uppmätts till i genomsnitt 75 sekunder, d v s över en minut. Eftersom det rör sig om ett genomsnitt kan väntetiden vara flera minuter när trycket är som störst på BC Jämtland. Det inträffar oftast samma tid på dagen som trycket inom vården också är som störst.

Svåruppskattad kostnad för försämrad arbetsmiljö

Många personer i vården lägger tid på dessa arbetsuppgifter. De är svåra att planera in och måste ofta göras omedelbart, vid sidan om andra pågående arbetsuppgifter. Det tar tid från rent medicinskt patientarbete och leder till många avbrott – störningsmoment som kan bidra till försämrad koncentration och lägre patientsäkerhet. Sämre arbetsmiljö försvårar rekryteringar och bibehållande av stabil bemanning. Det är svårt att beräkna kostnader på grund av störningar i vårdarbetet och en försämrad arbetsmiljö. Den rena tidsåtgången kan däremot uppskattas, även om den inte registreras separat.

Uppskattning av nedlagt tid i vården på sjukreseadministration

Arbetstiden uppskattas motsvara minst 4-5 årstjänster⁶, till en kostnad på ca 2,5 miljoner kronor (se tabell 3, avsnitt 6.4). Arbetsuppgifterna ingår som mindre delar av tjänster utspridda över hela regionens verksamhet, varför det inte går att göra direkta nedskärningar av tjänster i vården, enbart som en följd av att dessa arbetsuppgifter flyttas. Respektive område har dock möjlighet att lägga ihop frigjord tid med andra tidsbesparande åtgärder och därigenom minska personalkostnaderna.

Alternativt kan tiden användas för mer vård och som en konsekvens ge minskade kostnader för vårdgaranti. På ögonmottagningen har man t ex räknat ut att överläkaren skulle kunna göra ytterligare en operation per dag ifall assisterande personal slapp sjukreshanteringen. De opererar 3 dagar per vecka 40 veckor per år, vilket innebär att 120 fler operationer då skulle kunna göras. Därutöver skulle de hinna med 1200 fler kvalificerade rådgivningsbesök av ögonsjuksköterska per år, mm. Och detta är bara en mottagning (av ett 60-tal mottagningar och hälsocentraler), även om det är den största sett till antalet besök.

Kostnader i vården för sjukreseadministration: Ca 2,5 miljoner kronor

4.3 För beställningar av sjukresor och SÄK

Utöver kostnaderna inom vården, betalar Region Jämtland Härjedalen omkostnader för beställning av sjukresor på två sätt:

- En kostnad per sjukresebeställning till BC Jämtland enligt prislista. Total kostnad 2017: ca 1,5 miljoner kronor (se tabell 3, avsnitt 6.4).
- Regionens andel av kostnaden för *enheten för särskild kollektivtrafik* (SÄK) på Länstrafiken. Kostnad 2017 var ca 0,6 miljoner kronor (se tabell 3, avsnitt 6.4). Omkostnaden för enheten i form av hyra, it, en del personalkostnader mm fördelas på regionen respektive deltagande kommuner utifrån antal beställningar samt en fördelningsnyckel.
- En årstjänst på SÄK hanterar sjukresobidragsutbetalningar till patienter som har haft kostnader för sjukresor som de ordnat själva. Kostnaden för denna tjänst debiteras direkt till regionen⁷ och uppgick till ca 0,5 miljoner kronor 2017 (se tabell 3, avsnitt 6.4).

⁶ Beräkningen baseras på den tid som åtgår på sjukreseserviceenheten för samma arbetsuppgifter

⁷ På samma sätt finns handläggare på SÄK som hanterar ansökningar om färdtjänsttillstånd. Kostnaderna för dem debiteras direkt kommunerna baserat på nyttjande.

BC Jämtland utförde nästan 84 000 beställningar åt Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner under 2017. Om samtal för sjukresebeställningar görs utanför kontorstid till BC Jämtland, besvaras samtalen av Taxi Östersund. Då bokningar av sjukresetaxi kräver tillgång till sjukreseintyg, vilket inte Taxi Östersund har, kan sådana sjukresbokningar inte ske utanför kontorstid.

5 Sjukresehantering – utgångspunkt inför framtida organisation

5.1 Regionens behov

Det är flera faktorer som har betydelse för Region Jämtland Härjedalens behov att lösa hanteringen av sjukresor under kommande år:

- Rådande avtal med Beställningscentral Jämtland (BC Jämtland) löper ut sista september 2020. Från och med första oktober 2020 måste därför regionen ordna så att det finns en aktör som kan ta hand om *samtal för beställning av sjukresor*.
- Regionen måste se till att funktionen *bedömning av behov av sjukresa*, utförs någon annanstans än i vården, som följd av det beslut som fattats av regiondirektören.

5.2 Kravställning och avtal

En framtida central bedömningsfunktion och beställningscentral behöver tillgodose Region Jämtland Härjedalens krav på kvalitet, patientsäkerhet och ekonomi.

Den centrala bedömningsfunktionen innehåller myndighetsutövning och kan därför inte upphandlas av ett privat eller kommunalt företag. Den kan däremot utföras genom egen regi eller samverkan med annan region eller kommun, enligt kommunallagen.

Oavsett vilken aktör som i framtiden får uppdraget att hantera central bedömningsfunktion och beställningscentral, kommer samma förväntningar och krav ställas från Region Jämtland Härjedalen. Avsikten är att affärsmässiga avtal ska upprättas mellan Region Jämtland Härjedalen, de kommuner som deltar och den aktör som får uppdraget, oavsett om det sker genom upphandling, eller samverkan över länsgränser.

De krav som ska ingå i ett avtal kan sammanfattas i ett antal huvudpunkter under rubrikerna *funktion och kvalitet*, *patientperspektiv* och *ekonomi*:

5.2.1 Funktion och kvalitet

Svarsstatistik och tillgänglighet

För att säkerställa en tillräcklig nivå av tillgänglighet ska krav på tillgänglighet skrivas in i avtalet, d v s att svar på inkommande telefonsamtal sker inom ett maximalt tidsintervall. Exempelvis är ett av kraven i nuvarande avtal att leverantören ska besvara minst 90 procent av samtalen inom 2 minuter. Statistik över svarstider ska följas upp för att mäta om kvalitetsnivån upprätthålls.

Kunskap om bedömning och regelverk

Koordinatorerna (handläggarna) på den framtida bedömningsfunktionen ska genom utbildning, stöddokument och handledning få möjlighet att utföra rätt myndighetsutövning och beslut. Utbildningsprogram, uppföljning och kontinuerlig handledning från Sjukreseservice ska tillgodose dessa förutsättningar.

Krav på följsamhet till Region Jämtland Härjedalens regelverk kan utkrävas i ett affärsmässigt avtal. Ett sådant krav kan läggas in i ett avtal både med en upphandlad part och med en samverkanspartner. Uppföljning och stickprover kan fungera som verktyg för att se till att rätt tillämpning av regelverket sker.

Korrekt och konsekvent bedömning av en patients behov av sjukresa

Krav ska ställas på att bedömningen görs i enlighet med regionens sjukreseregler, d v s att regelverket tillämpas korrekt. Regelverket för sjukresor är anpassat till att de patienter som har störst behov av utökad service, ska få det. Men det är även utformat så att de patienter som inte har samma behov, därigenom får acceptera en lägre form av service. På det sättet kan regionens begränsade resurser användas för de med störst behov. Det betyder att om en patient, t ex på grund av ett funktionshinder inte kan använda sig av det billigaste färdssättet, kan patienten beviljas sjukresa med taxi eller annat specialfordon. Vid bedömningen är utgångspunkten patientens behov, som bedöms utifrån förmåga eller funktionshinder. Brist på pengar eller brist på kollektivtrafik är därför enligt regelverket inte skäl för användande av sjukresetaxi.

Tillgänglighet dygnet runt

För att skapa en tydlig avgränsning mellan medarbetarna i vårdens *vårduppdrag* och sjukresehandläggningen, och dessutom på allvar möjliggöra en enhetlig tillämpning av regelverket, krävs en central funktion med tillgänglighet dygnet runt. Resorna och samtalen är visserligen färre under jourtid, men en konsekvent och jämlik bedömning av sjukresebehovet kan endast ske om den görs av den centrala bedömningsfunktionen med dess enhetliga arbetssätt samt kunskap om reglerna. Och då måste den centrala bedömningsfunktionen ta hand om *alla* samtal och handläggningar. Det är en förutsättning för att uppnå den kvalitet som eftersträvas. Tillgänglighet dygnet runt är även en förutsättning för att avlasta medarbetarna i vården under jourtid, då de redan har en lägre bemanning.

Förutsättningar i form av kunskap om alternativa resesätt och geografi

En beställningscentral och bedömningsfunktion ska kunna ge bra förslag på alternativa resesätt då sjukresa med taxi inte är befogat. Genom digitala arbetsverktyg och kunskapsdatabaser kan resmöjligheter för varje enskild patient analyseras. Detta görs idag av Sjukreseservice via publika webbaserade verktyg. Detta ska ingå i internutbildningen på enheten och handläggarna ska ha sådan kompetens.

Samordningsuppdrag och samordningskrav

Liksom i nuvarande avtal ska uppdrag och krav på samordning ges till den framtida beställningsfunktionen. Kravet syftar till att uppnå en så hög samordningsprocent som möjligt för att minska eller bromsa ökningen av kostnader för sjukresor med taxi. Kravställningen kan upprätthållas med affärsmässiga avtal och kontinuerlig uppföljning,

5.2.2 Patientperspektiv

Målet är att patienten varje gång ska kunna känna sig trygg med att patientinformation hanteras på rätt sätt och att en likvärdig, korrekt och konsekvent bedömning sker i enlighet med regionens sjukreseregler.

Tanken med en korrekt myndighetsutövning är att ge patienten en individuellt anpassad bedömning. Det innebär både att förhindra felaktigt utnyttjande av speciella resurser, men även att använda de speciella resurserna där de behövs mest. Det betyder att en patient som är äldre, bor otillgängligt och har någon form av funktionshinder eller handikapp (kan både röra sig om fysiska, psykiska eller kognitiva funktionshinder) har självklar rätt till en högre nivå av service. För den delen av patientgruppen där behovet är som störst, ska regelverket möjliggöra stödfunktioner. Då det medicinska behovet inte finns, ska istället andra transportresurser användas, så som egen bil, buss eller tåg.

5.2.3 Ekonomi

Målet är att, med uppfyllande av ovan beskrivna kvalitetskrav, uppnå en så låg totalkostnad som möjligt med hänsyn till

- Vårdens kostnader (mätt som värdet av den tid som läggs ned i vården på dessa arbetsuppgifter)
- Kostnader för sjukresebedömning och sjukresebeställningar (inkl information)
- Samordningsvinster vid beställning av sjukresor och annan särskild kollektivtrafik
- Minskning av kostnader för sjukresor med taxi och flyg som följd av en mer korrekt och konsekvent tillämpning av sjukresoreglerna.

5.2.4 Övrigt – verksamhetsutveckling och arbetstillfällen

Samarbete kring utveckling av sjukreseverksamheten är en möjlighet, men inte ett krav. Detta gäller även frågan om var arbetstillfällen hamnar i olika alternativ. Att få till en väl fungerande sjukreseverksamhet, med avlastning av vården, och till lägsta möjliga kostnader både för hantering och transporter, samtidigt som kvalitetskraven uppnås, är överordnat andra aspekter. Enligt RUNs beslut ska dock konsekvenserna belysas även vad gäller arbetstillfällen och en bedömning av detta görs därför för varje alternativ.

6 Jämförelse av alternativen

6.1 Regionens alternativ i nuläget

Det finns flera möjliga alternativ för att hantera regionens behov:

1. Region Jämtland Härjedalen bygger upp en egen enhet för bedömningsfunktionen och upphandlar sjukresebeställningar från extern leverantör
2. Region Jämtland Härjedalen bygger upp en egen enhet för både bedömningsfunktion och sjukresebeställningar.
3. Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland samarbetar kring bedömningsfunktion och sjukresebeställningar via Din Tur Kundcenter.

I följande avsnitt kommer dessa alternativ att jämföras avseende de olika krav som ställs, samt perspektiv.

6.2 Central bedömningsfunktion – funktion och kvalitet

I alternativ 1 och 2 bedrivs den centrala bedömningsfunktionen i egen regi inom regionen. Därigenom blir möjligheten stor att uppnå god kvalitet i sjukresebedömningarna eftersom regionen då själv kan planera och styra hur resurserna används. Nuvarande sjukreseserviceenhet har sedan den startade utvecklat samtalsmetodik och metodstöd för sjukresebedömning och koordinering av sjukresor och därigenom kraftigt sänkt genomsnittstiden för ett ärende som gäller utomlänssjukresa, vilket beskrevs i avsnitt 2.3.5. Det visar att potentialen är stor för att både förbättra kvaliteten på bedömningarna och att förkorta tidsåtgången för detta när det gäller övriga sjukreseärenden.

I likhet med alternativ 1 och 2, bedöms möjligheten vara stor i alternativ 3, att tillsammans med Region Västernorrland bygga upp en ny central funktion för sjukresebedömning på Din Tur Kundcenter i Ånge. Där finns redan en fungerande beställningscentral, som dygnet runt tar hand om inkommande samtal och andra ärenden kopplade till samhällsfinansierade resor. Region Västernorrland håller nu på att bygga upp en central bedömningsfunktion där. Även i detta alternativ har Region Jämtland Härjedalen möjlighet att bidra med sina erfarenheter av att utveckla samtalsmetodik och metodstöd för sjukresebedömning och koordinering av sjukresor.

Liksom i alternativ 2 finns även i alternativ 3 fördelen att kunna utföra bedömning av behov och sjukresebeställning vid ett och samma tillfälle, vilket ger en tydlighet och bedöms leda till kortare totaltid för dessa tjänster, vilket är positivt både för patienten och ekonomin. I alternativ 1 saknas denna fördel.

6.3 Beställningscentral – funktion och kvalitet

Att ta emot beställningar av sjukresor och boka in dem är en tjänst som utförs och kan utföras på många beställningscentraler i Sverige. Det finns även exempel på att det görs i utlandet för svenska patienter. Den största skillnaden mellan de tre alternativen är därför att beställning av sjukresor i alternativ 2 och 3, till skillnad från i alternativ 1, sker samtidigt som bedömningen av sjukresebehov, vilket är till en fördel när det gäller tidsåtgång totalt och för patienten och ekonomin.

Svarstider – krav och uppföljning

Krav på svarstider kan ställas upp för alla alternativen, men i alternativ 1 behöver man följa upp både svarstider för sjukresebedömning och telefonsamtalet för beställning av sjukresa, eftersom de båda tjänsterna är separata i det alternativet. Även i alternativ 2 när det bedrivs i egen regi och i alternativ 3 när det drivs på Din Tur Kundcenter kan och ska mål sättas och följas upp.

I alternativ 1 *upphandlad beställningscentral* kan krav ställas på leverantören att mot vitesföreläggande vidta åtgärder i de fall som leverantören inte uppfyller de krav som ingår i avtalet. Som nuvarande avtalsförhållande visar, är vitesklausuler ingen garanti för att

leverantören kommer att uppfylla kraven på svarstider. Totalt sett har nuvarande leverantör BC Jämtland dömts att betala viten för att kraven inte uppnåtts under 35 av 130 månader, d v d 27 procent av antalet månader. Ett av kraven innebär att minst 90 procent av inkommande samtal ska besvaras inom 2 minuter.

Även på egen verksamhet, eller om den drivs tillsammans med Region Västernorrland, går det att ställa liknande krav. I alternativ 2 och 3 har regionen möjlighet att mer direkt påverka utfallet genom att se till att åtgärder kring metodik, bemanning, tekniska lösningar mm vidtas. I alternativ 1 är man beroende av att leverantören genomför åtgärderna.

Samordning av sjukresor

Det är vid bokningen av sjukresor som samordningen görs av sjukresor och andra samhällsfinansierade resor. Krav på samordning och ersättningssystem som tar hänsyn till uppnådd samordningsprocent kan läggas in i avtal både mot en upphandlad beställningscentral, och Din Tur Kundcenter. Oftast uttrycks sådana krav som att en minsta procentandel av resorna ska samordnas. Likadana mål och uppföljning av dem kan tillämpas även i alternativ 2, där bokningarna görs av en verksamhet i egen regi.

I samtliga tre alternativ krävs uppföljning och kontroll av detta mål, men i alternativ 1 kan kontrollen vara svårare att uppnå, då regionen inte har samma möjlighet till insyn och påverkan hos en extern aktör. I alternativ 2, styr regionen själv verksamheten, och kan kontinuerligt, gå in och både kontrollera och påverka verksamheten så att samordningsmålet kan uppnås. Även i alternativ 3, där samarbete sker med Region Västernorrland, kan uppföljning och kontroll ske. Vid ett samarbete i alternativ 3 ligger det i båda regionernas intresse att uppnå så hög grad av samordning som möjligt, eftersom detta ger de största minskningarna av trafikknuderna, näst efter att få ner antalet sjukresor med taxi till följd av mer korrekt tillämpning av sjukresoreglerna.

Kontinuitet och stabilitet i verksamheten

En viktig skillnad mellan alternativ 3 *samarbete med Region Västernorrland* och övriga alternativ är möjligheten att uppnå kontinuitet och stabilitet i verksamheten. Om Region Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen slår ihop sina volymer med sjukresebedömningar och beställningar, blir det betydligt större volymer än i alternativ 1 och 2. Det ger flera effekter. En högre bemanning kan hållas, vilket gör det lättare att täcka upp varje arbetspass. Det skapar säkerhet och minskar sårbarheten i organisationen.

Vid jämförelse med alternativ 1, att bygga en egen central bedömningsfunktion och upphandla beställningscentral, slipper man de störningar som uppstår, ifall man efter en upphandling måste byta leverantör av resebeställningar. Vid ett byte krävs kompetensuppbyggnad för att fasa in en ny leverantör och tjänsterna som levereras riskerar att bli av lägre kvalitet under den perioden. Dessutom medför det extra kostnader. En sådan situation kan sedan uppstå vid varje tillfälle som en upphandling sker.

Start av bedömningsfunktion hösten 2020

Den centrala bedömningsfunktionen och en beställningscentral ska tas i drift hösten 2020, då nuvarande avtal med BC Jämtland löper ut. I alternativ 1 och 2 krävs då att regionen ett antal månader före bygger upp en egen verksamhet för att kunna utföra sjukresebedömningar, och i alternativ 2 även sjukresebeställningar. I alternativ 1 ska

dessutom en beställningscentral upphandlas, och om en annan än nuvarande företag vinner upphandlingen, ska detta företag fasas in.

I alternativ 3 *samarbete med Region Västernorrland*, planerar Region Västernorrland för driftstart av en central bedömningsfunktion redan nu sommaren 2019. Om Region Jämtland Härjedalen ansluter sina volymer med sjukresebedömningar och beställningar av sjukresor hösten 2020, kommer den centrala bedömningsfunktionen på Din Tur Kundcenter då att ha varit drift i över ett års tid. I detta alternativ skulle Region Jämtland Härjedalen få möjlighet att skarptesta och hjälpa till att utveckla denna funktion i förväg, utan att behöva göra det med egen nyanställd personal under upplärning, samtidigt som man har kvar kostnaderna för att vårdpersonal utför sjukresebedömningar och BC Jämtland gör sjukresbokningar. Jämfört med alternativ 1 och 2 medför det därför både lägre uppbyggnadskostnader och möjlighet att uppnå högre kvalitet, då bedömningstjänsten hinner finslipas innan Region Jämtland Härjedalen ansluter hösten 2020.

6.4 Patientens perspektiv

I alternativ 1 måste patienten först ringa till den centrala bedömningsfunktionen för att få resebehovet bedömt och därefter till den upphandlade beställningscentralen för att beställa sjukresan. Det innebär att patienten måste dra sitt ärende flera gånger, vilket är en nackdel.

Med en sammanslagen beställningscentral och bedömningsfunktion, som i alternativ 2 och 3, kan en patient få hela myndighetsutövningen, handläggningen och bokningen utförd i samma samtal. Det är en fördel för patienten.

I samtliga tre alternativen kan patienten förvänta sig att få en korrekt och likvärdig bedömning av sitt sjukresebehov. Detta är en förbättring jämfört med nuläget och är en direkt följd av att sjukresebedömningen flyttas bort från vården till en enhet med specialutbildade medarbetare som enbart arbetar med detta.

Om patienten inte får sjukresa med dyrare färdsätt beviljat, kan vid denna kontakt alternativ på resesätt föreslås. Detta ger en ökad kvalitet och tydlighet för patienten.

Från patientens perspektiv bedöms alternativ 2 och 3 som likvärdiga, medan alternativ 1 är sämre.

6.5 Ekonomi

I nuläget uppgår kostnaderna per år för sjukreshanteringen till ca 5,1 miljoner kronor.

Tabell 3: Kostnader för sjukreshantering 2017

Bedömning av sjukresebehov - kostnader (avrundat i kr)	Kostnader i kr
Nuläge: (kostnader i vården)	2 500 000
Beställningscentral och SÄK- kostnader (avrundat i kr)	
Kostnad BC Jämtland	1 475 000
SÄK: sjukresebidragshandläggare	515 000
Kostnad SÄK	570 000
Totalt	5 060 000

6.5.1 Beräkningsantaganden

En beräkning har gjorts på bedömda årskostnader för de tre alternativen, baserat på ett antal antaganden. Verksamheten i de tre alternativen bedrivs

- Dygnet runt, året runt (enligt tidigare förklaring i avsnitt 2.3.3).
- Antalet bedömningssamtal för regionen uppskattas uppgå till samma volymer som bokade sjukresor med taxi i nuläget.
 - I alternativ 3 beräknas kostnaderna på Region Västernorrlands och Region Jämtland Härjedalens samlade volymer.
- Resebeställningarna antas uppgå till samma volymer som i nuläget.
 - I alternativ 3 beräknas kostnaderna på Region Västernorrlands och Region Jämtland Härjedalens samlade volymer.
- Beräknad tidsåtgång för resebeställningar utgår från uppmätta tider på BC Jämtland.
- Beräknad tidsåtgång för sjukresebedömningar baseras på erfarenhet från sjukreseenheter.
- Vid beräkning av bemanningsbehov har utgångspunkten varit nuvarande fördelning av inkommande samtal över dygnet på BC Jämtland.
- Bedömning av storlek på fasta kostnader har gjorts på följande sätt: När det gäller halvfasta kostnader för hyra, it, telefoni och liknande har ett belopp per årstjänst, som baseras på kostnader från Din Tur använts. För framräkning av priser per tjänst på Din Tur, i alternativ 3, har även de helfasta kostnaderna för chefer, ekonomi- och personalsystem mm inkluderats i beräkningarna. Några motsvarande kostnader, som för Region Jämtland Härjedalens del skulle ha motsvarats av ett påslag för central administration, har inte lagts till i alternativ 1 och 2. Endast kostnaden för en deltidstjänst som chef har lagts till i alternativ 1 och 2 för den verksamhet som där drivs i egen regi. Rörliga kostnader inklusive personalkostnader baseras på kostnader för verksamheten på Din Tur Kundcenter.
- Kostnaderna för en upphandlad beställningscentral (alternativ 1) har antagits hamna några hundra tusen kronor högre än kostnaden 2017 för köp från BC Jämtland. Kostnaderna har alltså antagits följa den allmänna inkomstökningen i samhället.

- Vad gäller samordningsvinster vid bokning av sjukresor, har dessa varken antagits öka eller minska jämfört med nuläget. Inte heller har några antaganden gjorts om att samordningen kan bli olika hög i de tre alternativen. I det alternativ som väljs, har dock Regionen för avsikt att försöka öka samordningen av sjukresor, och av sjukresor och övriga resor. Det skulle leda till lägre totala kostnader.

I beräkningarna har inte medtagits uppbyggnadskostnader eller kostnader som uppstår mer sällan än varje år, men de kommer att diskuteras i efterföljande avsnitt.

Utifrån den proportionella tidsåtgången för beställning av sjukresa, färdtjänst, anropsstyrd trafik mm på BC Jämtland och kostnader för köp av dessa tjänster, gjordes även en bedömning av pris per tjänst på BC Jämtland inkl kostnaden för SÄK. Samma sorts beräkning gjordes även för tjänster på Din Tur baserat på Din Turs produktion och kostnader. Även effekter på priserna beräknades, om Region Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen skulle börja samarbeta kring dessa tjänster. Dessa beräkningar visar att större volymer ger utslag på prisbilden. Denna tabell visas i avsnitt 10 Bilaga ekonomi.

Det ingår inte inom ramen för denna utredning att gå in på vad den frigjorda tiden i vården ska användas till. Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att använda frigjord tid på det mest kostnadseffektiva sättet. Utredningen har dock pekat på några möjligheter. Liksom i exemplet från ögonmottagningen kan frigjord tid användas till fler behandlingar och operationer, vilket rent ekonomiskt på vissa områden medför att patienter får vård inom garanterad tid och inte åker till andra län för att få sina operationer gjorda. I detta fall kan kostnaderna för utomlänsvård och sjukresor sänkas.

I andra fall kan den frigjorda tiden, tillsammans med tid som frigörs p g a förbättringsarbeten som pågår inom vården, bli när det gäller *Rätt Använd Kompetens* (RAK), leda till att det blir möjligt att klara sig med lägre bemanning. Det kan ge lägre kostnader genom att man i mindre utsträckning nyttjar inhyrd personal, timanställda och/eller låter bli att återbesätta tjänster som blir vakanta.

6.5.2 Jämförelse

Utifrån de beskrivna antagandena samt sifferuppgifter som beskrivs i avsnitt 6.4.1 har en totalkostnad per år för vart och ett av alternativen beräknats.

Tabell 4: Jämförelse av bedömda framtida kostnader för bedömningsfunktion och beställningscentral dygnet runt

Bedömning sjukresebehov - kostnader (avrundat kr)	Alt 1	Alt 2	Alt 3
Ny kostnad för bedömningsfunktion	6 130 000	4 300 000	2 000 000
Nya Receptionstjänster Östersunds sjukhus	900 000	900 000	900 000
Totalt - kostnader för bedömningsfunktion	7 030 000	5 200 000	2 900 000
Beställningscentral och SÄK- kostnader (avrundat kr)	Alt 1	Alt 2	Alt 3
Beställningscentral	1 700 000	2 550 000	1 170 000
Totalt - kostnader för beställningar	1 700 000	2 550 000	1 170 000
Sjukresebidragshandläggare (från SÄK till RJH)	515 000	515 000	515 000
TOTALT framtida kostnader för sjukreshantering	9 245 000	8 265 000	4 585 000
Kostnad i nuläget	5 060 000	5 060 000	5 060 000
Skillnad mot nuläget	4 185 000	3 205 000	-475 000

Minskning trafik kostnader (-10%) Se avsnitt 6.5.3.	-3 000 000	-3 000 000	-3 000 000
TOTALT framtida kostnader för sjukreshantering samt effekt av lägre trafik kostnader	6 245 000	5 265 000	1 585 000
Skillnad mot nuläget	1 185 000	205 000	-3 475 000

En sammanslagning av bedömning och beställning till en enda tjänst, som är aktuellt i alternativ 2 och 3, bedöms leda till att det går åt mindre tid totalt för att utföra dessa arbetsmoment. Det bidrar till lägre kostnader.

Vid en jämförelse mellan de tre alternativen framgår att en uppskattad årlig kostnad för alternativ 3 samarbete med Region Västernorrland på ca 4,6 miljoner kronor bedöms bli den lägsta.

Om möjligheten att sänka kostnaderna för sjukresor med taxi till följd av mer korrekt tillämpning av sjukresoreglerna räknas in (se avsnitt 6.4.3), hamnar totalkostnaden för alternativ 3 på ca 1,6 miljoner kronor.

Att alternativ 3 resulterar i de lägsta kostnaderna är inte oväntat, då detta alternativ bygger på en verksamhet med betydligt större volymer än både alternativ 1 (ifråga om central bedömningsfunktion) och alternativ 2.

Din Tur Kundcenter har redan idag en samtalsvolym på nästan 600 000 samtal, tillsammans med de uppskattningsvis 100 000 ärenden som inte är inkommande telefonsamtal. Det ska jämföras med de ca 85 000 samtal som BC Jämtland tar hand om för Region Jämtland Härjedalen och de av länets kommuner som samarbetar kring den särskilda kollektivtrafiken.

Vid ett samarbete mellan regionerna skulle Din Turs volymer bli ännu större. Då skulle Din Turs fasta kostnader fördelas på en större volym, ca + 40 procent, och på fler medarbetare. De fasta, eller halv-fasta, kostnaderna beräknas också öka, men inte i proportion till ökningen av antal ärenden/samtal och medarbetare. Med fler medarbetare skulle Din Tur Kundcenter bli behöva hyra mer kontorsutrymme. I minuter skulle nedlagd tid öka ännu mer, eftersom bedömningssamtal tar längre tid än rena resebeställningar. Med den nya bedömningstjänsten, skulle Din Tur Kundcenters övergripande fasta kostnader för t ex del i ekonomisystem, personalfunktion mm slås ut även på dessa stora tillkommande volymer. Det innebär att en mindre andel än tidigare av dessa fasta kostnader fördelas på övriga tjänster, t ex färdtjänst. Priset på dessa tjänster skulle då sjunka.

En förhållandevis liten andel av samtalen kommer in under icke kontorstid. Det innebär att det i regel blir längre pauser mellan varje samtal då. På Din Tur, som redan bemannar på icke kontorstid, går det sannolikt att klara av ytterligare samtal då utan att behöva bemanna med fler personer. Större volym av samtal leder därför till lägre kostnader per samtal under icke kontorstid och till en lägre kostnad per samtal/ärende i genomsnitt. Vid uppbyggnad av en bedömningsfunktion i egen regi kräver bemanningen under icke kontorstid förhållandevis många tjänster. Icke kontorstid utgör 70 procent av alla timmar under en vecka. Enbart för att bemanna mellan kl 17 och kl 7 året runt med två personer⁸ krävs minst 6,2 tjänster. Endast 13 procent av samtalen tas dock emot på icke kontorstid och med små volymer, som i alternativ 1 och 2, blir det då en hög kostnad per samtal.

6.5.3 Effekt på trafik kostnader

Förutom att avlasta vården, var ett av syftena med regiondirektörens beslut att flytta sjukresebedömningarna från vården, att få till mer korrekta bedömningar i enlighet med sjukresereglerna. Enligt tidigare erfarenhet kan det leda till lägre kostnader för sjukresor med taxi och flyg. Vid en jämförelse av kostnader för sjukresor med taxi 2017⁹, då utbildning för tillämpning av sjukresereglerna genomförts, med samma kostnader 2015, skedde en minskning med 1,9 miljoner kronor (-6 procent). Ett enda års utbildningssatsning ledde alltså till en så pass stor minskning. Det är därför inte orimligt att anta, att en lösning som innebär att en liten, specialutbildad personalgrupp arbetar med enbart sjukresebedömningar, skulle leda till en ännu större minskning i sjukresekostnaderna. Om kostnaderna för sjukresor med taxi kunde sänkas med 10 procent, motsvarar det en kostnadsminskning med ca 3 miljoner kronor (då har den motverkande effekten av mindre möjlighet till samordning av taxiresor inkluderats i beräkningen).

Kostnader för sjukresor 2018:	46 028 395 kr
Varav sjukresor med taxi:	38 845 559 kr
Mål: Minska sjukresor med dyrare färd sätt inkl samordningseffekter:	3 000 000 kr

6.5.4 Sällankostnader

Sällankostnader finns i alla tre alternativen, men bedöms vara olika stora och uppkomma med olika intervall.

⁸ Minimum om raster mm ska kunna tas.

⁹ Exklusive dialysen

Kostnaden för själva upphandlingsförfarandet, vid en upphandling i den här storleken, bedöms till ca 500 000 kronor. Det är alltså en kostnad som återkommer vid varje upphandlingstillfälle, dvs med ett intervall på 3-5 år. Om en ny leverantör vinner upphandlingen, krävs dessutom infasning av denna leverantör. Under infasningsperioden behöver man använda dubbla leverantörer, vilket medför ytterligare kostnader. Med en inkörsperiod på 3-6 månader uppskattas infasningskostnaden till 300 000 till 600 000 kronor. I alternativ 1 kan detta alltså bli en återkommande kostnad.

I alternativ 1 tillkommer dessutom engångskostnaden för att bygga upp en central bedömningsfunktion. Den uppskattas till ca 1-2 miljoner kronor och blir då en engångskostnad. Den innefattar bl a att anställa och lära upp medarbetare några månader innan enheten tas i drift. Denna kostnad blir även aktuell i alternativ 2.

Region Västernorrlands har redan en beställningscentral med hög kapacitet som dygnet runt utför beställningstjänster åt regioner och kommuner. De behöver därför endast bygga upp den nya bedömningstjänsten. Vid start av motsvarande verksamhet i egen regi, skulle Region Jämtland Härjedalen från grunden behöva bygga upp en organisation både för sjukresebedömningar och beställningar. Regionens infasningskostnader i alternativ 3 skulle därför bli mer begränsade. Det rör sig framför allt om arbetstid som verksamhetsutvecklare kan lägga ned på att bidra med regionens erfarenheter från sjukreseservice när Region Västernorrland utformar och förbättrar bedömningsfunktionen. Sådan tid skulle verksamhetsutvecklare behöva lägga ned även i alternativ 1 och 2, då bedömningsfunktionen byggs upp i egen regi.

6.6 Övrigt

6.6.1 Verksamhetsutveckling

I alternativ 1 och 2 blir det ingen egentlig skillnad jämfört med i nuläget. Verksamhetsutveckling berör framför allt bedömningsfunktionen som utförs i egen regi i båda dessa alternativ. Verksamhetsutveckling skulle då utföras inom regionens verksamhet och begränsas till det erfarenhetsutbyte som sker i olika tjänstemannanätverk.

I alternativ 3 – samarbete med Region Västernorrland – finns möjlighet till verksamhetsutveckling på flera olika nivåer:

Samarbete vid uppbyggnad av bedömningsfunktion

Region Västernorrland håller just nu på att bygga upp en central bedömningsfunktion på Din Tur Kundcenter. Vid ett samarbete skulle Region Jämtland Härjedalen i god tid före anslutningen i september 2020 ha möjlighet att vara med och påverka utformningen av arbetssättet på den centrala bedömningsfunktionen. Då skulle regionen kunna använda sig av erfarenheterna från Sjukreseservice och den samtalsmetodik och de bedömningsmallar som utvecklats där för behovsbedömning vid utomlänssjukresor.

En fortsatt utveckling av detta under det första året i drift borde resultera i kortare handläggningstider, som Region Jämtland Härjedalen skulle kunna dra nytta av vid anslutning i oktober 2020. Under det första året med central bedömningsfunktion, borde Din Tur Kundcenter dessutom bli bättre på att bedöma hur stor bemanning som krävs för

att uppnå kostnadseffektivitet. Denna typ av verksamhetsutveckling talar för att Region Jämtland Härjedalens kostnader för tjänsten skulle kunna bli lägre än om regionen hade varit med redan från början.

Synergieffekter vid verksamhetsutveckling

De två regionerna har likartade behov och målsättning för hur sjukreseverksamheten ska fungera, varför synergieffekterna bedöms vara stora vid ett samarbete kring utvecklingen av både beställningscentral och bedömningsfunktion. Båda regionernas verksamhetsutvecklare ges en bra möjlighet för att bedriva utvecklingsarbete i Ånge tillsammans med handläggarna på Din Tur kundcenter. Där kan man nyttja varandras kunskap, utvecklingsarbeten och kompetens och man kan även med större kraft skapa ett gemensamt regelverk för sjukresor. Då möjliggörs en mer enhetlig tillämpning och syn på regelverket mellan de olika regionerna. Samarbeten av detta slag ligger även i linje med tidigare uttalad politisk målsättning om mer samarbete mellan norrlandstingen.

Delade kostnader för produktutveckling, systemstöd

När det gäller kostnaden för utveckling av digitalt system för bidragshandläggning och koordinering, kan Region Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen dela på den, sannolikt i samarbete med fler regioner/aktörer. Regionerna behöver troligen inte heller upphandla var sitt systemstöd för samordning av transporter.

Specialisering och samarbete om digitalisering av tjänster på längre sikt

Patienter har olika behov och önskemål när det gäller hur en tjänst ska utföras. Många yngre har för vana att använda digitala tjänster för att utföra bankärenden, betala parkering mm och känner sig mest bekväma med det. Många äldre kanske fortfarande föredrar personliga samtal för att hantera sina ärenden. Utvecklingen går mot att en allt större andel av olika tjänster digitaliseras och automatiseras. Region Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen kan, vid ett samarbete, samla resurserna och dela på utvecklingskostnaderna för att bli mer framgångsrika i utvecklingen av digitala tjänster. Detta är ett mer långsiktigt arbete och kan, förutom att bättre tillgodose vissa patienters behov, även sänka kostnaderna för dessa tjänster. En absolut förutsättning för att kunna bedriva ett sådant utvecklingsarbete är att sjukresebedömningar flyttas från vården till en mindre enhet med ett mindre antal specialutbildade medarbetare.

6.6.2 Arbetstillfällen

Enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU) gäller följande vid upphandling av tjänster:

Den som upphandlar en tjänst bestämmer innehållet i den tjänst som upphandlas. Är det fråga om en beställningscentral, ska man ange vilka resor som ska omfattas och utföras och vilka avtalade transportörer som ska användas. Detta är nödvändiga krav i upphandlingen.

Vad man däremot inte kan bestämma är var beställningscentralen ska vara lokaliserad, såvida detta inte klart och tydligt har en betydelse för tjänstens utförande. Med hänsyn till att verksamheten bedrivs med telefoni och it torde lokaliseringen inte ha betydelse för utförande av tjänsten. Ett krav om lokalisering till Jämtlands län är då att anse som diskriminerande för leverantörer från andra delar av Sverige och EU och är därmed otillåten enligt LOU. Ett sådant krav skulle troligen underkännas i en överprövningsprocess.

I alternativ 1 - *upphandlad beställningscentral* - måste upphandling ske i enlighet med Lagen om offentlig upphandling. Arbetstillfällena kommer då att hamna där vinnande leverantör bedriver sin verksamhet.

I alternativ 1 och 2 bedrivs bedömningsfunktion i egen regi. I dessa alternativ styr regionen över var arbetstillfällena hamnar. Sannolikt, med hänsyn till inrättandet av sjukresereception på Östersunds sjukhus och att befintliga Sjukreseservice finns på sjukhuset, kommer arbetstillfällena att hamna i Östersund.

Vid ett samarbete med Region Västernorrland, kommer de nya arbetstillfällena som krävs för att bedöma behov av sjukresor och beställa resor att hamna i Ånge i Västernorrlands län. Arbetsplatsen i stationshuset i Ånge ligger nära länsgränsen, och där finns både lokalkännedom och möjligheter att rekrytera medarbetare från båda länen. Från tätorten Bräcke är det ca 38 km till arbetsplatsen i Ånge och det tar mellan 15-17 minuter att åka med Norrtåg enkel väg mellan dessa orter. Från t ex Gällö (ca 60 km) tar det enkel tur 32-33 minuter med Norrtåg. De flesta orter i Bräcke kommun ligger max 60 km från Ånge. Det är därför fullt möjligt även för invånare i Jämtlands län att arbeta i Ånge. Redan idag har Din Tur Kundcenter medarbetare som arbetar i Ånge och bor i Bräcke. Jämfört med idag, då dessa arbetsuppgifter utförs av medarbetare som arbetar i Östersunds kommun – en kommun med stigande befolkningstal – skulle istället en möjlighet öppnas till fler arbetstillfällena i en av länets glesbygdskommuner, som har sjunkande befolkningstal.

6.7 Sammanfattande bedömning

Vid en jämförelse mellan de tre alternativen blir en första slutsats att alternativ 1 (*sjukresebedömning i egen regi och upphandlad beställningscentral*) på de flesta områden inte ger samma möjligheter till utveckling och förbättring som alternativ 2 och 3. Problemet med uppdelning av sjukresebedömning och beställning på två olika organisationer och tillfällen kvarstår i detta alternativ - till nackdel för inte minst patienterna. Det är även det alternativ där förutsättningarna är sämst för att uppnå kontinuitet i verksamheten, då upphandlingar måste göras regelbundet och resultatet då kan bli att leverantören byts ut. Det är därtill det alternativ som beräknas medföra de högsta kostnaderna.

I denna utredning analyseras krav som ställs på en framtida central bedömningsfunktion och beställningscentral; Att göra korrekta och konsekventa bedömningar av sjukresebehov, svara på inkommande samtal inom uppställda maxtider samt uppnå uppsatta procentmål för samordning av sjukresor och annan särskild kollektivtrafik. I dessa kravställningar bedöms det vara möjligt att uppnå likartade resultat i samtliga tre alternativ.

Alternativ 3: "*Samarbete med Din Tur*" innebär att verksamheten baseras på avsevärt större volymer av ärenden än vad som är möjligt att åstadkomma i övriga alternativ (1 och 2). Detta ger förutsättningar för att hålla en större grundbemanning i verksamheten, vilket minskar sårbarheten när det gäller att bemanna alla arbetspass, något som har betydelse för möjligheten att klara kraven på svarstider. Det ger även en stabilitet i verksamheten. Stora volymer ger storskalighetsfördelar och lägre kostnader. Den ekonomiska skillnaden mot alternativ 1 och 2 blir därför betydande.

En annan mycket viktig fördel med detta alternativ (3) är de möjligheter som just öppnas av själva samarbetet med Region Västernorrland – en organisation med samma behov som Region Jämtland Härjedalen – fördelar i att utveckla sjukreshantering, it-stöd, digitala tjänster mm. En effekt som inte går att uppnå på samma sätt i övriga alternativ. Riskerna blir lägre om man har möjlighet att samarbeta med annan part jämfört med att bygga upp en bedömningsfunktion helt på egen hand.

I frågan om var arbetstillfällena hamnar i de tre alternativen kan konstateras att störst kontroll över detta ges i alternativ 2, där både central bedömningsfunktion och beställningscentral drivs i egen regi. Då syftet med att välja en lösning för sjukreshantering i första hand är att bedriva en verksamhet som så kostnadseffektivt och ändamålsenligt som möjligt uppnår uppställda kvalitetsmål, är detta överordnat frågan om var arbetstillfällena hamnar. I alternativ 3 samarbete med Din Tur, finns dock möjlighet till arbetstillfällen för invånare i Jämtlands län.

En samlad bedömning landar i att alternativet med samarbete med Din Tur bäst kan tillgodose Region Jämtland Härjedalens behov och önskemål och framtida utveckling.

7 Framtida samarbete - förslag

7.1 Nuvarande samarbete mellan Region Västernorrland och kommunerna i Västernorrlands län

I Västernorrland är trafikverksamheten och den regionala kollektivtrafikmyndigheten organiserade i ett kommunalförbund (Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län) där regionen och de sju kommunerna är medlemmar.

Kommunalförbundet har sitt säte i Kramfors men driver också en beställningscentral i Ånge (Din Tur Kundcenter) i egen regi. Busstrafiken och de särskilda persontransporterna bedrivs under varumärket Din Tur.

Kollektivtrafiken finansieras gemensamt av regionen och kommunerna. Något förenklat kan kostnadsfördelningsmodellen förklaras med att regionen betalar för den regionala tågtrafiken, den regionala och interregionala busstrafiken, sjukresor och alla kostnader för förbundets förvaltning och beställningscentral. Kommunerna betalar för busstrafik, skolskjuts och färdtjänst i den egna kommunen.

7.2 Beskrivning av framtida samarbete

7.2.1 Organisering

Bedömning av sjukresebehov och sjukresebeställningar på Din Tur Kundcenter

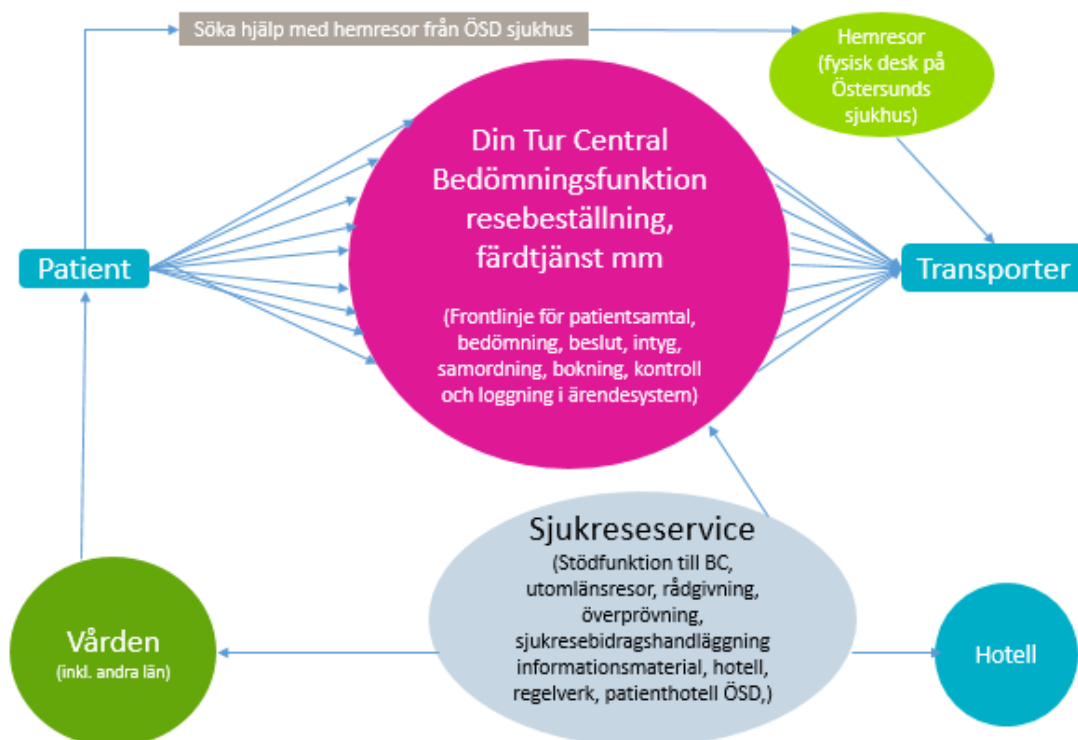
Vid ett samarbete utvecklar Region Jämtland Härjedalen och Västernorrland tillsammans tjänsten "bedömning av sjukresebehov". På Västernorrlands Kommunalförbunds

beställningscentral Din Tur Kundcenter planeras start av central bedömningsfunktion. Beställningar av särskild kollektivtrafik utförs redan på Din Tur. I ett fördjupat samarbete ingår även att Din Tur utför central bedömning och beställning av särskild kollektivtrafik för Region Jämtland Härjedalen.

Hantering av utomlänssjukresor på sjukreseservice

Utomlänssjukresorna utgör endast ca 3 procent av det totala antalet sjukresebeställningar. De är dock ofta tidsödande och kräver mycket samordning, kontakter med andra sjukhus, remitterter mm, varför de inte lämpar sig för att handläggas hos en aktör utanför Region Jämtland Härjedalens sjukvårdsorganisation. Det är inte heller lämpligt att utomlänssjukresorna ingår i en hantering av stora volymer standardiserade tjänster. Sjukreseservice på Region Jämtland Härjedalen föreslås därför även fortsättningsvis göra sjukresebedömningar och samordning vid utomlänssjukresor inklusive Ambuss. Dessutom föreslås denna enhet ansvara för själva beställningen och bokningen av resa och boende, som i nuläget görs av BC Jämtland och Big Travel.

Bild 6: Alternativ 3 framtida sjukreshantering på Din Tur Kundcenter i samarbete med Region Västernorrland



7.3 Sjukreshantering - process

Tanken är att sjukreshanteringen i ett framtida samarbete ska fungera på följande sätt.

Det beskrivs i form av ett patientexempel:

En patient blir kallad till Östersunds sjukhus för undersökning utifrån att primärvården skrivit en remiss till specialistvården. På kallelsen informeras patienten om vad sjukresereglerna föreskriver. Patienten, som upplever sig vara i för dåligt skick för att åka till sjukhuset med buss, ringer upp det angivna telefonnumret till Din Tur Kundcenter.

Handläggaren på Din Tur genomför ett samtal med patienten enligt den it-baserade bedömningsmall som finns till hands och använder sig av den samtalsmetodik som utvecklats för ändamålet. Samtidigt med samtalet registrerar handläggaren ärendet i ett ärendehanteringssystem. I detta fall kommer handläggaren fram till att patienten är i behov av en sjukresa med taxi och bokar därför en sådan i samband med samtalet. På samma sätt som idag, försöker handläggaren samordna resan med annan sjukresenär eller färdtjänstresenär. Vården involveras inte alls i denna rutin.

Om handläggaren istället kommer fram till att patienten kan ta sig till sjukhuset med buss, meddelas detta beslut till patienten. Handläggaren kan i samband med beslutet informera patienten om passande avgångstider och buss/tåglinjer. Patienten genomför och betalar för sjukresan med buss/tåg. Ifall biljettkostnaden överstiger egenavgiften, kan patienten sedan ansöka om sjukresebidrag för överstigande del av beloppet hos regionens sjukreseservice, som föreslås ta över denna uppgift från SÄK.

Om sjukresan gäller en hemresa från t ex en vårdavdelning på Östersunds sjukhus, informerar vårdpersonalen patienten om att denne kan kontakta sjukreseservicepersonal vid receptionen på sjukhuset för att få hjälp med att boka hemresa. De kommer att använda samma bokningssystem som Din Tur, men vara anställda av Region Jämtland Härjedalen. Syftet är att, genom att ha en fysisk plats på sjukhuset med personal som kan hjälpa till med hemresor, undvika att vården ändå belastas

8 Juridik

8.1 Ändring i kommunallagen

Den 1 juli 2018 trädde förändringar i kommunallagen i kraft, vilka innebär att en kommun eller ett landsting får träffa avtal om att uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller ett annat landsting. Genom ett sådant avtal får en kommun eller ett landsting utföra uppgifter åt en annan kommun eller landsting utan hinder av lokaliseringsprincipen. Denna rätt innebär alltså ett generellt undantag från lokaliseringsprincipen för kommunala samverkansavtal och öppnar nya möjligheter att starta samarbeten mellan kommuner och landsting.

I kommunallagen står det att *"Kommuner och landsting får inom ramen för avtalssamverkan, med de begränsningar som följer av 6 kap. 38 §, komma överens om att uppdra åt en anställd i den andra kommunen eller i det andra landstinget att besluta på kommunens eller landstingets vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. I så fall tillämpas 7 kap. 4–8 §§."* Detta betyder att regionen har rätt att delegera beslutsrätt, dvs överlåta beslutsrätt (myndighetsutövning) på anställda i den avtalssamverkande kommunen, i detta fall Kommunförbundet Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län (Din Tur).

8.2 Samarbete kring sjukresor

8.2.1 Relevanta lagregler

Landsting är enligt lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor skyldiga att lämna ersättning för resekostnader i samband med öppen hälso- och sjukvård. Resekostnadsersättningen beräknas enligt de grunder som sjukvårdshuvudmannen bestämmer. Landstinget får lämna ersättning genom att landstinget i egen regi eller genom upphandlad leverantör tillhandahåller resorna.

Enligt 2 kap. 12 § lagen om kollektivtrafik (2010:1065) får, efter överenskommelse med landstinget eller en kommun i länet, den regionala kollektivtrafikmyndigheten upphandla persontransport- och samordningstjänster för sådana transportändamål som kommunerna eller landstinget ska tillgodose samt samordna sådana transporttjänster.

Kommunallagens bestämmelser om avtalssamverkan omfattar enbart kommuner och landsting och gäller således inte för kommunala bolag. Bestämmelserna gäller såvida inte det finns bestämmelser som avviker från dessa i annan lag. I så fall tillämpas de bestämmelserna.

Avtalssamverkan innebär att lokaliseringsprincipen inte gäller för de uppgifter som samverkan omfattar. Däremot gäller de andra kommunala principerna, t ex den om den kommunala kompetensen. Vidare gäller bestämmelser i andra lagar såsom lagen om offentlig upphandling.

I upphandlingsreglerna definieras vad som är varor och tjänster. Där ges också bestämmelser om undantag från upphandlingsreglerna.

De tjänster som kan komma ifråga för avtalssamverkan måste således vara undantagna från upphandlingsreglerna hos regionen eller den kommun som ska få tjänsten utförd. Exempel på sådana undantag är om det i tjänsten ingår myndighetsutövning.

8.2.2 Kommentarer

I det förslag som nu lämnas blir partsställningen på ena sidan Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län (Din Tur), och på andra sidan Region Jämtland Härjedalen (sjukresor).

En tjänst för samordning av särskild kollektivtrafik inklusive beställningscentral är en tjänst som ska upphandlas. Tjänsten måste kompletteras med uppgifter som gör att den kan omfattas av undantag från upphandlingsreglerna. Överföring av beslut som innebär myndighetsutövning mot enskild, såsom bedömning av sjukresebehov, är en sådan uppgift. Det finns därför ingen lagbestämmelse som hindrar avtalssamverkan om de tjänster som är aktuella i det här förslaget. Region Jämtland Härjedalen kan således med stöd av bestämmelsen i kommunallagen om avtalssamverkan träffa avtal med Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län (Din Tur).

Avtalet kan omfatta alla de delar som idag ingår i samverkan såsom beställningscentral och transporttjänster antingen i leverantörens egen regi eller genom upphandling av underleverantörer.

8.3 Konsekvenser för nuvarande samverkan mellan kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen

8.3.1 Relevanta lagregler

Enligt 3 § lagen (1997:736) om färdtjänst ansvarar varje kommun, såvitt gäller kommuninvånarna, för att färdtjänst av god kvalitet anordnas inom kommunen och, om det finns särskilda skäl, mellan kommunen och en annan kommun. En kommun får för sina kommuninvånare anordna färdtjänst också i eller mellan andra kommuner. Motsvarande gäller enligt lagen (1997:735) om riksfärdtjänst.

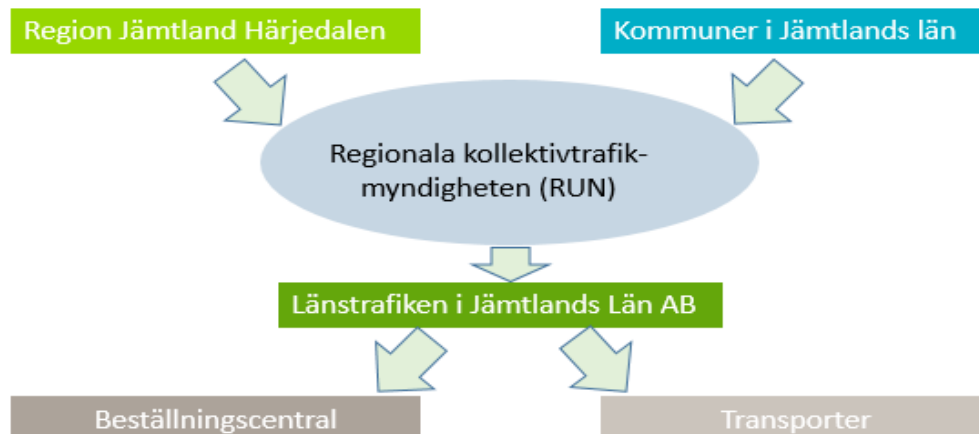
I de fall som ett landsting ansvarar för kollektivtrafikmyndigheten i länet, d v s är regional kollektivtrafikmyndighet, får kommunen efter överenskommelse med landstinget överlåta sina uppgifter enligt denna lag till den regionala kollektivtrafikmyndigheten i länet.

Enligt 2 kap. 12 § lagen om kollektivtrafik (2010:1065) får, efter överenskommelse med landstinget eller en kommun i länet, den regionala kollektivtrafikmyndigheten upphandla persontransport- och samordningstjänster för sådana transportändamål som kommunerna eller landstinget ska tillgodose samt samordna sådana transporttjänster.

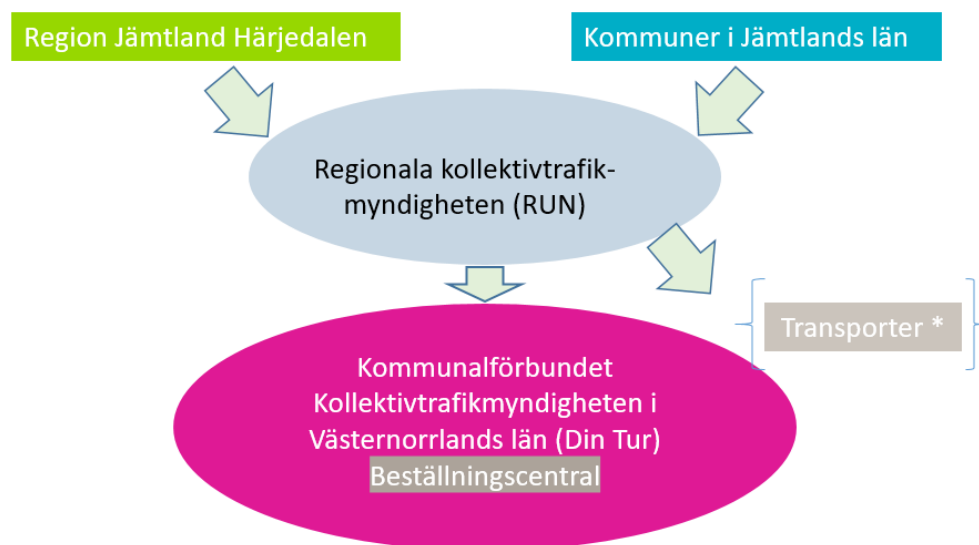
8.3.2 Möjligheter och konsekvenser för kommunerna i Jämtlands län

De flesta kommuner i Jämtlands län har idag överlåtit ansvaret för färdtjänst och riksfärdtjänst till den regionala kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län enligt bestämmelserna i lagen om färdtjänst och lagen om riksfärdtjänst.

Region Jämtland Härjedalen har genom detta övertagit ansvaret som huvudman för färdtjänst och riksfärdtjänst från dessa kommuner. I nuläget sker upphandling och samordning av sjukresor och färdtjänstresor således av Region Jämtland Härjedalen och utförs enligt uppdrag av Länstrafiken i Jämtlands Län AB. Beställningscentral och transporter sker genom av Länstrafiken AB upphandlade företag.

Bild 7: Nuvarande samverkan i Jämtlands län kring särskild kollektivtrafik

Vid ett samarbete mellan Region Jämtland Härjedalen och Din Tur, blir enda skillnaden att det blir en ny utförare av tjänsten och att Regionala utvecklingsnämnden överlåter myndighetsutövningen ifråga om färdtjänsthandläggning till Din Tur.

Bild 8: Framtid - samverkan med Din Tur kring särskild kollektivtrafik (*upphandling transporter ej med i denna utredning)

Ansvar för denna överlåtna verksamhet kvarstår på Regionala utvecklingsnämnden. För de kommuner som nu samverkar med regionen kring den särskilda kollektivtrafiken, innebär det nya samarbetet därför ingen större skillnad i praktiken. De medborgare som ansöker om färdtjänststillstånd kommer att få ett annat telefonnummer att ringa till, och även vid beställning av färdtjänst används ett annat nummer. Om central bedömningsfunktion sjukresor skulle startas i egen regi, i kombination med beställningscentral i extern regi, skulle beställningscentralen behöva upphandlas enligt lagen om offentlig upphandling. Även i detta fall kan resultatet bli ett nytt nummer att ringa till.

9 Regiondirektörens bedömning

Vid en genomgång av de olika alternativen och dess konsekvenser kan följande summering göras:

Alternativ 1 - sjukresebedömning i egen regi och upphandlad beställningscentral liknar mest nuvarande lösning för sjukreshantering. Den enda förbättringen jämfört med nuvarande sjukreshantering är att sjukresebedömningen flyttas från vården, men det gäller även alternativ 2 och 3. I detta alternativ finns dessutom risken att regionen, vid en upphandling, får en ny leverantör som utför tjänsterna med lägre kvalitet än nuvarande leverantör.

Alternativ 2 – start av sjukresebedömning och beställningscentral i egen regi skulle ge stora möjligheter att uppnå god kvalitet på tjänsterna, men till en hög kostnad. Det skulle dock krävas betydligt mer resurser både i tid och pengar för att bygga upp en egen verksamhet jämfört med att i samarbete med Region Västernorrland bidra till utvecklingen av en befintlig verksamhet.

Alternativ 3 – samarbete kring sjukresebedömning och beställningscentral med Region Västernorrland - är det alternativ som sammantaget bedöms medföra flest möjligheter att uppnå hög kvalitet till låga kostnader och samtidigt ge förutsättningar för fortsatt utveckling och förbättring av sjukreshantering, inklusive it-stöd och digitala tjänster. Stora volymer ger möjlighet att ha en större grupp av medarbetare, vilket underlättar för att hålla en stabil bemanning och god kvalitet på de tjänster som utförs. Då Region Västernorrland redan hösten 2019 startar central bedömningsfunktion på Din Tur, har Region Jämtland Härjedalen möjlighet att vara med och utveckla tjänsten inför anslutningen ett år senare. I detta alternativ behöver inte beställningscentral upphandlas, vilket ökar kontinuiteten i verksamheten och minskar risken för lägre kvalitet under perioder.

Mot bakgrund av denna bedömning föreslår regiondirektören att RUN beslutar om att inleda ett samarbete med Region Västernorrland kring utformning, drift och utveckling av central sjukresebedömning och beställningscentral.

9.1 Beslutsgången för denna utredning

Följande steg förutses för behandlingen av denna utredning:

- RUN beslutar i maj 2019 om att de godkänner denna utredning, och att de avvaktar HSNs ställningstagande kring denna utredning.
- HSN beslutar i maj 2019 om att de godkänner denna utredning, samt tar ställning till vilket alternativ de anser är bäst.
- HSN beslutar i maj 2019 om att ge i uppdrag till RUN att utforma avtal som gör det beslutade alternativet möjligt att genomföra.
- RUN beslutar i juni 2019 om hur de ser på HSNs ställningstagande samt Länstrafikens utredning om färdtjänstresor.
- RUN beslutar i juni 2019 om att ge Regiondirektören i uppdrag att utforma de avtal som krävs för att verkställa RUNs beslut samt återkomma till RUN i höst med avtalsförslagen.

10 Bilaga ekonomi

Nedanstående tabell innehåller framräknade kostnader per tjänst för Region Jämtland Härjedalen 2017 och kostnad per tjänst på Din Tur Kundcenter 2017. Båda beräkningarna baseras på faktiska kostnader och volymer 2017. I styckkostnaderna för Region Jämtland Härjedalens tjänster, samt de tjänster som rör de kommuner i Jämtlands län som ingår i samverkansavtalet kring den särskilda kollektivtrafiken, har även ett påslag lagts till motsvarande kostnaderna för SÄK exklusive kostnaden för sjukresebidragshandläggaren och färdtjänsthandläggare. Den proportionella tidsåtgången per tjänst på BC Jämtland har antagits gälla även på Din Tur Kundcenter, t ex att det tar längre tid i genomsnitt att ta emot en sjukresebeställning än en färdtjänstbeställning.

Tabell 5: Nuvarande tjänster – framräknade priser per tjänst 2017 för Region Jämtland Härjedalen och på Din Tur. Bedömt pris per tjänst vid ett framtida samarbete

Din Tur tjänster (samtal + ärenden) inklusive volymer från Jämtland Härjedalen	Antal 2017	Bedömd ny kostnad per st vid samarbete	Din Tur Framräknad kostnad kr per st 2017	Jämtland Härjedalen kostnad kr per st 2017 (inkl SÄK)
Ny tjänst <i>Bedömningsfunktion sjukresor</i>	239 820	45,09	-----	<i>Kostnaden fanns i vården</i>
Sjukresor	201 970	26,33	38,31	42,01
Sjukresa utomlän (enbart Region Västernorrland)	520	75,19	109,40	119,96
Färdtjänst	268 552	16,93	24,72	28,45
Riksfärdtjänst	1 976	75,19	109,74	119,96
Återkommande resa (Enbart nya volymen fr Jämtlands län)	11 350	5,95		37,15
Resa i närtrafik/anropsstyrd linje	29 536	17,06	24,84	23,21
Delsumma	753 724	25,66	25,86	37,07
Omsorgsresa, återkommande resor, ärenden (särskild tjänst)	114 934	5,41	6,90	
Samtal trafik	49 010	21,42	28,76	
Kundservice samtal	44 298	22,22	29,47	
Övr landsting, jourtid, samtal	63 053	38,74	48,50	
Delsumma	271 295	28,60	34,18	
Totalt	1 025 019	26,14	27,77	

Om det blir aktuellt att göra en prislista, måste den baseras på mer exakta uppgifter om tillkommande kostnader och genomsnittlig tidsåtgång för olika tjänster. Styckkostnaderna ger dock en fingervisning om att större volymer ger en tydlig påverkan på priserna nedåt.

§181

Revidering av samarbets- och uppdragsavtal om samordning av särskild kollektivtrafik och anropsstyrd allmän kollektivtrafik (RUN/452/2019)

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen har ett samarbetsavtal om samordning av särskild kollektivtrafik och anropsstyrd allmän kollektivtrafik med länets åtta kommuner, där målet är att gemensamt och kostnadseffektivt svara för särskild kollektivtrafik. Samarbetet regleras genom uppdragsavtal där omfattningen på samarbetet varierar mellan parterna. Sex av länets åtta kommuner har uppdragit till Region Jämtland Härjedalen som regional kollektivtrafikmyndighet (RKM) att verkställa kommunens samtliga uppgifter avseende färdtjänstverksamhet, inklusive myndighetsutövning. Alla kommuner har uppdragit till RKM att utföra tjänster kring skolskjutsverksamhet. Genom uppdragsavtal med regionens ansvarsområde sjukresor har RKM även i uppdrag att verkställa uppgiften som huvudman för sjukresor.

RKM har i sin tur uppdragit till Länstrafiken i Jämtlands län AB att ansvara för samordningen, vilket idag sker hos en upphandlad beställningscentral. Innevarande avtal mellan bolaget och beställningscentralen löper ut 2020-09-30.

Region Jämtland Härjedalen har beslutat att bedömning av sjukresebehov ska flyttas från vårdpersonalen. I juni 2019, § 68, beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att gå vidare med ett samarbete med Region Västernorrland om central bedömningsfunktion, samordning och beställning av sjukresor. Lösningen innebär att sjukresorna hanteras genom kommunalförbundet Din Tur och beställningscentralen i Ånge. Nämnden har också i sitt beslut uttryckt att de förutsätter att regionala utvecklingsnämnden i sin roll som RKM avtalar om detta samarbete utifrån gällande samarbets- och uppdragsavtal. Regionala utvecklingsnämnden fattade därför i september 2019, § 140, beslut om att ta fram förslag till reviderade samarbets- och uppdragsavtal som möjliggör ett samarbete med en annan regional kollektivtrafikmyndighet.

Som en följd av inriktningen att flytta hanteringen av sjukresor till Din Tur har Länstrafiken i Jämtlands län gjort en utredning om färdtjänst i länet (*Utredning om färdtjänst och riksfärdtjänst i Jämtlands län*, RUN/301/2019). Utredningens rekommendation var att på liknande sätt som för sjukresorna flytta bedömningsfunktion och beställningscentral för färdtjänst till Din Tur, och i den mån det är juridiskt möjligt även myndighetsutövningen. Under sommaren 2019 skickades utredningen på remiss till länets kommuner. Majoriteten av berörda kommuner uttryckte sammanfattningsvis en vilja att bibehålla den nuvarande lösningen och att de ser risker med att flytta verksamheten till Din Tur. Juridiskt bedöms det heller inte möjligt att överlåta myndighetsutövningen, enligt lagen om färdtjänst, till kollektivtrafikmyndighet i ett annat län. Färdtjänsthanteringen förutsätts därför inte flyttas till

Din Tur.

Ovanstående ställningstaganden från Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvårdsnämnd och länets kommuner har resulterat i förslaget att hälso- och sjukvårdsnämnden återtar ansvaret för sjukresor i samband med att nuvarande avtal med beställningscentralen löper ut i september 2020. Detta innebär att nuvarande samarbets- och uppdragsavtal behöver revideras från den 1 oktober 2020, eftersom sjukresor då ej omfattas av samarbetet. Ett förslag på nytt samarbetsavtal och uppdragsavtal har tagits fram. Upphandling av sjukresotransporterna förutsätts dock även fortsatt upphandlas samordnat med annan särskild kollektivtrafik.

Förslag till beslut

1. Förslag på reviderat Samarbetsavtal och Uppdragsavtal om samordning av särskild kollektivtrafik och anropsstyrd allmän kollektivtrafik i Jämtlands län skickas till länets kommuner för synpunkter.
2. Regionala utvecklingsnämnden återför frågan om att avtala om samarbete kring sjukresor med Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län (Din Tur) till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Beslut

1. Förslag på reviderat Samarbetsavtal och Uppdragsavtal om samordning av särskild kollektivtrafik och anropsstyrd allmän kollektivtrafik i Jämtlands län skickas till länets kommuner för synpunkter.
2. Regionala utvecklingsnämnden återför frågan om att avtala om samarbete kring sjukresor med Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län (Din Tur) till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Länets kommuner
Länstrafiken i Jämtlands län AB

Beslutsunderlag

- Förslag till reviderat samarbetsavtal (rev 0.10)
- Förslag till reviderat uppdragsavtal (rev 0.10)
- Sammanfattning av remissyttranden (RUN/301/2019)
- Länstrafikens Utredning om färdtjänst och riksfärdtjänst i Jämtlands län (RUN/301/2019)
- Kopia av protokollsutdrag § 140 Regionala utvecklingsnämnden Samarbete med Region Västernorrland om gemensam beställningscentral och central bedömningsfunktion för sjukresor



14

Investering i en tredje datortomograf,
inklusive ombyggnation

HSN/1334/2019



2019-11-12

Sekretariatet

Daniel Nilsson

Tfn: 063-14 75 71

E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

HSN/1334/2019

Investering i en tredje datortomograf, inklusive ombyggnation

Ärendebeskrivning

Enligt Region Jämtland Härjedalens regler för investeringar beslutar regionfullmäktige om en investeringsram medan regionstyrelsen fördelar investeringsbudgeten. Regionfullmäktige har vid sitt sammanträde den 15-16 oktober 2019, § 109, beslutat om Regionplan och budget 2020-2022. I regionplanen har en investeringsram för 2020 fastställts. Investeringsramen uppgår 2020 till 123 miljoner kronor varav 96 miljoner kronor för investeringar kopplade till investeringsrådet, 15 miljoner kronor för hjälpmedel och 12 miljoner kronor för investering i en tredje datortomograf, inklusive ombyggnation. Investeringen för datortomografen ligger därmed utanför det belopp som fördelas av regionstyrelsen och behöver hanteras på särskilt sätt.

En investering av en tredje datortomograf föreslås utifrån att kapaciteten för röntgenavdelningens två befintliga datortomograferna har uppnåtts. Datortomograferna är inköpta 2011 (GE Healthcare) respektive 2013 (Philips). Datortomografen från 2011 är ålderstigen och har nått sin tekniska livslängd men då GE fortfarande håller reservdelar så kan maskinen hållas i drift något eller några år tills det inte finns delar längre. Den andra datortomografen når sin tekniska livslängd 2021-11-16. Det är en ren basmaskin och klarar inte alla typer av undersökningar. Då varje undersökning innebär bestrålning är det viktigt med moderna maskiner för att kunna hålla stråldoserna på så låga nivåer som möjligt.

Datortomograferna har central betydelse på röntgenavdelningen. De har betydelse både vid utredning av akuta sjukdomstillstånd (såsom kirurgiska bukåkommor, trauman och vid strokediagnostik) som vid icke-akuta undersökningar där bland annat cancerutredningar och kontroller utgör en stor del. Sedan 2011 har antalet undersökningar för de två maskinerna per år ökats från ca 11 000 till ca 18 000. Vissa dagar görs upp mot 100 undersökningar. Datortomograferna används i princip bara för produktion och planerade undersökningar görs även kvällstid samt lördagar och söndagar med jämna mellanrum för att försöka hålla ledtider. Andel undersökningar som påbörjades inom 8 veckor var i december månad 2018 89% vid

Datortomografisektionen. Allt talar för att antalet undersökningar kommer att fortsätta öka.

Med den personalbemanningen som kommer att finnas 2020 är bedömningen att det är möjligt att driva en tredje datortomograf. I första hand är det tänkt att den ska placeras där det idag finns ett så kallat genomlysningslab, som nu ska avvecklas. Rummet har i så fall behov av ombyggnation. Den totala kostnaden för investeringen bedöms vara 12-15 miljoner kronor. Investeringsrådet har gjort bedömningen att investeringen får uppgå till maximalt 12 miljoner kronor och det är också det utrymmet som finns i regionplanen. Skulle det efter upphandling behövas mer kommer den delen att tas med i ärendet om fördelning av investeringsbudgeten på 96 miljoner kronor som ska behandlas på regionstyrelsens möte i december 2019.

Regiondirektörens förslag

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen

Investering om 12 miljoner kronor i en tredje datortomograf, inklusive ombyggnation ska genomföras.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Chef
Verksamhetsområde/Ledningsstab

Utdrag till

Regionstyrelsen

Diagnostik, teknik och service
Örjan Strömqvist
Tfn: 063-147509
E-post: sandra.hedman@regionjh.se

2019-10-28

RS/669/2019

Rapport om investering av datortomograf

Den här rapporten avser att ge en bakgrundsbeskrivning och analys om varför det finns behov av en investering av datortomograf.

Datortomografi är en särskild form av röntgen som skapar detaljerade bilder av kroppens organ. På Röntgenavdelningen vid Östersunds sjukhus finns idag två dedicerade datortomografer. Kapaciteten för de två befintliga datortomograferna har nu uppnåtts. Allt talar för att antalet datortomografiundersökningar kommer att fortsätta öka. För att klara detta finns behov av ytterligare en dedicerad datortomograf. Då varje datortomografiundersökning innebär bestrålning är det viktigt med moderna maskiner för att kunna hålla stråldoserna på så låga nivåer som möjligt. Därför föreslås investering i en tredje datortomograf, inklusive ombyggnation.

De två datortomografer har en central roll på röntgenavdelningen. De har betydelse både vid utredning av akuta sjukdomstillstånd (såsom kirurgiska bukåkommor, trauman och vid strokediagnostik) som vid icke-akuta undersökningar där bland annat cancerutredningar och kontroller utgör en stor del. Datortomografkontrollerna av cancerpatienter är av stor betydelse för att kunna utvärdera insatt behandling och behovet för dessa lär inte avta. Befintliga datortomografer är från 2011 respektive 2014. Sedan 2011 har antalet undersökningar för de två maskinerna per år ökat från ca 11 000 till ca 18 000. Vissa dagar görs upp mot 100 undersökningar. Datortomograferna används i princip bara för produktion och det görs planerade undersökningar även kvällstid. Utöver att köra kvällar tisdag-torsdag så körs även kö-kortning på måndagar samt lördagar och söndagar med jämna mellanrum för att försöka hålla ledtider.

I dag finns undersökningar som borde göras med datortomograf men som det inte finns kapacitet till. Exempelvis görs flera colon-undersökningar i genomlysning. Det är en förlegad metod som Region Jämtland Härjedalen nästan är ensamma om att ha kvar. Från kliniker finns även önskemål och intresse för nya typer av undersökningar (ex hjärtundersökningar) som inte kan införas idag, både på grund av resursbrist samt nuvarande datortomografers begränsningar. Det har också kommit en del förfrågningar avseende forskningsstudier som inkluderar datortomografiundersökningar och som det inte funnits utrymme för.

Generellt sett så ökar kravet på utredning inom stipulerade tider, än så länge främst vid misstanke om cancer men det kommer snart att gälla även vid andra diagnoser. Antalet SVF-tider är för få och skulle behöva utökas för att klara ledtiderna.

Avsaknaden av bred detektor (16 cm) gör att det idag inte är möjligt att köra hjärtan och alla aortaundersökningar (TAVI). Detta är redan aktuellt och behovet kommer att öka i framtiden. Bredare detektor är även önskvärt för barn och svårt sjuka där snabba scan-tider är extra nödvändigt. Men en av varje (16, 8, 4 cm) kan verksamheten prioritera patienter efter behov, ålder och tillstånd för bästa möjliga diagnostik. Sådan möjlighet till optimering finns inte alls idag.

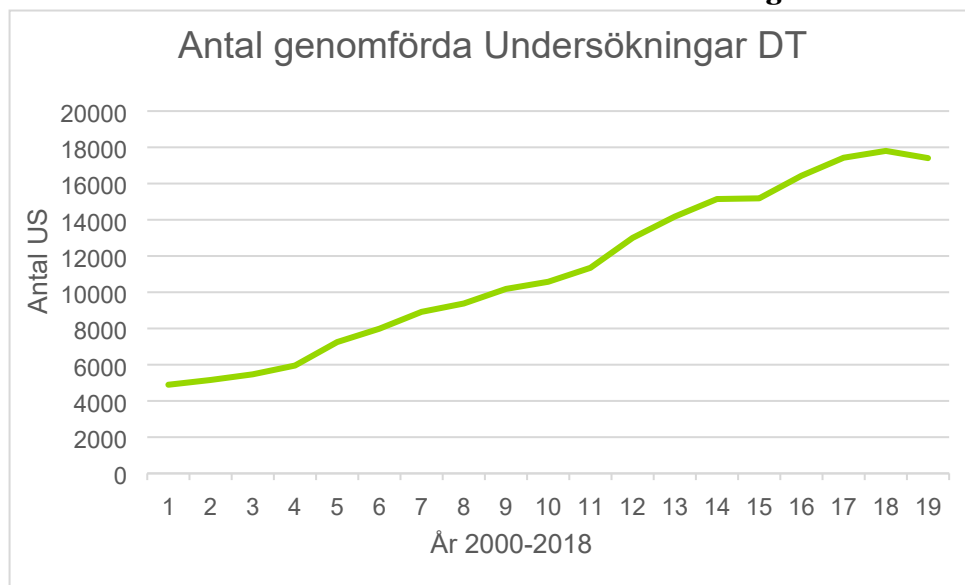
Andel undersökningar som påbörjades inom 8 veckor var i december månad 2018 89% vid Datortomografisektionen. De prioriterade, icke-akuta patienterna, tas omhand på ett bra sätt, dock tack vare schemalagd arbetstid under kvällstid. De akuta undersökningarna är ibland svåra att klara inom rimlig tid, särskilt vid de tillfällen då det bara finns en tillgänglig maskin(ca 15 dagar per år). En onödigt stor andel av akuta undersökningar spiller över på jourtid vilket leder till ökad arbetsbelastning för jourpersonalen. Oprioriterade patienter som idag står på en väntelista har lång väntan (15 veckor) till en undersökning.

På avdelningen är också studenter som läser till röntgensjuksköterska ett återkommande inslag med flera studenter per år. Avdelningen har ett avtal med Umeå respektive Luleå universitet om att ta emot röntgensjuksköterskestudenter (HT 2 studenter 6v, VT 2+2 studenter 14v). Varje student ska vara ca 3-4 veckor på datortomografen och med dagens arbetstempo blir undervisningen förstås lidande. Under 2018 och VT 2019 har en neddragning gjorts av antalet studenter då arbetsbelastningen är för stor på datortomograferna. Att tillhandahålla en givande praktik är också en viktig del av rekryteringsarbetet avseende röntgensjuksköterskor.

Den 1 juni 2018 implementerade Strålsäkerhetsmyndigheten europadirektivet 2013/59/Euratom i form av föreskriften SSMFS 2018:5. I denna föreskrift ställs höga krav på optimering av medicinska exponeringar där datortomografen är i särklass högst behov när det kommer till att hålla stråldoserna på rimligt låga nivåer, anpassa undersökningstiderna för ett bättre flöde och aktivt arbeta med kvalitet. Datortomografi står idag för ungefär 80% av populationsdosen ifrån alla medicinska exponeringar. Optimeringsarbetet är svårt/omöjligt att utföra på ett adekvat sätt då det kräver tillgång till maskinerna. Av samma anledning är det svårt att upprätthålla en god nivå på datortomografiutbildningen/vidareutbildningen av såväl avdelningens röntgensköterskor som ST-läkare. Tid till dessa aktiviteter är i princip obefintlig idag men är av stor vikt för att skapa ett smidigt flöde samt att minimera risken för missöden så som överbestrålning och misslyckad diagnostik.

Röntgen har i sin ägo 2 stycken datortomografer varav är en från GE Healthcare och är inköpt 2011 samt en från Philips inköpt 2013. Datortomografen från GE är ålderstigen och har nått sin tekniska livslängd men då GE fortfarande håller reservdelar så kan maskinen hållas i drift något/några år tills det inte finns delar längre. Datortomografen från Philips når sin tekniska livslängd 2021-11-16. Detta är en ren basmaskin och klarar inte alla typer av undersökningar (tyvärr är det också något av ett måndagsexemplar med mycket driftstörningar med produktionsbortfall).

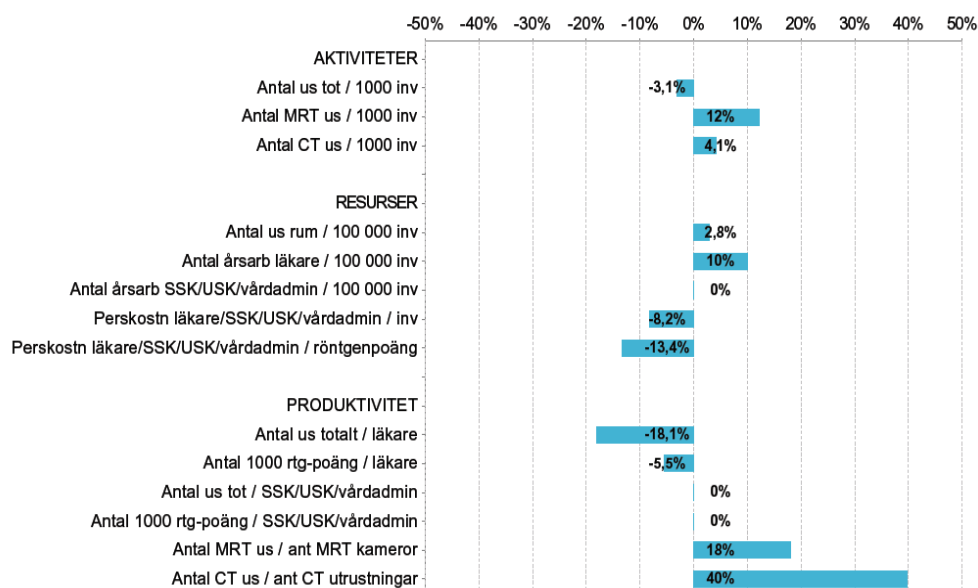
Utveckling av antalet DT-undersökningar (utförda på röntgenavdelningen) mellan åren 2000-2018. Från 2011 finns 2 st datortomografer.



Nedgången under 2018 kan, åtminstone delvis, förklaras med att det under perioder fanns en sköterskebrist, att det var fler oplanerade stopp samt att det gjorts fler undersökningar på datortomografen på avdelningen för klinisk fysiologi. Antal undersökningar som görs på denna datortomograf styrs av volymen av nuklearmedicinska undersökningar. Under 2018 gjordes där 321 rena datortomografiundersökningar genom att utnyttja lediga tider under dagtid. Det tillkommer också en del datortomografiundersökningar som gör i samband med skelettscintigrafi-undersökningar (dessa hade annars fått kompletteras med DT på röntgenavdelningen). Undersökningarna på denna datortomograf innebär en högre stråldos och begränsning i vilka undersökningar som kan utföras. Detta på grund av 16 mm detektor (40mm på Röntgen) och svagare röntgenrör vilket leder till en sämre doseffektivitet och långa scan-tider, dvs. att det är mycket stråldos som inte används till att generera en bild. I praktiken innebär det 20-30% mer stråldos till patient på undersökningar utanför huvudet. Med anledning av detta är det endast berättigat att undersöka patienter över 45 år.

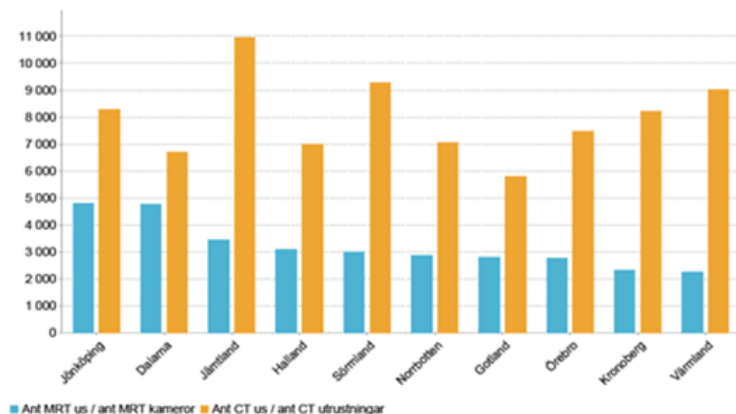
Enligt NYSAM:s siffror från 2017 gör Region Jämtland Härjedalen 40% mer datortomografiundersökningar /maskin jämfört med medianvärdet och ligger med det klart i topp. (Med 3 datortomografer skulle vi ligga närmre medianvärdet.)

Avseende antal datortomografiundersökningar per 1000 invånare ligger Region Jämtland Härjedalen dock nära medianvärdet.



46 | RÖNTGEN, LÄNSNIVÅ

2017 - Nyckeltal - Röntgen - Länsnivå
Antal undersökningar per MRT kamera och CT-utrustning



Graf ID: 1676

Det kan konstateras att det utförs väldigt många undersökningar på Region Jämtland Härjedalens datortomografer ur ett nationellt perspektiv. Datortomograferna gör många maskintimmar med schemalagda planerade undersökningar må 8-17, ti-tor 8-21, fre 8-17 samt akuta undersökningar 24 timmar om dygnet. Driftbortfallet på båda datortomograferna per år är cirka 15 dagar, då räknat på stopp på grund av underhåll samt reparationer. Dessa driftstopp kommer sannolikt att öka ju äldre maskinerna blir.

Med den personalbemanningen som kommer att finnas 2020 är bedömningen att det är möjligt att driva en tredje datortomograf. I första hand är det tänkt att en tredje datortomograf ska placeras där vi har ett så kallat genomlysningslab idag (detta lab avvecklas vilket också frigör en del personal). Det finns ett behov av ombyggnation av detta rum för att där kunna få in en tredje datortomograf vilket får tas med i beräkningarna. Samverkan med fastighet sker kring detta och är påbörjad. Det kommer även att krävas en del ombyggnationer när den äldre datortomografen ska ersättas.

Framtida Röntgenverksamhet (med ytterligare en datortomograf)

- att akuta undersökningar i större grad skulle hinnas med under ordinarie arbetstid och ej under jourtid. Det skulle innebära kortare väntetid på akutmottagningen samt lägre belastning för jourpersonalen. Det samma gäller för akuta undersökningar av inneliggande patienter.
- Möjlighet att köra hjärta på CT med 16 cm detektor
- minskade väntetider generellt
- minskade ledtider avseende SVF
- bättre tillgång på tider för datortomografvägleda biopsier
- förbättrade driftsäkerhet. Idag finns bara en DT vid planerade (service) eller oplanerade driftstopp och antalet driftstopp ökar
- möjlighet till ett optimeringsarbete som möter Strålskyddsmyndighetens krav
- möjlighet till utbildning i rimlig grad
- möjlighet att införa nya typer av undersökningar samt utreda allt som bör utredas med DT med just DT istället för med förlegade metoder
- förutsättningar för att delta i forskningsstudier
- möjlighet att skapa en attraktiv arbetsmiljö, främst avseende röntgensköterskorna, med en rimlig arbetsbelastning. Detta torde också underlätta rekrytering
- ökad flexibilitet i schemaläggningen. Sköterskor skulle kunna frigöras från kvällskörningar för att istället arbeta dagtid på ett mer behovsstyrt sätt
- förbättrad patientsäkerhet med färre stressrelaterade misstag
- smidigare byte när datortomografen från 2011 skall bytas ut. Om vi har en tredje datortomograf på plats och igång har vi chans att klara det driftstopp (på några månader) som det innebär att byta ut den gamla och bygga om.

Konsekvenser vid utebliven eller försenad investering

Att inte göra den föreslagna investering inom en snar framtid skulle få mycket allvarliga konsekvenser för hälso- och sjukvården inom Region Jämtland Härjedalen. Redan idag körs datortomograferna på sin max-kapacitet och då får driftstopp stora konsekvenser. Att fortsätta med endast 2 maskiner innebär att det inte är möjligt att möta det ökade behovet. Det skulle i så fall medföra ett behov av att prioritera akuta patienter och en del av de icke-akuta undersökningarna få göras på andra sjukhus/köpas in externt.

Att fördröja reinvestering av befintlig datortomograf skulle innebära att det finns en risk att nå "end of life" för den äldsta datortomografen från 2011. I så fall hamnar vi i ett scenario där vi står med endast en datortomograf vilket förstås skulle vara förödande.

Ekonomi

Investeringen avser en tredje datortomograf med ombyggnation.

Totalt investeringsbelopp uppskattas till ca 10-13 milj kr beroende på leverantör och prestanda. Tillkommer gör ombyggnadskostnader på ca 1,9 milj kr. Slutgiltigt belopp är beroende av resultatet av upphandlingen. Med en avskrivningstid på 7 år och en internränta på 1,5 procent, motsvarar det en kostnad på ca 2,3 miljoner kronor per år. Tillkommer gör servicekostnad för en tredje datortomograf men det försvinner även en servicekostnad för avvecklat genomlysningslab. Skillnaden är en merkostnad på 300-400 tkr.

Årlig driftkostnad för nyinvestering i en tredje DT.

Investeringsbelopp: ca 12-15 miljoner kronor inkl ombyggnation och beroende på detektor.

I det här exemplet redovisas det högre beloppet.

Avskrivningstid: 7 år

Internränta: 1,5 procent

Avskrivning: 2143 tkr

Internränta: 225 tkr

Årlig kostnad 2368 tkr

Fördyrad servicekostnad: 300-400 tkr

Minskad driftskostnad

Bedömd årlig driftkostnad per styck för kommande reinvestering av befintliga DT.

Investeringsbelopp: ca 12 miljoner kronor inkl ombyggnation.

Avskrivningstid: 7 år

Internränta: 1,5 procent

Avskrivning: 1714 tkr

Internränta: 180 tkr

Årlig kostnad 1894 tkr

Fördyrad servicekostnad: samma som idag

Minskad driftskostnad

Netto kostnadsökning per år ca 1894 tkr



15

Plan för god och nära vård

HSN/1291/2019

Riktning Nära vård 2019, Region Jämtland Härjedalen

Bakgrund

Flera nationella utredningar om Nära vård är utförda och pågår, bland annat beskrivs i SOU 2018:39 följande "Arbetet med Nära vård är en förutsättning för att klara av vården. Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av satsningar på akutsjukhus och annan specialiserad vård än primärvård. I internationella jämförelser har svensk vård goda resultat när det gäller medicinsk kvalitet, men faller sämre ut i jämförelser när det gäller kontinuitet, patientdelaktighet och tillgänglighet. Det finns en insikt om resursernas begränsning och vikten av att i möjligaste mån effektivisera hälso- och sjukvårdens insatser. Om vi ska bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna kan vård och omsorg inte organiseras på samma sätt som i dag. Det krävs en förändring av strukturen och sättet att organisera för att åstadkomma såväl ökad kvalitet och patientdelaktighet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande"

Sveriges kommuner och landsting (SKL) beskriver att "För att hälso- och sjukvården och den kommunala vård- och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet, och kunna möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov på ett bättre sätt, krävs en omställning i hela vårdkedjan". Vidare beskriver SKL de framgångsfaktorer som finns i pågående utvecklingsarbeten exempelvis, samverkan kommuner/region, ny teknik, utveckling av egenvård, personcentrering och satsning på kompetensförsörjning.

Regionledningen i Region Jämtland Härjedalen beslutade i december 2018 att ha en gemensam riktning och strategi mot Nära vård. Anledningarna till det är flera. Många förbättringsarbeten och projekt med olika syften pågick och utvecklingsresurserna/medarbetarna räckte inte till, det blev svårt att prioritera. Med en tydlig riktning är det lättare att prioritera vad som är viktigast att utveckla. Vidare fanns och kvarstår stora utmaningar att klara tillgängligheten och ekonomin. Ökad tillgänglighet och minskade kostnader är också de övergripande målen i Region JH, där riktning Nära vård är en viktig faktor. Den nationella och internationella rörelsen mot Nära vård har diskuterats i Regionen under en längre tid och kom att bli en ledstjärna i arbetet.

Övergripande syfte med Nära vård

Förstärka patientens delaktighet och upplevelse av närhet och trygghet

Skapa gemensam riktning – grund för prioritering av resurser. Förstärka helhetssyn

Effektivisera vården – resurser ska räcka till flera. Ge förutsättning för vård på rätt nivå

En omstrukturerad till en primärvård som är basen i sjukvårdssystemet och som ger goda förutsättningar att uppnå en jämlik hälsa i befolkningen

Nära vård i Region Jämtland Härjedalen

Vad menas då med Nära vård? I korthet kan man säga att det är ett nytt förhållningssätt till hur vi tillhandahåller vården till dem vi är till för. Regionen har valt att använda definitionen från Sveriges kommuner och landsting (SKL)

”Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör kärnan i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta. En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler. Närhet har flera dimensioner, förutom geografisk närhet är det också en närhet i relationen mellan patient och professioner, tillgänglighet, kontinuitet, trygghet och samordning. Utgångspunkten måste vara individens behov och upplevelse av närhet”

Indikatorer

Regionen har även valt att utgå från att Socialstyrelsens indikatorer för God vård är en förutsättning för Nära vård. God vårds dimensioner är - kunskapsbaserad och ändamålsenlig, effektiv, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig

Helhetsperspektiv

Utifrån riktning Nära vård kommer Regionens hälso- och sjukvård att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv där alla vårdnivåer finns med. Primärvården har sedan något år tillbaka påbörjat resan och genomfört flera pilotprojekt med olika innovationer, vissa i samarbete med specialiserade vården. Helhetsperspektivet innebär att både primärvården och specialiserade vården går i samma riktning – mot Nära vård. Detta kräver samma förhållningssätt, goda professionella relationer och gemensamma mål. Intentionen är att det finns en gemensam bild för vad Nära vård betyder på olika nivåer, därför har Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp enats om följande definitioner.

Definition god primärvård i riktning Nära vård:

Bedriver en god och nära vård utifrån ett helhetsperspektiv för patient/befolkning med hög tillgänglighet utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Vården sker digitalt när det går och fysiskt när det behövs. Patienterna känner sig trygga med sjukvården, gör så mycket som möjligt av vården själva och har en god medvetenhet och kunskap om sin hälsa.

Primärvården har ett tydligt uppdrag att arbeta hälsofrämjande, förebyggande och proaktivt. Fokus på relationer med patienterna, insatser anpassas efter patientens individuella förutsättningar och behov, dvs vården är personcentrerad och formad utifrån patienten.

Primärvården har ett huvudansvar för att vid behov samordna vården för personer med kronisk sjukdom och/eller multisjukdom och det finns en överenskommen och samordnad plan med fast vårdkontakt.

Primärvården arbetar med digitala läkarkonsultationer mellan primärvård och specialiserad sjukvård, distansbedömningar, införande av arbetsmodellen hemsjukhus och en nära samverkan med ambulans och kommuner. Patienten kan då erbjudas utökade vårdinsatser och bedömningar i primärvården i stället för att åka in till sjukhuset.

Primärvården har tillgång till de resurser och kompetenser som behövs för att patienterna ska få goda vårdinsatser. Specialistvårdens insatser görs, genom digitala läkarkonsultationer, tillgängliga för patienterna, även när de befinner sig på hälsocentralen

Patienterna känner sig trygga i sin hälsosituation och kan i hög utsträckning få sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda genom kontakt med primärvården. Nollvision för vårdskador

Definition för god specialiserad öppenvård i riktning Nära vård

Bedriver en tillgänglig öppenvård där det finns specialistkompetens för specifika sjukdomar eller tillstånd. Patienten erbjuds öppenvård som inte kan utföras i Primärvården utan kräver specialistinsatser i bedömning, diagnostik och behandling

En god specialiserad öppenvård arbetar personcentrerat med fokus på individens behov och delaktighet.

Förhållningssättet Nära vård genomsyrar verksamheten, ex mobila lösningar och distansoberoende vård nyttjas där det är lämpligt.

Det finns en nära och självklar samverkan med Primärvården och andra vårdgivare, inkl kommunerna, med hög tillgänglighet för digitala läkarkonsultationer i syfte att underlätta för patienten. Nollvision för vårdskador

Definition för god specialiserad slutenvård i riktning Nära vård

En dygnetruntvård som har specialistkompetens och är teknikintensiv. Här finns patienter i behov av vård som inte kan bedrivas i öppenvård eller på annat sätt. Vården är i vissa delar nivåindelad i syfte att fördela kompetens på rätt plats och ge bästa vård utifrån behov.

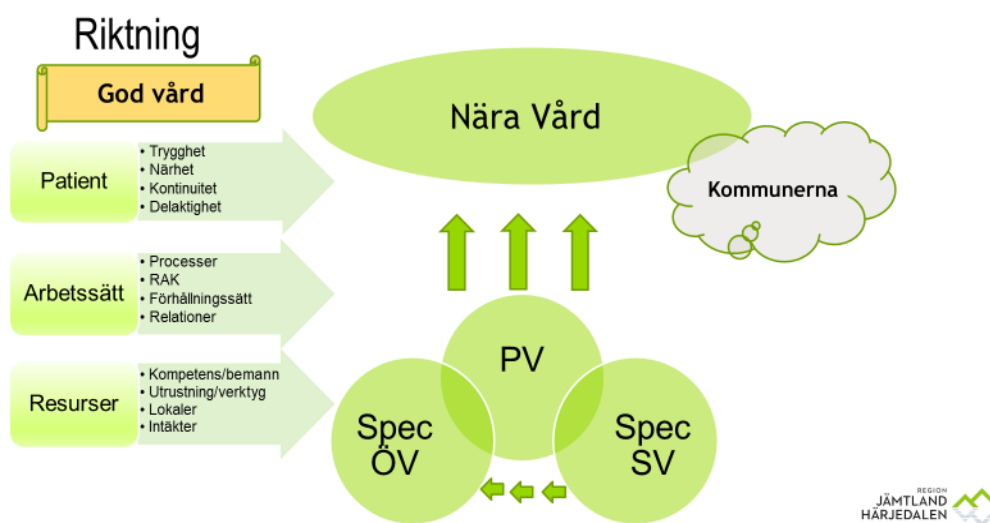
Vården är personcentrerad med effektiv planerings/in- och utskrivningsprocess och, när det är lämpligt, en riktning mot Nära vård internt och i länets kommuner. Det finns möjlighet till direktinskrivning på vårdavdelning/snabbspår samt god tillgänglighet till utredning och behandling När patienten behöver högspecialiserad vård används i möjligaste mån tekniska innovationer för att bedriva vård nära hemmet alt effektiva transportresurser. Nollvision för vårdskador

Viktiga faktorer i riktning Nära vård

Patienternas upplevelse av trygghet, närhet, kontinuitet och delaktighet. I resultatet från piloten med hemmonitorering syns även ökade hälsofrämjande aktiviteter.

Arbetsättet blir mer processinriktat och horisontellt. Professionens kompetens nyttjas på bästa sätt genom rätt använd kompetens (RAK). Utbildningsinsatser erbjuds då det finns behov, ex ny teknik. Förhållningssättet enligt definitionen Nära vård med en exempelvis utökad egenvård och personcentrering är självklar. Goda professionella relationer internt i Regionen samt externt (ex privata vårdgivare, kommunerna) är en förutsättning för att ändra arbetsätt.

Resurser finns tillgängliga. Lämplig kompetens och bemanning på alla nivåer. Lokaler och utrustning/verktyg finns och används på ett effektivt och säkert sätt (digitaliseringsverktyg är inkluderade). Tilldelad budget används på ett effektivt sätt då det finns höga krav på kostnadsbesparingar. Se figur 1



Figur 1. Visuell beskrivning av Riktning Nära vård

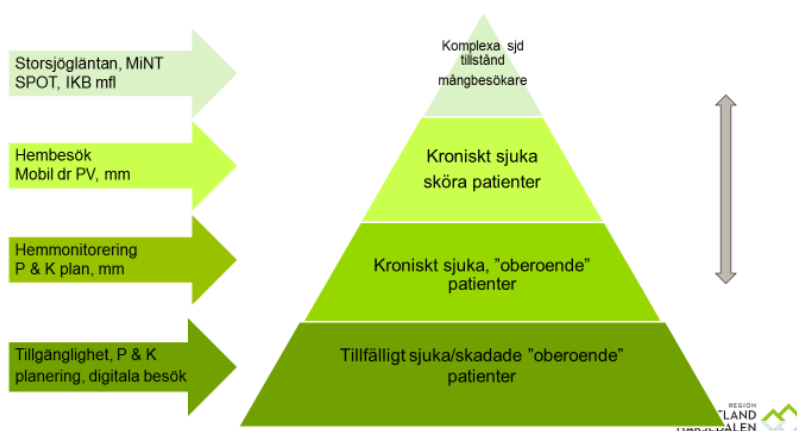
Genomförande

Muntligt beslut togs på Regionledningen i december 2018 att påbörja arbetet med Nära Vård. Formellt beslut togs i maj 2019.

Arbetet har genomförts i workshopform med hälso-och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp. Initialt var syftet förankring och att skapa definitioner och målbilder samt att presentera nuläget i riktningen Nära vård. Försättningsvis arbetade ledningsgruppen med aktiviteter och arbetssätt, baserat på medarbetarnas kunskap och analys av möjliga förbättringsarbeten

Utifrån pågående innovationer och tänkta aktiviteter gjordes en grov indelning av patientgrupper för att belysa vilka insatser som kan vara lämplig till respektive grupp. Patienter kan röra sig mellan grupperna över tid och insatser kan också variera. Se figur 2.

Patientgrupper, insatser i riktning Nära vård



Figur 2. Indelning patientgrupper och tänkta insatser (förklaring av förkortningar finns i bilaga 1)

Uppdelning i Kluster

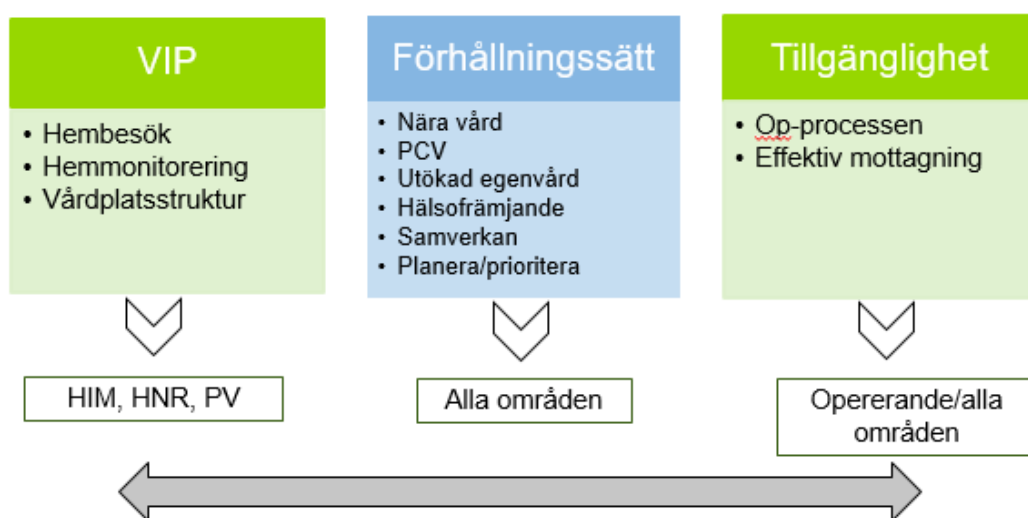
För att göra ett stort arbete hanterbart delades aktiviteterna upp i två kluster med underliggande aktivitetsdelar. Flera aktiviteter påverkar båda klustren men är organiserade till där de förekommer mest. En samverkan mellan respektive Klusterägare sker för att nyttja effekter av utförda aktiviteter på bästa sätt. En tredje del är gemensam och handlar bla om förhållningssätt, samverkan och planering, se figur 3

VIP-kluster (very important patients)

VIP-klustret består av tre delar, hembesök, hemmonitorering, och vårdplatsstruktur. I hembesöksdelen ingår mobila team och i vårdplatsstrukturen ingår snabbspår samt in- och utskrivningsprocesserna. Syftet är att ge förutsättningar för att, på ett tryggt och säkert sätt, förflytta vården från sjukhuset till hemmet genom bla ökad egenvård. Patientgrupperna är i första hand de kroniskt sjuka i olika nivåer som besöker vården ofta. Arbetet med vårdplatsstruktur med tillhörande processer finns i detta kluster för att både hembesök och hemmonitorering beräknas få effekt på ex lägre andel återinskrivna patienter och färre inskrivningar för VIP-patienter och därmed ett förändrat vårdplatsbehov. Medicinområdena och Primärvården är huvudaktörer i dessa aktiviteter men även ambulansen är involverad, se figur 3

Tillgänglighetskluster

Tillgänglighetsklustret består av två delar, operationsprocessen och effektiv mottagning (gäller ffa specialistvårdsmottagningarna). Syftet här är att öka tillgängligheten genom att effektivisera processerna och med förhållningssätt nära vård och egenvård skapa nya arbetssätt ex genom digitala besök och invånartjänster. Produktions- och kapacitetsplanering ska också införas fullt ut. Patientgruppen är i första hand de tillfälligt sjuka oberoende patienterna där det idag kan vara långa väntetider. Här finns också patienter med längre sjukdomsförlopp ex cancer. Förväntad effekt är att korta väntetider, öka tillgänglighet och utöka egenvård där det är lämpligt. De opererande områdena och diagnostiska enheter som ex röntgen, laboriemedicin är huvudaktörer i dessa aktiviteter, se figur 3



Figur 3. Indelning i kluster

Förhållningssätt

Båda klustren ska, utifrån definitionerna, arbeta med ett helhetsperspektiv i vårdprocesser, alltså inte i stuprör. Alla områden har ett gemensamt förhållningssätt vad gäller Nära vård, personcentrerad vård, utökad egenvård och hälsofrämjande insatser. Pilotprojektet om hemmonitorering i Ragunda kommun visar att egenvård och personcentrering ger hälsofrämjande effekter då patienten själv ser nyttan med sin egen insats, se särskild rapport. Vidare, enligt definitionerna, sker en god samverkan mellan Primärvården och sjukhuset samt att aktiviteterna gemensamt planeras och prioriteras, se figur 3

Parallella arbeten

Parallella arbeten som pågår utifrån riktning Nära vård är Samverkande sjukvård liksom Fenix. Samverkande sjukvård är ett projekt som innebär samverkan med primärvården, ambulansen och kommunen i Härjedalens kommun. Fenix är ett projekt som pågår inom psykiatrin som innebär ökad egenvård, ökad tillgänglighet, mobila team etc. Vidare pågår arbete med utveckling av former för kunskapsstyrning.

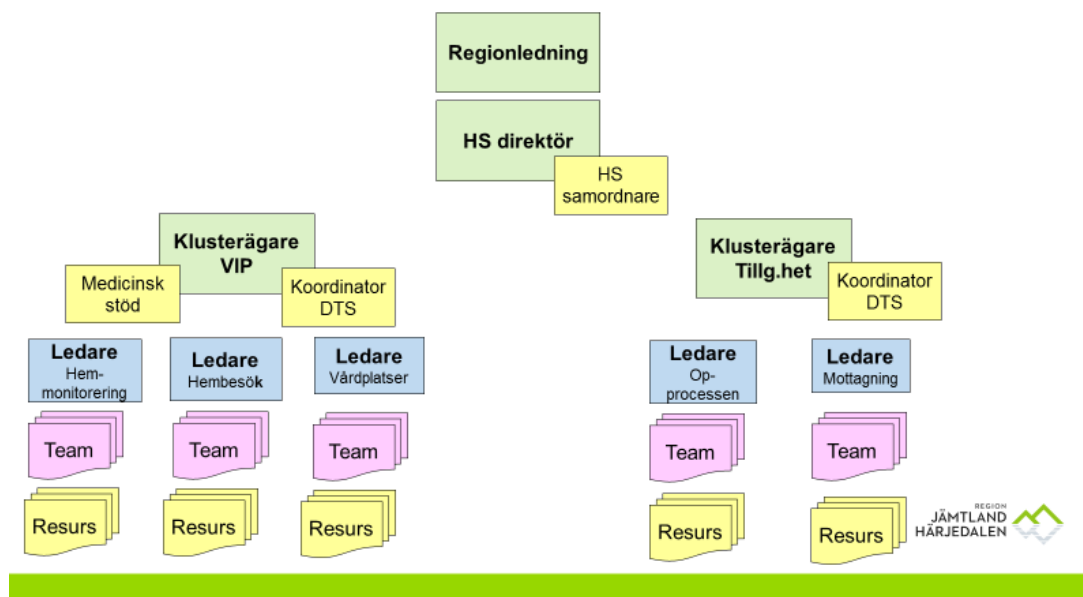
Ledning och styrning

Ledning och styrning i arbetet med Nära vård sker dels horisontellt, dels i linjen. Arbetet är som tidigare beskrivits uppdelat i två kluster, VIP och Tillgänglighet. Uppdelningen är beroende på patientgrupper och förväntade effekter. Varje Kluster har flera ”ben” med varsin ledare. Varje ledare skapar team på micronivå och begär/tilldelas resurser efter behov ex metodstöd. DTS har en koordinator med i varje kluster för att bevaka service resp diagnostikprocesserna. VIP-klustret har också ett medicinskt stöd (läkare) att tillgå, se figur 4. Klusterägare kan vara en linjechef men behöver inte vara det. Viktigt att det är rätt person som leder arbetet. Samma sak gäller ledarna. Tanken är att arbetet ska bedrivas horisontellt. Det finns risk för att arbete sker i stuprör, om alla ledarposterna bemannas med linjechefer.

Regionledningen beslutar i frågor där stabsresurser/ansvar är berört. Hälso-och sjukvårdens ledningsgrupp beslutar i frågor av strategisk karaktär. HS-direktören tar beslut ex när klusterägare och linjechefer har olika åsikter. Klusterägare och ledare samarbetar med linjechefer, och processbeslut tas i samförstånd. Uppföljning sker via Klusterägarna i Hälso-och sjukvårdens ledningsgrupp.

Klusterägare och ledare är ordinarie medarbetare i organisationen som fått särskilda uppdrag med tid avsatt.

Uppdrag för klusterägare och ledare finns och innehåller korthet att ha förhållningssätt God vård och Nära vård, skapa goda professionella relationer, styra och leda inom klustret. Vidare att styra mot Regionens övergripande mål samt skapa processmål, mätetal, tidplaner, samordna aktiviteter inom och mellan kluster samt andra aktuella arbeten. Hålla takten – mot målen, rapportera status och resultat uppåt, identifiera och involvera intressenter.



Figur 4. Ledningsorganisation Nära vård

Mål och mätetal

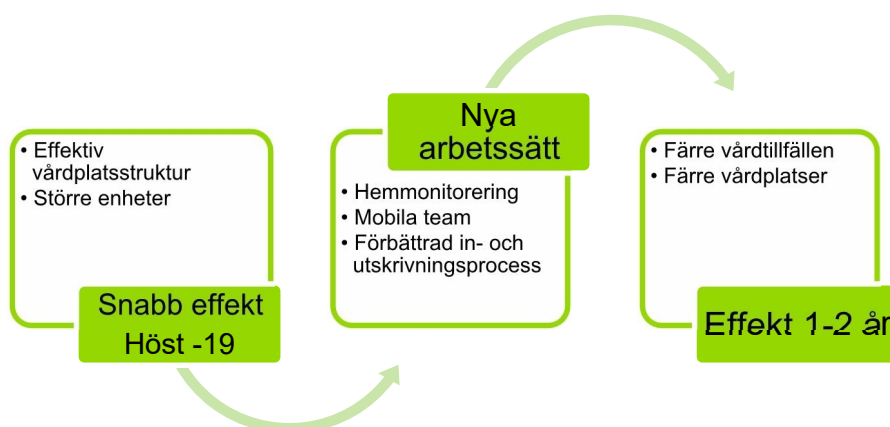
Mål och mätetal finns på olika nivåer och kan komma att förändras över tid. Valda övergripande mål initialt är:

- Patientnöjdheten ska öka (nationell patientenkät samt mätning i utvalda utvecklingsarbetet)
- Tillgängligheten ska öka (vårdgaranti, väntetider i vården)
- Andel oplanerade återinskrivningar ska minska
- Täckningsgraden för vård i PV jmf specialiserad vård ska öka - andel av vården för en befolkningsgrupp som utförs i PV. Minskad slutenvård med färre vårdtillfällen och färre vårdplatser, minskade köer till specialistmottagningar
- Ekonomi
 - Minskade kostnader totalt
 - Budgetfördelning som ger förutsättning för Nära vård

Tidsperspektiv

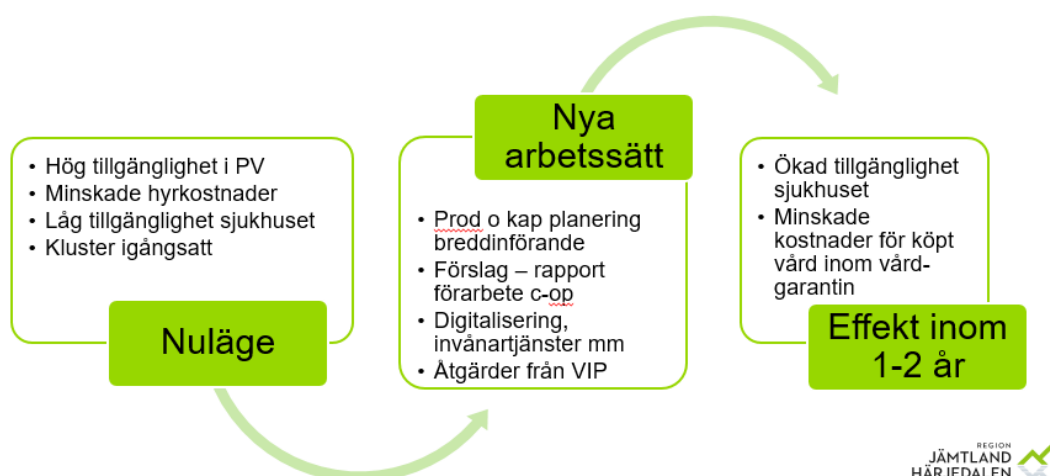
Riktning Nära vård är ingen vision utan en riktning eller strategi. Tidsperspektivet är först och främst för 2019 för att få en så konkret start som möjligt men självklart är siktet inställt på flera år framåt. Dock är det svårt att veta hur fort utvecklingen går, exempelvis utvecklas tekniken och digitaliseringen snabbt och möjligheter som vi inte vet idag finns kanske om bara några år.

VIP-klustret kommer under hösten 2019 att arbeta intensivt med att skapa en effektiv vårdplatsstruktur. Utifrån det dåliga ekonomiska läget kan det också bli aktuellt med nerdragning av vårdplatser redan under hösten. När arbetssätt som hemmonitorering, utökade hembesök/mobila team samt förbättrade in- och utskrivningsprocesser är igång beräknas slutenvårdsbehovet minska. Då är det aktuellt med ytterligare nerdragning av vårdplatser. Beräknad tid för det är 1-2 år, se figur 5.



Figur 5. Tidsperspektiv för VIP-klustret

För tillgänglighetsklustret är utgångspunkten nuläget, där det är god tillgänglighet i PV men låg i specialiserade vården både vad gäller nybesök och behandling. Nya arbetssätt ska införas/slutföras, exempelvis produktions- och kapacitetsplaneringens breddinförande, effektivare op-process, digitalisering inkl invånartjänster. Här kommer även åtgärder från VIP-klustret att få betydelse för tillgängligheten. Åtgärderna beräknas kunna ge en högre tillgänglighet och därmed även minskade kostnader för köpt vård (vårdgarantin) inom 1-2 år, se figur 7.



Figur 6. Tidsperspektiv för Tillgänglighetsklustret

Utveckling

Riktningen mot Nära vård är beslutad och arbetet är prioriterat. Omställningen kommer att ske gradvis och över tid. Arbetet är redan igångsatt och kommer att eskalera under 2019. Det är svårt att beskriva var Regionen befinner sig i arbetet Nära vård om 4-5 år, då utvecklingen av medicinska innovationer, metoder och verktyg går snabbt och inte alltid är förutsägbart. Målet är dock att vi har en förbättrad tillgänglighet, trygga och nöjda medborgare och minskade kostnader genom bättre resursutnyttjande.

Detta dokument är främst tänkt som ett riktningsskildningsdokument för Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp för att försäkra att alla har samma uppfattning av vad riktningen mot Nära vård innebär. Dokumentet kommer också att användas för förankring inför den politiska ledningen för att förklara hur arbetet mot Nära vård är strukturerat.

19 05 06

Lisbet Gibson

AnnaKarin Andersson

Anna Granevärn, Klusterägare VIP

Mattias Schindele, Klusterägare Tillgänglighet

Bilaga

Förklaring förkortningar:

RAK – Rätt Använd Kompetens

PV – Primärvård

Spec ÖV – specialiserad öppenvård (sjukhusets mottagningar)

Spec SV – specialiserad slutenvård

Storsjögläntan – Mobil team för palliativ vård

MiNT – Mobila NärvårdsTeamet

SPOT – Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam

IKB – Intensiv Kontextuell Behandling av självskada (Mobilt team)

P & K plan – Produktions och kapacitetsplanering

PCV – personcentrerad vård

Prod & kap plan – produktions- och kapacitetsplanering

HIM – område Hud, Infektion och Medicin

HNR – område Hjärta, Neuro och Rehab

PV – Primärvården

DTS – diagnostik, teknik och service



Tjänsteskrivelse

(Hälso- och
sjukvårdsnämnden)

2019-10-31

Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen

Ingela Jönsson

Tfn: 063-14 77 62

E-post:

HSN/1291/2019

Plan för god och nära vård

Ärendebeskrivning

Regionledningen i Region Jämtland Härjedalen beslutade i december 2018 att ha en gemensam riktning och strategi mot Nära vård. Anledningarna till det är flera. Många förbättringsarbeten och projekt med olika syften pågick och utvecklingsresurserna/medarbetarna räckte inte till, det blev svårt att prioritera. Med en tydlig riktning är det lättare att prioritera vad som är viktigast att utveckla. Vidare fanns och kvarstår stora utmaningar att klara tillgängligheten och ekonomin. Ökad tillgänglighet och minskade kostnader är också de övergripande målen i Region Jämtland Härjedalen, där riktning Nära vård är en viktig faktor. Den nationella och internationella rörelsen mot Nära vård har diskuterats i Regionen under en längre tid och kom att bli en ledstjärna i arbetet.

Det övergripande syftet med planen är att

- förstärka patientens delaktighet och upplevelse av närhet och trygghet
- skapa gemensam riktning – grund för prioritering av resurser.
- förstärka helhetssyn
- effektivisera vården – resurser ska räcka till flera.
- ge förutsättning för vård på rätt nivå
- stöd för en omstrukturering till en primärvård som är basen i sjukvårdssystemet och som ger goda förutsättningar att uppnå en jämlik hälsa i befolkningen

Regiondirektörens förslag

Plan för god och nära vård godkänns

I tjänsten

Hans Svensson

Regiondirektör

Maria Söderkvist

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.



16

Ändring av sammanträdestid för hälso-
och sjukvårdsnämnden 2020

HSN/583/2019

2019-10-31

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

HSN/583/2019

Ändring av sammanträdestid för hälso- och sjukvårdsnämnden 2020

Ärendebeskrivning

Vid hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 12 juni 2019 beslutades om nämndens sammanträdestider för 2020 (§63).

Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver nu justera sammanträdesdatum för oktober. Det föreslås därför att sammanträdet den 15 oktober 2020 flyttas till den 14 oktober 2020.

Regiondirektörens förslag

Sammanträdesdagen den 15 oktober 2020 ersätts med den 14 oktober 2020.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Chef
Verksamhetsområde/Ledningsstab

Utdrag till

Regionsrekreterare