

Tid: kl. 08:30-16:00

Plats: 28/2 Hörsalen och 1/3 Styrelserummet

Ordförande

Ann-Marie Johansson (S)

Ledamöter

Bengt Bergqvist (S), 3:e vice ordförande

Robert Uitto (S)

Anders Frimert (S)

Jenny Sellsve (S)

Christer Siwertsson (M), Vice ordförande

Susanné Wallner (M)

Jan-Olof Andersson (M)

Thomas Andersson (C)

Elin Lemon (C), 2:e vice ordförande

Anton Nordqvist (MP)

Jörgen Blom (V)

Bengt-Åke Arendolf (SD)

Ersättare

Carina Fröberg (S)

Björn Sahlin (S)

Linn Berglin (S)

Niklas Rhodin (S)

Kristina Holm (S)

Lise Hjemgaard-Svensson (M)

Elise Ryder Wikén (M)

Thomas Gutke (M)

Eva Hellstrand (C)

Lennart Ledin (L)

Lars-Erik Olofsson (KD)

Elin Hoffner (V)

Thomas Johansson Nordqvist (SD)

Övriga

1. Program för regionstyrelsen 28 februari - 1 mars 2017

Beslutsunderlag

- Program för styrelsen 28 februari - 1 mars 2017

2. Val av justerare och tid för justering

3. Fastställande av föredragningslista

Ärendebeskrivning

Enligt reglemente för regionstyrelsen har prliminär föredragningslista över de ärenden som avses bli behandlade vid sammanträdet utsänt till ledamöter och ersättare.

Förslag till beslut

Preliminär föredragningslista fastställs som slutlig föredragningslista.

4. Regiondirektörens rapport 2017 (RS/4/2017)

Ärendebeskrivning

- Bemanningsprojektet
- Redovisning av Öppna jämförelser och Hälso- och sjukvårdsbarometern
- Utskottens uppdrag
- Åtgärdsförslag efter beslut i regionstyrelsen i januari

5. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av folktandvården (RS/228/2017)

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2017. Enligt uppföljningsplanen ska regionstyrelsen på sitt möte den 28 januari-1 mars bland annat följa upp folktandvården.

En rapport har upprättats inom område Folktandvård.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av folktandvården godkänns.

Expedieras till

Chef Område Folktandvård

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppföljning 2017 av folktandvården
- Rapport Uppföljning Folktandvården

6. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål PATIENT - återinskrivningar (RS/18/2017)

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige har i sin regionplan beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2017 – 2019. I regionstyrelsens verksamhetsplan finns för varje strategiskt mål, två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i varje månadsrapport till styrelsen, och som fördjupning två gånger under året. Enligt styrelsens uppföljningsplan ska det aktiva målet patient – återinskrivningar följas upp vid styrelsens sammanträde 28 februari – 1 mars 2017.

Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2017 är att återinskrivning inom 30 dagar ska minska. Målvärdet är ett resultat med lägre procent än år 2014.

Utdata finns endast på förvaltningsnivå och hämtas från den nationella databasen Kvalitetsportalen. Möjlighet till utdata på områdesnivå är under upparbetning nu.

Mätetalen visar oplanerade återinskrivningar oavsett orsak inom 30 dagar efter ett tidigare vårdtillfälle inom slutenvård i Region Jämtland Härjedalen, personer 65 år och äldre. Resultatet visar en minskning av återinskrivna patienter (lägre än 2014) och ett uppnått målvärde. I riket ligger totalvärdet i december 2016 på 16,5%.

	2014-12 (%)	2015-12 (%)	2016-12 (%)
Män	20,8	21,1	18,3
Kvinnor	17,0	15,3	13,5
Totalt	18,9	18,0	16,1

Exempel på åtgärder som utförts är:

- Enkla läkemedelsgenomgångar som under 206 har kunnat registreras i Cosmic, det utförs ca 1 250 genomgångar/månad. Måttet finns med i 2017 års verksamhetsplan för hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Utskrivningsmeddelanden till varje enskild patient. Där finns stora variationer i verksamheten. HIM och HNR har högsta frekvensen, ca 75 %.
- Samverkansmöten med kommunerna via Ledningskraft samt särskilda möten med Östersunds kommun (fokus på äldre).
- Patientsäkerhetsmöten med MAS-gruppen.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning av det aktiva målet återinskrivningar godkänns.

Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål PATIENT - återinskrivningar

7. Uppföljning Krisberedskap och säkerhet 2016 (RS/2510/2016)

Ärendebeskrivning

Uppföljning Krisberedskap och säkerhet 2016 är upprättad enligt Regionstyrelsens uppföljningsplan. Krisberedskaps- och säkerhetsarbetet har i stort sett bedrivits enligt plan. Inom arbetet med Risk- och sårbarhetsanalyser pågår åtgärder inom alla de åtgärdsförslag som prioriterades under förra mandatperioden. Arbeta är också påbörjat avseende klimatförändringar och civilt försvar.

Sett till inträffade händelser är det vattenstörningen i april som får betecknas som den allvarligaste. Förutom den så har Särskild sjukvårdsledning inrättats vid fem ytterligare tillfällen p.g.a. allvarlig händelse. Även utbildning och övning har bedrivits enligt plan. En prehospital övning mellan Sverige och Norge genomfördes i november för att koppla ihop RAKEL och NÖDNET. Arbetet fortsätter nu för att implementera den nya tekniken och svensk-norska talgrupper. En ambition är att Regionen infört detta innan sommaren. Antalet avvikelser inom hot och våld ligger på samma nivå som föregående år. En övervägande del inträffar inom psykiatri, men en tendens är att det ökar i annan vårdverksamhet både på sjukhuset och i primärvården. Efterfrågan på vakt och överfallslarm ökar i primärvården.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning av Krisberedskap och säkerhet 2016 godkänns.

Expedieras till

Anna-Lena Alfreds, Beredskapschef

Beslutsunderlag

- Uppföljning Krisberedskap och säkerhet 2016
- Uppföljning av Krisberedskaps- och säkerhetsfrågor 2016

8. Informationssäkerhetsberättelse 2016 (RS/2506/2016)

Ärendebeskrivning

Informationssäkerhetsberättelsen följer kraven i SOSFS 2008:14 om att årlig rapportering ska ske över vilka granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse som har gjorts i enlighet med informationssäkerhetspolicyn, vilka riskanalyser som har utförts avseende informationssäkerheten och vilka förbättringsåtgärder som har vidtagits. Det arbete som pågått under flera år har till viss del tappat fart under 2016. Avdelade resurser har inte motsvarat behovet, vilket innebär att alla mål inte har uppnåtts och att alla planerade aktiviteter inte har genomförts. Ett prioriterat område inför 2016 var att etablera en organisation och ett IT stöd för loggkontroll, det arbetet har gått framåt och IT stödet beräknas successivt kunna breddas införas under 2017.

Det mål som återfanns i både Regionstyrelsens och direktörens planering om behovet att klargöra ansvar och roller avseende informations- och IT säkerhetsfrågor inom COSMIC förvaltning samt nationella E-hälsotjänster har inte genomförts. Planering finns för genomförande våren 2017. Den övergripande risk- och behovsanalys som genomförts avseende behörigheter i COSMIC slutfördes i juni 2016 och överlämnades till hälso- och sjukvårdsdirektören. Åtgärder har påbörjats inom COSMIC förvaltning utifrån analysens förslag.

Regionfullmäktige fastställde i oktober en ny informationssäkerhetspolicy. Informationssäkerhet är nu en del i internrevision och ledningens genomgång vilket är mycket positivt. Kunskapsnivån i informationssäkerhet behöver höjas i verksamheterna och ett prioriterat område för 2017 är att införa en e-utbildning i informationssäkerhet. Handlingsplanen för 2016-2017 (RS/1444/2015) har reviderats och fastställts av Regiondirektören. Där har kompletteringar avseende registerinventering gjorts, vilket är ett viktigt steg i förberedelsearbetet inför Dataskyddsförordningen. Regionen står inför stora utmaningar när det gäller att leva upp till kraven i den nya Dataskyddsförordningen som ersätter Personuppgiftslagen (PuL) from maj 2018. En informationssäkerhetssamordnare har rekryterats och tillträder i mitten på mars 2017.

Revisionskontoret har genomfört en förstudie i syfte att kartlägga och bedöma om det finns anledning för förtroendevalda revisorer att besluta om en fördjupad granskning. Bedömningen är att det pågår ett aktivt arbete och att en fördjupad granskning inte är motiverad. De konstaterar dock att det finns en mängd kända brister av varierande allvarlighetsgrad och att de åtgärder som vidtas löpande inte sker i tillräcklig takt. De lyfter fram några angelägna förbättringsområden där Regionstyrelsen ska redovisa vilka åtgärder som planeras att vidtas senast 31/3 2017.

Förslag till beslut

Informationssäkerhetsberättelse 2016 godkänns.

Expedieras till

Anna-Lena Alfreds, Regionstaben

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Informationssäkerhetsberättelse 2016
- Informationssäkerhetsberättelse 2016

9. Patientsäkerhetsberättelse 2016 (RS/236/2017)

Ärendebeskrivning

Landsting och regioner har sedan 1 januari 2011 skyldighet enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) att skriva patientsäkerhetsberättelse senast den 1 mars varje år för att tillhandahålla för den som önskar ta del av den.

Enligt Socialstyrelsen har upprättandet av patientsäkerhetsberättelsen flera syften:

- Vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.
- Socialstyrelsen kan lättare utföra sin tillsyn av verksamheten.
- Det blir enklare att ge andra intressenter tillgång till information, t.ex. allmänheten, patienter, andra vårdgivare och patientsäkerhetsorganisationer.

Det finns inget krav på att vårdgivaren ska lämna patientsäkerhetsberättelsen till Socialstyrelsen eller annan myndighet. Däremot är vårdgivaren skyldig att inrätta ett ledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Patientsäkerhetsberättelsen är en del av det ledningssystemet.

Patientsäkerhetsberättelsen har upprättats inom Område Patientsäkerhet.

Förslag till beslut

1. Patientsäkerhetsberättelsen för 2016 godkänns.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Chef Område Patientsäkerhet

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Patientsäkerhetsberättelse 2016
- Patientsäkerhetsberättelse 2016

10. Utvärdering av regionstyrelsens uppsiktsplikt 2016 (RS/2361/2016)

Ärendebeskrivning

Enligt kommunallagen (KL) 6 kap. 1§ ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i.

Under 2016 har regionstyrelsen, vid sina sammanträden, haft dialog med följande bolag:

- Jämtland Härjedalen Turism
- Almi företagspartner
- Landstingsbostäder AB
- Länstrafiken Jämtland AB

Redovisningarna har fokuserat på ekonomiskt resultat och måluppfyllelse.

Styrelsen har även tagit del av hel- och delårsbokslut från regionala utvecklingsnämnden, vårdvalsnämnden och övriga nämnder, bolag och stiftelser. Utöver detta har styrelsen tagit del av revisionsgranskningar, rapport över vårdvalsnämndens utförd interna kontroll samt sammanträdesprotokoll från nämnder, bolag, föreningar enligt bifogad sammanställning.

De rapporter och redovisningar som genomförts har inte föranlett några åtgärder från regionstyrelsens sida.

Regionstyrelsen antog, inför verksamhetsåret 2016, regler för hur uppsiktsplikten ska

genomföras. Styrelsen har med anledning av detta genomfört fyra dialoger med bolag i samband med sina sammanträden. Sammanfattningsvis konstateras att styrelsen kan stärka uppsiktsplikten ytterligare genom att även begära in skriftliga rapporter från hel- eller delägda bolag. Styrelsen har med anledning av detta antagit reviderade regler för uppsiktsplikten vid sitt sammanträde 2017-01-24—25.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Information om regionstyrelsens uppsiktsplikt 2016 noteras till protokollet.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse utvärdering av regionstyrelsens uppsiktsplikt 2016
- Utvärdering av regionstyrelsens uppsiktsplikt 2016

11. Regionstyrelsens uppsiktsplikt 2017 (RS/310/2017)

Ärendebeskrivning

Enligt kommunallagen (KL), 6 kap. 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunförbund som kommunen eller regionen är medlem i. Lag (2014:573). Enligt antagna regler för regionstyrelsens uppsiktsplikt ska styrelsen varje år upprätta en plan över de nämnder, bolag, stiftelser, föreningar med mera som styrelsen avser att fördjupa sin uppsiktsplikt på.

En sammanställning utifrån de uppföljningar som gjorts tidigare har upprättats. Utifrån den har ett antal bolag, stiftelser, förbund och nämnder valts ut som förslag att ingå som fördjupningsärenden i regionstyrelsens plan för uppsiktsplikt 2017. Dessa är: Stiftelsen Jamtli, Inera AB, AB Transitio, Länstrafiken, Norrtåg AB, Samordningsförbundet i Jämtlands län, Vårdvalsnämnden och Regionala utvecklingsnämnden.

Förslag till beslut

Under 2017 ska nedanstående bolag, stiftelser, förbund och nämnder ingå som fördjupningsärenden i regionstyrelsens plan för uppsiktsplikt under 2017:

- Stiftelsen Jamtli
- Inera AB
- AB Transitio
- Länstrafiken
- Norrtåg AB
- Samordningsförbundet i Jämtlands län
- Vårdvalsnämnden
- Regionala utvecklingsnämnden

Expedieras till

Stiftelsen Jamtli, Inera AB, AB Transitio, Länstrafiken, Norrtåg AB, Samordningsförbundet i Jämtlands län, Vårdvalsnämnden och Regionala utvecklingsnämnden.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse om Regionstyrelsens uppsiktsplikt 2017
- Redovisning uppsiktsplikt

12. Regionstyrelsens plan för intern kontroll 2017 (RS/1989/2016)

Ärendebeskrivning

För ett landsting finns lagkrav på intern kontroll (Kommunallagen). Enligt kommunallagen ska styrelsen och nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig. Ytterst handlar det om att säkerställa att verksamheten uppfyller de mål och de krav som ställs. En systematisk riskhantering är ett viktigt instrument för att säkerställa uppfyllandet av mål och förväntningar.

Enligt gällande reglemente för intern kontroll vid Region Jämtland Härjedalen ska regionstyrelsen årligen besluta om en plan för intern kontroll.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens plan för intern kontroll 2017 antas.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Regionstyrelsens plan för intern kontroll 2017
- Regionstyrelsens plan för intern kontroll 2017

13. Uppdrag till regionstyrelsens utskott 2017 (RS/158/2017)

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har på sitt sammanträde den 7 december 2016, § 219, beslutat om verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017. Den innehåller regionstyrelsens framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden samt ett antal aktiva mål. De aktiva målen och framgångsfaktorerna är de prioriteringar regionstyrelsen ska arbeta med under 2017 för att verkställa det övergripande uppdraget från regionfullmäktige.

I arbetet att verkställa regionfullmäktiges uppdrag finns för regionstyrelsen tre utskott; utskottet för ekonomi, utskottet för personal och utskottet för hälso- och sjukvård. Utskottens uppgifter finns beskrivna i regionstyrelsens reglemente. I de allmänna uppgifterna ingår bland annat att inom respektive arbetsområde jobba med fördjupning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden, framtidsbevakning och analys av långsiktiga utvecklingsområden. En viktig utgångspunkt för de frågor som utskotten ska arbeta med är de övergripande mål som finns fastställda i regionplan och i regionstyrelsens verksamhetsplan.

En rapport har upprättats med förslag på vilka utvecklingsområden i regionstyrelsens verksamhetsplan som respektive utskott ska arbeta med under året. Syftet med det är att tydliggöra för utskotten vilka områden de ska fördjupa sig inom för att stödja styrelsens arbete att verkställa sina prioriteringar för året. Parallellt med de uppdrag styrelsen fördelar har också alla tre utskott upprättat egna årsplaneringar.

Årsplaneringarna visar hur utskottens ska lägga upp sitt arbete och vilka frågor de själva valt att fokusera mer på. Utskottens arbete kommer löpande att följas upp under året och sedan slutredovisas i en rapport efter årets slut.

Förslag till beslut

1. Föreslagna uppdrag till regionstyrelsens utskott för 2017 fastställs enligt rapport.
2. Upprättade årsplaneringar för år 2017 för utskottet för ekonomi, utskottet för personal och utskottet för hälso- och sjukvård godkänns.

Expedieras till

Regionstyrelsens utskott

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse om uppdrag till regionstyrelsens utskott 2017
- Rapport om uppdrag till regionstyrelsens utskott 2017
- Årsplanering 2017 för utskottet för ekonomi_fastställd UKE 170120
- Årsplanering 2017 - Utskottet för personal_fastställs 170223
- Årsplanering 2017 utskottet för hälso- och sjukvård_fastställd UHSV 170123

14. Svar på remiss Ökad insyn i välfärden, SOU 2016:62 (RS/2120/2016)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har av Socialdepartementet beretts tillfälle att avge yttrande över Remiss, Ökad insyn i välfärden, SOU 2016:62.

Utredningens uppdrag har varit att lämna förslag om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i privat utförd, offentligt finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning. Utgångspunkten har varit att finna former för ett genomförande som inte onödigtvis ökar administrationen för utförarna inom vård, skola och omsorg. Ytterligare en utgångspunkt är att patienternas, barnens, elevernas och andra brukares integritet ska skyddas.

Region Jämtland Härjedalen lämnar synpunkter endast på de delar av utredningens förslag som har anknytning till regionens verksamhet, nämligen privata utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Region Jämtland Härjedalen ser positivt på de ändringar som föreslagits i arbetet med översynen av rättsområdet. Region Jämtland Härjedalen tillstyrker därför utredningens förslag men gör bedömningen att vissa delar kräver förtydliganden utöver dem som föreslagits.

Ett remissvar har utarbetats inom samordningskansliet. Svar på remissen ska lämnas till Socialdepartementet senast 20 februari. Då regionstyrelsen har sitt sammanträde 28/2-1/3 har Region Jämtland Härjedalen begärt förlängd svarstid till senast 2 mars.

Förslag till beslut

1. Svar på remiss, Ökad insyn i välfärden, SOU 2016:62, enligt upprättat förslag daterad 2017-02-23 antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Sanna Othman

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivesle Remissyttrande - Ökad insyn i välfärden, SOU 2016:62
- Svar på remiss Ökad insyn i välfärden, SOU 2016:62 Dnr S2016/06178/FS
- Missiv till Remiss Ökad insyn i välfärden (SOU 2016:62)
- Sammanfattning av remiss Ökad insyn i välfärden (SOU 2016:62)

15. Svar på remiss Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna DS 2016:41 (RS/2214/2016)

Ärendebeskrivning

För en rättssäker prövning av sjukförsäkringsärenden behöver Försäkringskassan i vissa fall fördjupade underlag i form av försäkringsmedicinska utredningar. Underlagen ska ge en fördjupad beskrivning av sjukdomens konsekvenser för individens funktionstillstånd och förmåga till aktivitet.

Regeringen och SKL har sedan 2010 ingått en rad överenskommelser om ersättning till landstingen för att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar till Försäkringskassan. Utredningarna har varit av två sorter, Särskilt läkarutlåtande (SLU) som baseras på en läkares utredning och Teambaserad medicinsk utredning (TMU) där flera yrkeskompetenser samverkar. Från år 2017 kan Försäkringskassan även beställa Arbetsförmågeutredningar (AFU) när den försäkrades arbetsförmåga ska prövas mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden.

Ersättningsnivåerna är för år 2017:

28 000 kr för TMU

14 500 kr för SLU

16 300 kr för AFU

Särskild ersättning erhållas för tolk samt för AFU, om läkaren behöver stöd av psykolog, arbetsterapeut eller fysioterapeut.

Under år 2016 levererade Region Jämtland Härjedalen 186 utredningar till Försäkringskassan, varav 113 TMU och 73 SLU. Utredningarna utfördes av Regionens egen smärtenhet, Rygginstitutet i Sundsvall och privatläkare Curt Rolleri, Sundsvall. För utredningarna och administration erhöll Regionen 4,8 mkr, varav 1,6 mkr gick till Regionens egen smärtenhet.

Den utredning som detta remissyttrande avser handlar om att staten vill lagreglera det som tidigare hanterats i ovan nämnda årliga överenskommelser mellan Staten och

SKL. SKL har tidigare framfört till regeringen att det inte är hållbart att reglera utredningar som är ett konstant behov av Försäkringskassan genom överenskommelser. Innehållet överensstämmer i stort med nuvarande överenskommelse, vilken gäller fram till 2017-12-31.

Region Jämtland Härjedalen är, i likhet med SKL, i huvudsak positiv till att hanteringen av de försäkringsmedicinska utredningarna lagregleras från år 2018. Det är dock viktigt att lagtexten säkerställer att landstingen får bra planeringsförutsättningar både med avseende på volymprognoser och ersättningsnivån för utförda utredningar. I annat fall riskerar åtagandet att skapa undanträngningseffekter inom hälso- och sjukvården. Många landsting har svårt att rekrytera egna läkare för dessa utredningar och tvingas därför köpa tjänster av andra landsting eller privata vårdgivare.

Region Jämtland Härjedalen genomförde i slutet av år 2016 en upphandling av försäkringsmedicinska utredningar. Upphandlingen föll väl ut och för de kommande åren bedöms Regionen klara Försäkringskassan beställningar, i egen verksamhet och med stöd av privata vårdgivare.

Förslag till beslut

1. Svar på remiss; Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna, enligt upprättat förslag daterat 2017-02-03 antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Karin Jonsson

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Remissyttrande Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna RS/2214/2016
- Svar på remiss Ansvar för de försäkringsmedicinska bedömningarna
- Missiv till Remiss: Promemorian Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna. Ds 2016:41
- Remiss: Promemorian Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna. Ds 2016:41

16. Utvärdering av effekterna av införande av nya regler för preventivmedelssubvention avseende aborter (RS/1471/2015)

Ärendebeskrivning

I april 2014 beslutade landstingsfullmäktige om nya regler för preventivmedelssubvention för unga efter rekommendation från SKL. Beslutet innebar att åldersgränsen höjdes från 24 till 25 år och att egenavgiften ska vara högst 100 kr per år. De nya reglerna började gälla från och med 1 maj 2014.

En förändring av reglerna förväntades ge en positiv effekt och leda till en minskning

av antalet aborter i länet. Det beslutades därför också om att en utvärdering av effekterna på aborttalen skulle ske ett år efter rekommendationens införande.

En första uppföljning gjordes i september 2016 som visade att antalet aborter i målgruppen ökat om man jämförde med året innan den nya subventionen infördes. För att se de långsiktiga effekterna av de nya reglerna för preventivmedelssubvention beslutades att en ny utvärdering skulle göras ett år senare med fördjupad analys av resultatet och förslag på vilka åtgärder som bör vidtas.

En ny utvärdering har nu gjorts som visar att antalet aborter på unga kvinnor i Region Jämtland Härjedalen, som berörs av den nya subventionen, har inte ökat utan snarast minskat. Vi ser inte alls samma ökning av antalet aborter som för kvinnor äldre än 25 år. Antalet unga kvinnor som genomgår reabort har också snarast minskat. Subventionen har med stor sannolik bidragit till denna utveckling och den har tagits emot väl av såväl unga kvinnor som förskrivare.

Förslag till beslut

Utvärdering av effekterna av införande av nya regler för preventivmedelssubvention avseende aborter godkänns.

Expedieras till

Pia Collberg

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Utvärdering aborter
- Utvärdering av effekterna av införande av nya regler för preventivmedelssubvention avseende aborter

17. Strategi för oberoende av inhyrd personal (RS/227/2017)

Ärendebeskrivning

Vid sitt sammanträde den 20 januari 2017, beslutade styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

”Att ställa sig bakom strategin för Oberoende av inhyrd personal, samt
Att rekommendera landsting och regioner att anta strategin samt att ta politisk ställning till hur strategin ska tillämpas av respektive sjukvårdshuvudman.”

Varje landsting/region har av SKLs styrelse rekommenderats att ta politisk ställning till hur strategin ska tillämpas av det egna landstinget/regionen. En viktig framgångsfaktor för att uppnå målet om oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019, är att samtliga landsting/regioner ställer sig bakom målet. Därutöver behöver respektive landsting/region ställa upp mål för den egna verksamheten och tidpunkter för måluppfyllelse. För att få störst och snabbast effekt av åtgärder, har hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, som är styrgrupp för det lokala projektet i regionen, beslutat att prioritera åtgärder som i första hand berör allmänsjuksköterskor på vårdavdelning och distriktsläkare i primärvården.

Ett PM har upprättats med bakgrund till SKL:s beslut och Region Jämtland Härjedalens förutsättningar.

Förslag till beslut

Utskottet för ekonomi föreslår regionstyrelsen

1. Region Jämtland Härjedalen antar den strategi för att uppnå oberoende av bemanningsföretag som SKLs förbundsstyrelse beslutat.
2. Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom det övergripande målet om oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019, som beslutats i det nationella projektet.
3. Region Jämtland Härjedalen fastställer för den egna organisationen följande mål i projektet *Uppnå oberoende av bemanningsföretag*:
 - a. Utfasningen av inhyrda allmänsjuksköterskor på vårdavdelningar ska påbörjas under 2017 och oberoende ska uppnås före 1 januari 2019,
 - b. Område primärvård ska minska antalet veckor med inhyrda läkare från 1214 år 2016 till max 700 under 2017. Under 2018 ska antalet veckor med inhyrda läkare minska ytterligare. Målet på vilken grad av nyttjande som motsvarar ett "oberoende" av bemanningsföretag, ska utformas under 2018.
 - c. Vid utgången av 2018 ska det finnas 60 ST-läkare i primärvården.
4. Regiondirektören får i uppdrag att vidta de åtgärder som behövs för att uppnå målen i punkt 2-3 i detta beslut och löpande återkomma till regionstyrelsen med uppföljning av projektet, kompletterande förslag och vid behov politiskt ställningstagande av enskilda åtgärder.

Expedieras till

Regionstyrelsen, Bemanningsprojektets projektledare

Beslutsunderlag

- §10 Utskottet för ekonomi Strategi för oberoende av inhyrd personal
- PM om strategi för att uppnå oberoende av inhyrd personal
- Meddelande från SKL styrelse: Strategi för oberoende av inhyrd personal Rättelse!

18. Regional Nivåstruktureringsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018 (RS/1898/2016)

Ärendebeskrivning

I de kriterier som har fastställts av Socialdepartementet ingår att varje RCC ska ha en plan för nivåstruktureringsplan av cancervården inom sjukvårdsregionen. Planen ska utgå från patientens fokus.

Regionens första nivåstruktureringsplan för cancervården fastställdes i maj 2013 och de förändringar som där beslutades är i stort sett genomförda. Enligt tidigare beslut ska planen revideras under 2016. En revidering har utarbetats av regionens processledare och deras regionala arbetsgrupper och behandlats i chefssamrådet för cancervård samt i styrgruppen för RCC Norr. Förbundsdirektionen beslutade den 21 september 2016 att godkänna planen för regional nivåstruktureringsplan och översända

planen till landstingen som en rekommendation i de delar som rör landstingens/regionens interna nivåstrukturering. Förbundsdirektionen uppdrog också till RCC Norr att följa utvecklingen av nivåstruktureringen i regionen.

Denna plan bygger vidare på den första planen, men har vidgats till att förutom behandling även omfatta arbetsfördelning avseende utredning/diagnostik, cancerrehabiliterande åtgärder och att beakta undergrupper inom de olika diagnoserna.

I planen finns en allmän del som rör förbättringar och förändringar. Det gäller utveckling av multidisciplinära konferenser, MDK, utbildning och rekrytering av kontaktsjuksköterskor till alla cancerpatienter, onkologer på plats på alla länssjukhus, förbättrad cancerrehabilitering, mottagningar för cytostatikabehandling på alla sjukhus, förbättrad palliativ vård som idag är mycket ojämn över norra regionen, ökning av PET-CT-kapaciteten (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi) och ytterligare några åtgärder av generell typ. Det är önskvärt att det skapas tillgång till PET-CT även i södra delen av norra regionen, då avstånden är långa och behovet av PET-CT förväntas öka.

En del i planen gäller nivåstrukturering på nationell nivå. Det gäller ovanliga diagnoser som på senare år knappast behandlats ute i regionen. Dock behöver man behålla resurser för diagnostik och uppföljning ute i norra regionen även om själva behandlingen sker på ett fåtal sjukhus i landet. Förslaget om arbetsfördelning på nationell nivå är inte kontroversiellt på något sätt för Region Jämtland Härjedalen.

Vad gäller nivåstrukturering på regional nivå är den för ovanliga eller behandlingskrävande cancersjukdomar i bukhålan redan genomförd sedan ett tiotal år genom frivilliga överenskommelser. Det gäller operation av t ex cancer i levern eller bukspottkörteln. Kunskaper att operera cancer i magsäcken finns i Östersund och även om det finns beslut om centralisering av dessa operationer till Umeå har vissa operationer gjorts här på grund av bristande kapacitet vid NUS. Det finns ibland speciella omständigheter som gör att man går ifrån de planer som finns och så måste det naturligtvis vara under förutsättning att tillräckliga kunskaper finns hos det lokala behandlingsteamet. Dessutom ska även dessa patienter tas upp på multidisciplinär konferens och beslut om var behandlingen ska göras tas i samförstånd.

När det gäller vissa urologiska operationer har norra regionen gått ifrån de nationella rekommendationerna. Detta är helt nödvändigt för att totalt sett kunna upprätthålla hög kvalitet på den urologiska behandlingen. Även här gäller att kunskapsnivån måste vara hög på de sjukhus som gör radikala prostataektomier och njurcanceroperationer. I Östersund uppfylls de förutsättningarna med råge och planens förslag om arbetsfördelning kan bifallas. Ett beslut om hårdare centralisering kan komma att utarma den urologiska verksamheten.

Förslag till beslut

Regional Nivåstruktureringsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018 godkänns.

Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse nivåstruktureringsplan norra regionen 2016-2018
- Protokollutdrag Förbundsdirektionen 2016-09-21 §72 Regional plan för nivåstrukturering inom cancervården
- Regional Nivåstruktureringsplan för cancervården i norra regionen 2016-18
- Bilaga 1 Nivåstrukturering i norra regionen – samlade underlag från de regionala processarbetsgrupperna till den regionala nivåstruktureringsplanen 2016-2018

19. Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering inom cancerområdet (RS/334/2016)

Ärendebeskrivning

Regionala cancercentrums samverkansgrupp beslöt vid sitt möte den 18 oktober 2016 att avge bifogad rekommendation till landsting/regioner. Rekommendationen sänds efter önskemål från SKLs sjukvårdsdelegation till landstingsstyrelser/regionstyrelser samt chefen för respektive Regionalt cancercentrum för hantering i landstingen/regionerna på det sätt som beslutas av respektive region.

Rekommendationerna avser att godkänna och tillämpa nationell nivåstrukturering för tre åtgärder i cancervården i enlighet med bifogad underlag.

Rekommendationer avseende nationell nivåstrukturering:

Kirurgisk behandling vid perihilära gallvägstumörer
att kurativt syftande kirurgi för perihilära gallvägstumörer ska utföras vid 2 nationella vårdenheter
att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Kirurgisk behandling vid lokalt avancerad pankreas- och periampullär cancer
att kurativt syftande kirurgi vid lokalt avancerad pankreas och periampullär cancer ska utföras vid 2 nationella vårdenheter
att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
att retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer ska utföras vid 2 nationella vårdenheter
att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

För ovanstående tre åtgärder rekommenderas att koncentration av åtgärden införs från och med 1 november 2017.

Förslag till beslut

Region Jämtland godkänner rekommendationen för nationell nivåstrukturering för tre åtgärder inom cancerområdet och kommer att tillämpa denna från och med 1 november 2017.

Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsdirektör
SKL - RCC i samverkan

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering inom cancerområdet
- Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering inom cancerområdet

20. Upphävande av förvaltningsutskottets beslut 1989-12-21, § 250, om kostnader för turistläkarverksamhet (RS/260/2017)

Ärendebeskrivning

Dåvarande förvaltningsutskottet beslutade i december 1989, § 250, om ersättning för turistläkarverksamhet. Beslutet har legat till grund för avtal mellan primärvården och de enskilda turistanläggningarna på olika håll i länet. Beslutet har inte ändrats sedan 1989 och gäller fortfarande. Det tillämpas också för närvarande i Härjedalen.

Med hänsyn till den utveckling primärvården genomgått sedan beslutet, bland annat genom införande av hälsoval, är beslutet svårt att tillämpa på ett effektivt sätt. Gränsdragningen mellan vårdgivare har till följd av utvecklingen kommit att bli viktigare både vad gäller patientsäkerhet och ansvarsfrågor. Även kraven på vårdgivaren gör att det är svårt att upprätthålla en säker verksamhet med den verksamhet som beslutet avser. Behovet av vård i anslutning till turistläkarna får tillgodoses på annat sätt inom nuvarande regler för primärvården. Beslutet bör därför upphävas.

Förslag till beslut

Förvaltningsutskottets beslut 1989-12-21, § 250, om kostnader för turistläkarverksamhet, upphör att gälla från och med 1 juni 2017.

Expedieras till

Primärvårdschef
Verksamhetschef, primärvården Härjedalen
Beställarchef

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut Upphävande av beslut om ersättning för turistläkarverksamhet
- Kopia av protokoll förvaltningsutskottet 891221 §250

**21. Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen
2017 (RS/2/2017)**

Ärendebeskrivning

Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör

- Revidering av Avgiftshandbok Region Jämtland Härjedalen, daterad 2017-01-23 (RS/610/2016).
- Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2017, område Hjärta/Neuro/Rehab (jatabstol) (RS/62/2017)
- Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2017, område Klinisk fysiologi, DTS (ekokardiografi) (RS/62/2017)
- Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2016, område kirurg/ögon/öron (stroboskop) (RS/1246/2016)
- Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2016, område DTS (hissautomat) (RS/1246/2016)
- Svar på remiss – Förslag till docenturämnen vid Medicinska fakulteten (RS/2388/2016)

Beslut fattade av chefer

- Anställningsbeslut för perioden 2017-01-13 – 2017-02-16

Förslag till beslut

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

Beslutsunderlag

- Anmälan av delegationsbeslut RS 28 feb - 1 mars

**22. Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-03-01
(RS/3/2017)**

Ärendebeskrivning

- Protokoll Vårdvalsnämnden 2017-02-02
- Protokoll Utskottet för infrastruktur 2017-01-18
- Protokoll Region Jämtland Härjedalens Pensionärsråd 2017-01-18
- Protokoll Landstingsbostäder AB 2016-10-25
- Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016
- Meddelande från SKLs styrelse om ett Rökfritt Sverige 2025
- Protokoll Patientnämnden 2017-01-26

- Meddelande om inkommet regeringsuppdrag rörande nivåstrukturering av den högspecialiserade vården
- Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården
- Ny rapport från Riksrevisionen, Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet
- Överenskommelse mellan staten och SKL 2017-2019 om ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa
- Ny ledamot i Folkhälso Z från Åre kommun

Förslag till beslut

Information om regionstyrelsens inkomna handlingar enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

Beslutsunderlag

- Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-03-01

23. TILL FULLMÄKTIGE

24. Regler för deltagande i sammanträden på distans i politiska organ (RS/2350/2016)

Ärendebeskrivning

I kommunallagen införts möjligheter för ledamöter att delta i sammanträden på distans.

Fullmäktige kan besluta att ledamöter får delta i fullmäktiges sammanträden på distans om det sker genom ljud- och bildöverföring i realtid och på ett sådant sätt att samtliga deltagare kan se och höra varandra och delta på lika villkor. För styrelsen och nämnder gäller att fullmäktige ska besluta i vilken utsträckning ledamöter får delta i en nämnds sammanträden på distans. Deltagande på distans ska ske på det sätt som gäller för fullmäktige. En ledamot som deltar på distans ska anses vara närvarande vid nämndens sammanträde.

Lagen omfattar endast ledamöter. Deltagande på distans är ett komplement till personlig närvaro som ger möjlighet till ett deltagande i beslutsfattandet som annars inte hade kommit till stånd alls.

Regionen får själv avgöra i vilken utsträckning beslutsfattande på distans ska vara tillåtet inom regionen. Det är exempelvis möjligt att tillåta distansdeltagande i nämnderna, men kräva fysisk närvaro i fullmäktige. En annan möjlighet är att under en period tillåta distansdeltagande i endast en nämnd för att samla erfarenheter innan

ställning tas till frågan om distansdeltagande även i andra nämnder eller i fullmäktige.

Om regionen vill använda möjligheten att låta ledamöter delta i sammanträden på distans måste fullmäktige ta in föreskrifter om detta i sin arbetsordning och i nämndernas och utskottens reglementen. Föreskrifterna bör reglera i vilka situationer deltagande på distans ska vara tillåtet, vilken teknisk lösning som ska användas och vilka lokaler som ska användas. Fullmäktige kan överlåta till respektive nämnd att närmare bestämma vad som ska gälla om deltagande på distans i den nämnden.

Inledningsvis bör deltagande på distans tillåtas i styrelsen, nämnderna och utskotten samt fullmäktiges presidium. För att möjliggöra detta måste styrelsens, nämndernas och utskottens reglementen samt fullmäktiges arbetsordning kompletteras med bestämmelse om deltagande på distans. Regler för deltagande på distans bör också fastställas av fullmäktige. Av reglerna framgår förutsättningarna för deltagande på distans och ordförandens och ledamöternas ansvar vid deltagande på distans.

Fullmäktiges presidium föreslår regionfullmäktige

1. I fullmäktiges arbetsordning under punkten 2. Fullmäktiges presidium införs en ny punkt 2.3. Deltagande i sammanträde på distans med följande lydelse:

”Ledamot får delta i sammanträde på distans. Vid sammanträde med deltagare på distans gäller reglerna för deltagande på distans i sammanträden i politiska organ.

Ledamot som önskar delta i sammanträde på distans ska senast fem dagar före sammanträdet anmäla detta till ordföranden och sekreterare. Ordföranden avgör om deltagande på distans får ske.”

2. I regionstyrelsens, regionala utvecklingsnämndens, vårdvalsnämndens, utskottet för ekonomis, utskottet för personals, utskottet för hälso- och sjukvårds, arbetsutskottets och utskottet för infrastrukturens reglementen införs följande bestämmelse:

”Ledamot får delta i sammanträde på distans. Vid sammanträde med deltagare på distans gäller reglerna för deltagande på distans i sammanträden i politiska organ.

Ledamot som önskar delta i sammanträde på distans ska senast fem dagar före sammanträdet anmäla detta till ordföranden och sekreterare. Ordföranden avgör om deltagande på distans får ske.”

3. Regler för deltagande i sammanträden på distans i politiska organ antas.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen tillstyrker fullmäktiges presidiums förslag

Expedieras till

Regionjurist

Beslutsunderlag

- §15 RF pres Regler för deltagande i sammanträden på distans i politiska organ

- Regler för deltagande i sammanträden på distans i politiska organ
- Utredning tekniska möjligheter till deltagande i politiska sammanträden på distans

25. Regiongemensamma regler för resor inom Region Jämtland Härjedalen (RS/1791/2016)

Ärendebeskrivning

Nuvarande regler, landstingsgemensamma regler för resor togs fram 1998 och reviderades under 2012. Regionstaben har nu gett i uppdrag till Upphandlingsenheten att genomföra en analys och översyn över nuvarande regelverk för tjänsteresor.

Syftet med en översyn var att se om det är möjlighet att genom tydligare regelverk, nya eller reviderade avtal samt färre resebeställare uppnå:

- minskade kostnader, genom såväl mindre resursinsatser som billigaste färd sätt och boende
- minskad negativ miljöpåverkan genom intern klimatkompensation

Ett förslag på nya regler för resor tagits fram utifrån ovanstående punkter. Reglerna har kommunicerats med ledningsgrupperna för regionstaben samt regional utveckling. Regionkommittén har informerats.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Regiongemensamma regler för resor inom Region Jämtland Härjedalen antas.

Expedieras till

Upphandlingschef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Regiongemensamma regler för resor inom Region Jämtland Härjedalen
- Regler för resor - regler för förtroendevalda och medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen

26. Svar på motion från Elin Lemon m.fl. (C) om att stärka vår region och vår attraktionskraft med regionala skattebaser (RS/1928/2016)

Ärendebeskrivning

Centerpartiets regiongrupp har i en motion yrkat att Region Jämtland Härjedalen ska aktivt driva på för ett beslut om regionala skattebaser i Sveriges riksdag i närtid.

Föreslagna förändringar

Centerpartiets regiongrupp föreslår i motionen att intäkterna från fastighetsskatten på industrifastigheter och elproducerande fastigheter ska regionaliseras. Det innebär att motionens förslag är att regionen ska aktivt driva på gällande statlig skattepolitik.

Bakgrund

Kommunallagen (1991:900) reglerar ytterst region Jämtland Härjedalens verksamhet. Lagstiftningens 2 kap. Kommunernas och landstingens befogenheter klargör att motionärernas yrkande ej faller inom den kommunala kompetensen. Den typ av frågor som motionen tar upp får drivas av de politiska partierna och andra intresseföreningar och av medborgarna själva.

Regionen kan däremot inom ramen för befintlig lagstiftning ha synpunkter på frågor som påverkar intäkterna, t ex skatteutjämningsystemets utformning.

Regionala utvecklingsnämnden föreslår att motionen avslås.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

Expedieras till

Elin Lemon (C)

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på motion från Elin Lemon (C)
- § 13 Regionala utvecklingsnämnden 2017-01-31, Svar på motion (C): Stärk vår region och vår attraktionskraft med regionala skattebaser.
- Voteringslista § 13, 2017-01-31
- Motion från Elin Lemon m.fl. (C) om att stärka vår region och vår attraktionskraft med regionala skattebaser

27. Informationer mm

Ärendebeskrivning

- Redovisning från konferenser mm
- Utskottets arbete



1

Program för regionstyrelsen 28 februari - 1 mars 2017

Samordningskansliet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

2017-02-21

Program för regionstyrelsen 28 februari-1 mars 2017

Tid:	Tisdag 28 februari	8.30 – 14.00 Hörsalen Öppet sammanträde
		14.00–15.00 Studiebesök psykiatri
	Onsdag 1 mars	8.30 – 16.00 Styrelserummet

Tisdag 28 februari

08.30	Regiondirektörens rapport - Bemanningsprojektet - Öppna jämförelser och Hälso- och sjukvårdsbarometern	Ingela Jönsson Annika Jonsson Lisbet Gibson/ Anna-Kerstin
	Lejonklou -Utskottens uppdrag	Sandra Hedman
09.30	Paus	
10.00	Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål PATIENT - återinskrivningar	Lisbet Gibson
10.20	Uppföljning Folktandvården	Kristin Gahnström Jonsson
10.40	Regionstyrelsens uppföljning - Säkerhetsarbetet inkl. Informationssäkerhetsberättelse	Anna-Lena Alfreds
11.10	Regional Nivåstruktureringsplan Rekommendation nivåstruktureringsplan	Lisbet Gibson
11.35	Patientsäkerhetsberättelse, resultat och aktiviteter 2016	Marianne Nilsson
12.00	Lunch	
13.00	Regiongemensamma regler för resor	Lena Larsson
13.20	Svar på remiss Ökad insyn i välfärden	Sanna Othman
13.45	Studiebesök – psykiatri (enbart styrelsen)	
15.00	Partigrupper	

Onsdag 1 mars

08:30	Regiondirektörens rapport	Ingela Jönsson
	Uppföljning aborter	Pia Collberg
	Svar på remiss Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna	Karin Jonsson
	Åtgärdsförslag efter beslut RS jan	Ingela Jönsson
09.30	Paus	
10.00	Utskott, konferenser	
10.20	Partigrupper	
13.00	Beslutsärenden	

Offentligt sammanträde

Första dagens information till regionstyrelsen den 28 februari 2017 är offentlig. Det betyder att medborgare, media och medarbetare är välkomna att lyssna på föredragningar i frågor där regionstyrelsens fattar beslut eller där beslut går vidare till regionfullmäktige. Föredragningarna kommer att ske i Hörsalen på Östersunds sjukhus.

Medias frågor till politiker eller tjänstemän hänvisas till pauser eller efter mötets slut.



5

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av folktandvården

RS/228/2017

2017-02-07

Sekretariatet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

RS/228/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av folktandvården

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2017. Enligt uppföljningsplanen ska regionstyrelsen på sitt möte den 28 januari-1 mars bland annat följa upp folktandvården.

En rapport har upprättats inom område Folktandvård.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av folktandvården godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Kristin Gahnström Jonsson
Chef Område Folktandvård

Utdrag till

Chef Område Folktandvård

Kristin Gahnström Jonsson
Områdeschef Folk tandvården
Region Jämtland Härjedalen
Mobil 070/345 48 67
Email: kristin.gahnstrom.jonsson@regionjh.se

1(7)

Folktandvården rapport till Regionstyrelsen 170207

Sammanfattning verksamhet

Inom folktandvården pågår ett ständigt arbete med att erbjuda ökad vårdtid, samtidigt som kostnadstäckning måste finnas för detta. Under 2016 har den utförda tiden för tandläkare och hygienister varit lägre än 2015 vilket lett till att färre vårdtimmar har utförts. Andelen erbjuden vårdtid av utförd tid har också minskat något i förhållande till 2015.

Det finns fortsatt oro kring framtidens bemanningsmöjligheter. Det saknas specialister varför viss förstärkning köps in från andra landsting/regioner. Det finns även svårigheter att rekrytera inom övriga yrkeskategorier. Till viss del varierar möjligheterna mellan olika orter i länet.

Måluppfyllelse

- På många kliniker finns förseningar av vuxna patienter som kallas regelbundet till klinikerna.
- På ett fåtal kliniker finns förseningar för barn och patienter med frisktandvårdsavtal.
- Inom specialisttandvården bedöms alla remisserna inom 7 dagar men det är mycket långa väntetider till vissa behandlingar.
- Andel medarbetare som upplever att de på sin arbetsplats bemöter varandra med respekt och utifrån värdegrund, har ökat till 4,97.
- Ett förbättrat resultatet har skett för arbetsmiljöindexet totalt, ökat till 4,68.
- Ökad timdebitering har skett i förhållande till 2015 vilket bidragit till en bra kostnadstäckning.
- Den totala sjukfrånvaron har ökat i jämförelse med tidigare år och ligger på 7,6 %. En fördjupad analys kommer genomföras för att undersöka vilka faktorer i arbetsmiljön som ev. kan ligga till grund för sjukfrånvaron.

Tandhälsa

Kort kan sägas om befolkningens munhälsa att de yngre barnen och den äldre befolkningen fått något sämre munhälsa, medan vuxna personer idag har en god munhälsa. Det finns stora socioekonomiska skillnader och andelen av personer med dålig munhälsa ökar d.v.s. den sjuka gruppen blir sjukare.

Personalsituationen

Det finns fortsatt oro kring framtidens bemanningsmöjligheter. Det saknas specialister varför viss förstärkning köps in från andra landsting/regioner. Det

Kristin Gahnström Jonsson
Områdeschef Folk tandvården
Region Jämtland Härjedalen
Mobil 070/345 48 67
Email: kristin.gahnstrom.jonsson@regionjh.se

2(7)

finns även svårigheter att rekrytera inom alla övriga yrkeskategorier. Till viss del varierar möjligheterna mellan olika orter i länet.

Inom specialisttandvården har två medarbetare avslutat specialistutbildning under 2016 (käkchirurgi och parodontologi). Ytterligare en medarbetare har startat sin ST-utbildning med mål att bli ortodontist. I slutet av 2016 anställdes en pedodontist med tillträde under 2017.

Vad gäller allmäntandläkare så är den totala bemanningen relativt god, men flera föräldraledigheter, viss sjukfrånvaro och några uppsägningar har påverkat situationen under framför allt hösten 2016. Bemanningen "tillåter inte" mycket frånvaro utan att negativa effekter uppstår, både för patienter och medarbetare. Antalet ambulerande har minskat under 2016. Rekryteringsinsatser har där inte fallit väl ut.

Inom gruppen tandhygienister är rörligheten låg. Två vakanser har funnits under en längre tid. Tandsköterskor saknas både inom specialisttandvård och allmäntandvård.

Socialstyrelsens har tidigare uttalat sig om att tandvården framöver måste organiseras så att färre tandläkare tar hand om fler patienter med stöd av tandhygienister. Man säger vidare att tandsköterskans roll kommer att få en ökad betydelse i framtiden. Vikten av att rätt sak görs på rätt kompetensnivå är fortsatt viktig för att klara framtiden. Ett kontinuerligt arbete med att se över fördelning av arbetsuppgifter i verksamheten måste ske.

Befattning	Mycket svårt att rekrytera	Svårt att rekrytera	Balans	Lätt att rekrytera
Specialist/övertandläkare	X			
Tandläkare		X		
Tandsköterska		X		
Tandhygienist		X		

Mycket svårt = i princip inte möjligt att tillsätta genom rekrytering. Andra lösningar måste till.

Svårt = möjligt efter flertal rekryteringsinsatser.

Balans = finns ett tillräckligt urval av sökande vid rekrytering.

Lätt = finns ett stort urval vid rekrytering. Sökande finns utan specifika rekryteringsinsatser

Tandvårdsutbildningar

Under hösten startade tandsköterskeutbildning upp i Östersund, vilket bedöms ge en stor möjlighet att kunna rekrytera tandsköterskor till verksamheten. Ytterligare en utbildning planeras, vilket gör att det förhoppningsvis är ca 50 nyutbildade sköterskor som avslutar utbildningen under 2017 eller 2018. Utbildningen av tandhygienister och tandläkare sker liksom tidigare på ett avstånd långt från vårt län.

Kristin Gahnström Jonsson
Områdeschef Folk tandvården
Region Jämtland Härjedalen
Mobil 070/345 48 67
Email: kristin.gahnstrom.jonsson@regionjh.se

3(7)

Rekryteringsinsatser

Ett fortsatt arbete med att erbjuda studenter sommararbete pågår. Detta har visat sig vara den mest lyckade rekryteringsinsatsen hittills. Kön för att komma till folktandvården för ett sommarjobb finns varje år. Resurser att erbjuda alla sökande jobb är begränsade, både av utrymmes och ekonomiska skäl. En möjlighet att sommarjobba som tandsköterske- och tandhygieniststuderande kommer också erbjudas, i syfte att knyta upp kontakter inför kommande yrkesliv. Att ta emot praktikanter från de tandvårdsutbildningar som finns underlättar också för framtida rekryteringsmöjligheter.

Efter en längre tids uppehåll deltog folktandvården vid den odontologiska riksstämman under 2016. Planering för att besöka tandläkarutbildningen i Umeå påbörjades under årets senare del.

Inspektion från strålsäkerhetsmyndigheten

I mars inspekterades Folktandvården av strålsäkerhetsmyndigheten. Syftet med inspektionen var att kontrollera hur verksamhet med joniserande strålning bedrivs ur strålsäkerhetssynpunkt. Inspektionen ledde till en tillsynsrapport där några förbättringsområden identifierades. Analys och handlingsplan för förbättringsområdena har genomförts vilket resulterat i elva åtgärds punkter, har skickats till SSM 24 januari 2017.

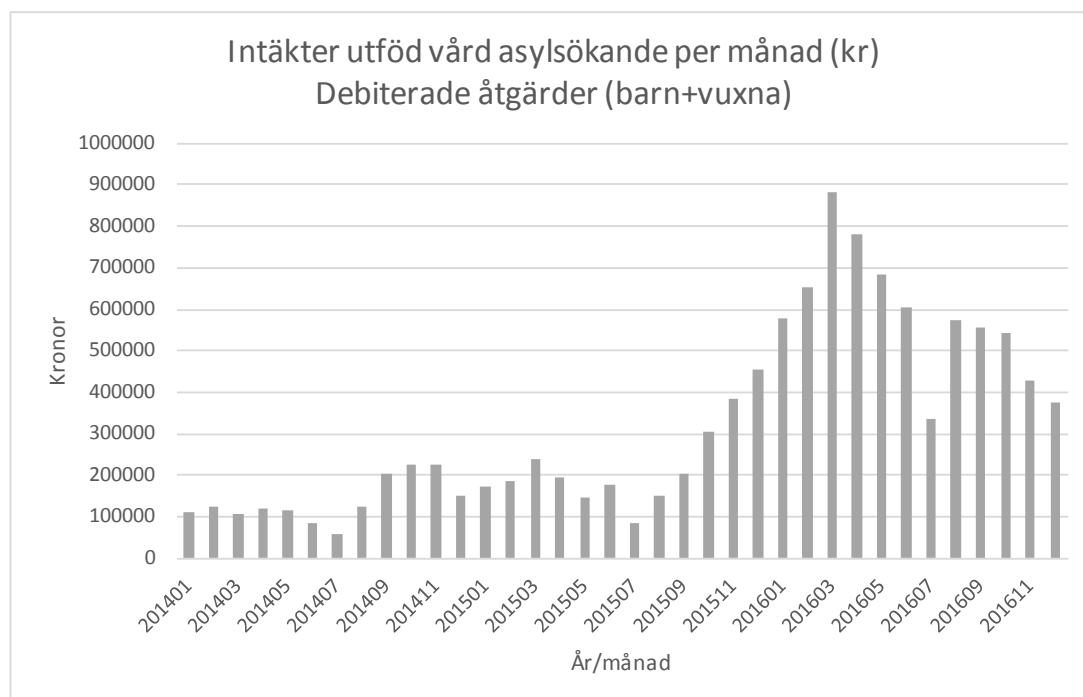
Tandvård till flyktingar

Folktandvården har haft ett ansträngt läge på flera kliniker som till stora delar berott på ökad arbetsbelastning pga barn och akuta vuxna asylsökande. Behovet av tolkstöd men även kulturskillnader inkl. att skapa förståelse för hur den svenska tandvården fungerar har tagit extra tid i anspråk. Folktandvården blev beviljad en extra ersättning under 2016 som var beräknad att ge kostnadstäckning för den mertid som omhändertagandet av asylsökande innebär. Ersättningen motsvarade 35 % ökning av taxan för utförda åtgärder. Privattandläkarna meddelades att de hade samma möjlighet till ersättning med 35 % påslag på Folktandvårdens taxa, endast ett fåtal asylsökande har behandlats av privattandläkare.

Diagrammet nedan visar intäkter för asyltandvård (exkl. extra ersättning) vilket också speglar mängden utförd vård. Det var det en stor vårdtopp första halvåret 2016. Vårdbehovet är dock fortsatt högt men har minskat alla månader under det andra halvåret.

Kristin Gahnström Jonsson
Områdeschef Folk tandvården
Region Jämtland Härjedalen
Mobil 070/345 48 67
Email: kristin.gahnstrom.jonsson@regionjh.se

4(7)



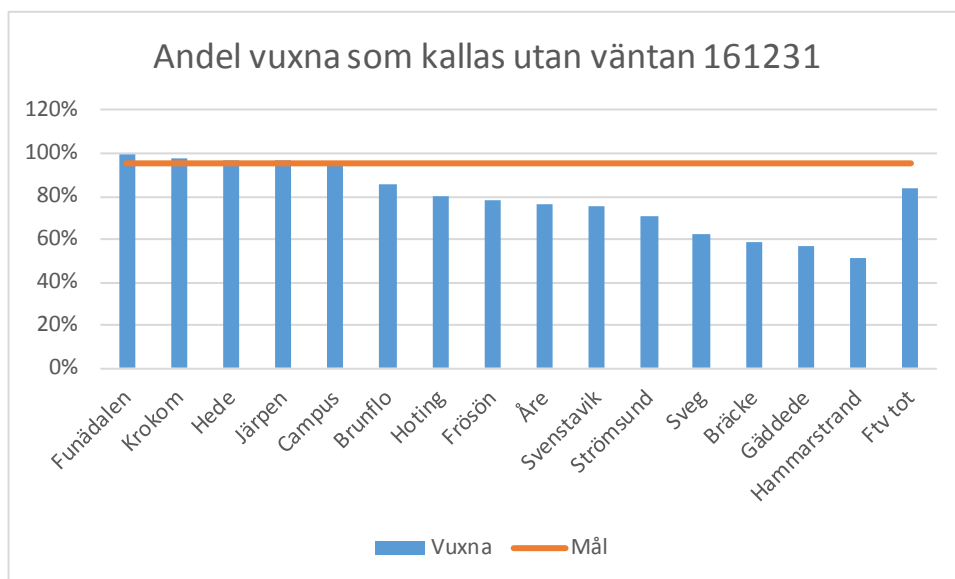
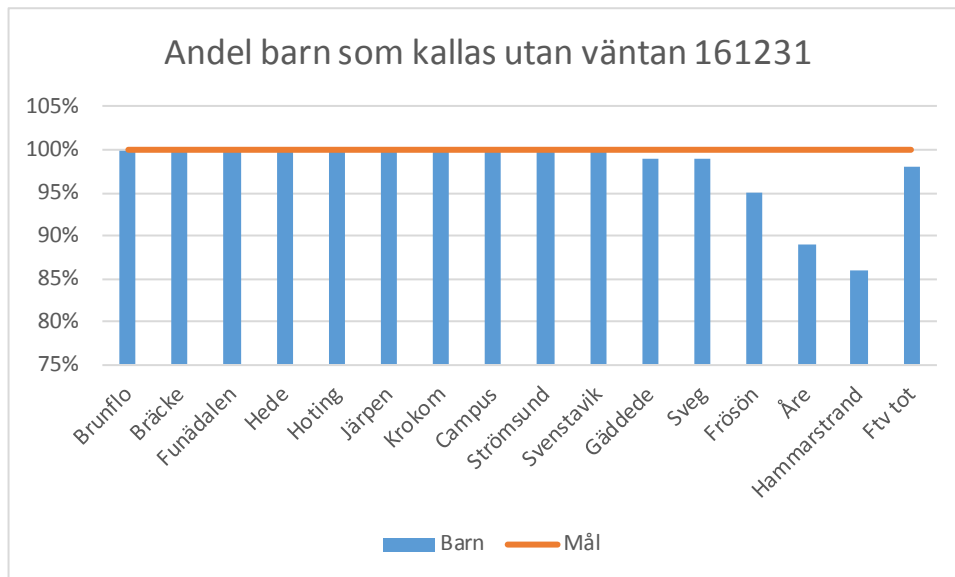
Tillgänglighet till vård

Folk tandvården har under 2016 arbetat med att öka tillgängligheten genom utökade öppettider. De flesta kliniker kan nu erbjuda tidig morgon och kvällstider minst en dag i veckan.

Varje månad följer folk tandvården upp väntande patienter. Väntande barn mäts försening mer än 3 mån. Målet är att andelen barn med försening mer än 3 månader ska vara 0 %. Vissa kliniker klarar inte detta mål, insatser görs därför för att stärka dessa kliniker med bl.a. omfördelning av resurser.

Kristin Gahnström Jonsson
Områdeschef Folkandvården
Region Jämtland Härjedalen
Mobil 070/345 48 67
Email: kristin.gahnstrom.jonsson@regionjh.se

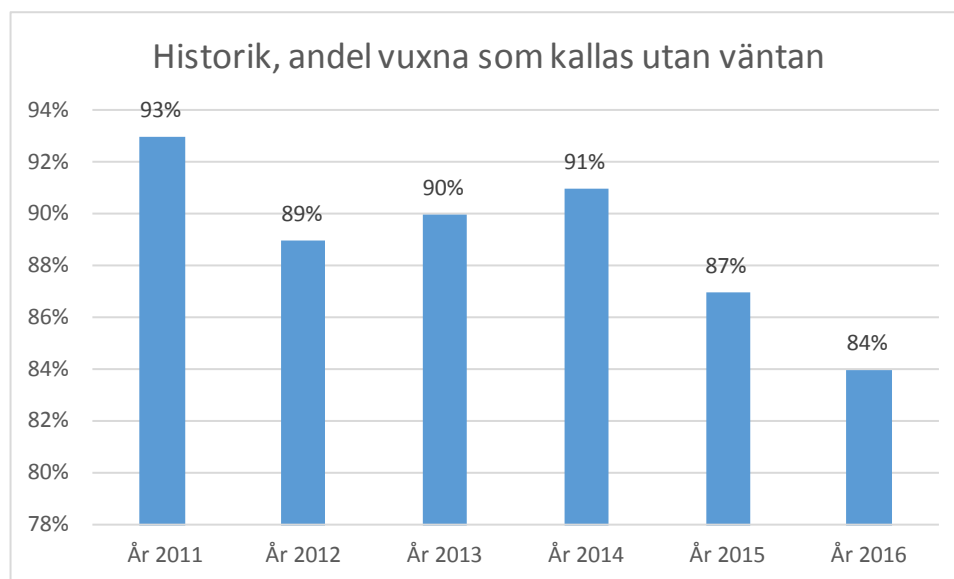
5(7)



För vuxna väntande mäts försening mer än 6 månader. Målet är att försening mer än 6 månader ska vara max 5 % d.v.s. 95 % av patienterna ska kallas i tid.

Kristin Gahnström Jonsson
Områdeschef Folk tandvården
Region Jämtland Härjedalen
Mobil 070/345 48 67
Email: kristin.gahnstrom.jonsson@regionjh.se

6(7)



Under 2016 har de flesta kliniker fått förseningar. Läget på folktandvårdens kliniker är ansträngt.

Folktandvården har i sitt uppdrag att öka tillgängligheten, vilket bl. a. innebär att öka andelen erbjuden patienttid. Detta blev väldigt svårt att uppnå eftersom folktandvården under 2016 haft något färre medarbetare, ett stort tryck på akut tandvården som till stor del beror på en ökning av barn och akuta asylsökande. Det som blir lidande när akuttrycket ökat är den oprioriterade vuxentandvården vilket i sin tur innebär eftersläpning i revisionstandvården och på vissa kliniker längre väntan för nya patienter. Frisktvårdspatienter är den grupp av vuxna som prioriteras. Denna grupp följs också varje månad via mätning av väntande.

Ekonomiskt utfall 2016

Det ekonomiska resultatet för 2016 blev + 3169 tkr.

Folktandvården har haft ett bra ekonomiskt år trots att mindre vård utförts. I stort sett alla områden har förbättrat sina ekonomiska resultat även om alla inte uppnått det ekonomiska målet för området. Totalt har folktandvården ett överskott på drygt 7 miljoner varav 4 miljoner avser det överskottskrav som betalts till Regionen.

Generellt har timintäkten ökat vilket kan tillskrivas en genomförd satsning på utbildning i tandvårdstaxan för alla vårdgivare.

En del kostnadsänkningar i samband med kliniknedläggningar och lägre kostnad för ST utbildningar har skapat utrymme för satsningar på utbildning och planeringsdagar samt anpassning av lokaler och inköp av viss utrustning.

Kristin Gahnström Jonsson
Områdeschef Folk tandvården
Region Jämtland Härjedalen
Mobil 070/345 48 67
Email: kristin.gahnstrom.jonsson@regionjh.se

7(7)

Intäkter:

Under 2016 har den utförda tiden för tandläkare och hygienister varit betydligt lägre än 2015 vilket lett till att färre vårdtimmar har utförts. Debiteringen per timme har dock varit högre än 2015 vilket lett till en bra kostnadstäckning. På grund av ett stort mottagande av asylsökande har det skett en förskjutning av intäkterna från patientintäkter till asylintäkter/bidrag. Under 2016 har folktandvården fått 3000 tkr i extra asylersättning vilket bidragit till kostnadstäckningen för asyltandvården. Denna vård ger utan det extra bidraget inte full kostnadstäckning eftersom vårdtid och administration ger längre behandlingstider än vad patienttaxan ersätter.

Personalkostnader:

Lönekostnaden är lägre än 2015 eftersom färre varit i tjänst. Lönekostnaden per utförd timme har ökat med 2,1%. Satsningar har gjorts under året på utbildning/planeringsdagar men eftersom det varit lägre kostnader för ST uppdragsutbildningar har övriga personalkostnader minskat något.

Verksamhetsnära kostnader:

Kostnader som är direkt relaterade till produktionen har minskat med 755 tkr vilket är rimligt eftersom mindre vård har utförts. Kostnadsökning av inhyrd personal 1139 tkr beror på omorganisation av administratörer, tidigare anställda i folktandvården men betalas nu som en intern kostnad. Endast 16 tkr av kostnadsökningen avser inhyrda vårdgivare.

Övriga kostnader:

Kostnader för lokaler, el utrustning är oförändrad. Dock har hyreskostnaderna minskat med ca 1700 tkr pga nedläggning av kliniker. Det har dock varit stora kostnadsökningar för service av utrustning (+760 tkr) till viss del beroende på att underhållsservice gjorts i större omfattning. Det har även under året gjorts ombyggnationer, bl a ordningställande av extra behandlingsrum och inköp av utrustning och möbler.

Sjukresekostnaderna har minskat.

Kostnader för resor och logi har ökat vilket hänger ihop med en satsning på utbildning/planeringsdagar.

Ökning med 4000 tkr under rubriken övrigt avser inbetalning av folktandvårdens överskottskrav .

Avskrivningar och räntor:

Försäljning av utrustning för två kliniker har sänkt kostnaderna med ca 250 tkr. Övrig minskning består av att utrustningar blivit färdigavskrivna och inte reinvesterats. Den åtstramning av investeringsnivån som sker för närvarande i Regionen kan leda till fortsatt låga avskrivningskostnader men problemet skjuts på framtiden då inte reinvestering av utrustning kan göras i den takt som är nödvändig. Höga kostnader för service, driftstopp och akutinvesteringar. Det finns också ett behov av investeringar i ny teknik för att kunna erbjuda medborgarna bättre kvalitet. Att kunna erbjuda tandvård med moderna metoder är och också mycket viktigt för att kunna rekrytera och behålla personal.



6

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av
aktiva mål PATIENT - återinskrivningar

RS/18/2017

2017-02-20

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

RS/18/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål PATIENT - återinskrivningar

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige har i sin regionplan beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2017 – 2019. I regionstyrelsens verksamhetsplan finns för varje strategiskt mål, två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i varje månadsrapport till styrelsen, och som fördjupning två gånger under året. Enligt styrelsens uppföljningsplan ska det aktiva målet patient – återinskrivningar följas upp vid styrelsens sammanträde 28 februari – 1 mars 2017.

Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2017 är att återinskrivning inom 30 dagar ska minska. Målvärdet är ett resultat med lägre procent än år 2014.

Utdata finns endast på förvaltningsnivå och hämtas från den nationella databasen Kvalitetsportalen. Möjlighet till utdata på områdesnivå är under upparbetning nu.

Mätetalen visar oplanerade återinskrivningar oavsett orsak inom 30 dagar efter ett tidigare vårdtillfälle inom slutenvård i Region Jämtland Härjedalen, personer 65 år och äldre. Resultatet visar en minskning av återinskrivna patienter (lägre än 2014) och ett uppnått målvärde. I riket ligger totalvärdet i december 2016 på 16,5%.

	2014-12 (%)	2015-12 (%)	2016-12 (%)
Män	20,8	21,1	18,3
Kvinnor	17,0	15,3	13,5
Totalt	18,9	18,0	16,1

Exempel på åtgärder som utförts är:

- Enkla läkemedelsgenomgångar som under 206 har kunnat registreras i Cosmic, det utförs ca 1 250 genomgångar/månad. Måttet finns med i 2017 års verksamhetsplan för hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Utskrivningsmeddelanden till varje enskild patient. Där finns stora variationer i verksamheten. HIM och HNR har högsta frekvensen, ca 75 %.
- Samverkansmöten med kommunerna via Ledningskraft samt särskilda möten med Östersunds kommun (fokus på äldre).

- Patientsäkerhetsmöten med MAS-gruppen.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning av det aktiva målet återinskrivningar godkänns.

Utdrag till

Hälso- och sjukvårdsdirektör



7

Uppföljning Krisberedskap och säkerhet 2016

RS/2510/2016

2017-02-06

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö

Anna-Lena Alfreds

Tfn: 063-14 76 12

E-post: anna-lena.alfreds@regionjh.se

RS/2510/2016

Uppföljning Krisberedskap och säkerhet 2016

Ärendebeskrivning

Uppföljning Krisberedskap och säkerhet 2016 är upprättad enligt Regionstyrelsens uppföljningsplan. Krisberedskaps- och säkerhetsarbetet har i stort sett bedrivits enligt plan. Inom arbetet med Risk- och sårbarhetsanalyser pågår åtgärder inom alla de åtgärdsförslag som prioriterades under förra mandatperioden. Arbeta är också påbörjat avseende klimatförändringar och civilt försvar. Sett till inträffade händelser är det vattenstörningen i april som får betecknas som den allvarligaste. Förutom den så har Särskild sjukvårdsledning inrättats vid fem ytterligare tillfällen p.g.a. allvarlig händelse. Även utbildning och övning har bedrivits enligt plan. En prehospital övning mellan Sverige och Norge genomfördes i november för att koppla ihop RAKEL och NÖDNET. Arbetet fortsätter nu för att implementera den nya tekniken och svensk-norska talgrupper. En ambition är att Regionen infört detta innan sommaren. Antalet avvikelser inom hot och våld ligger på samma nivå som föregående år. En övervägande del inträffar inom psykiatrin, men en tendens är att det ökar i annan vårdverksamhet både på sjukhuset och i primärvården. Efterfrågan på vakt och överfallslarm ökar i primärvården.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning av Krisberedskap och säkerhet 2016 godkänns

I tjänsten

Ingela Jönsson
T.f. Regiondirektör

Anna-Lena Alfreds
Beredskapschef/Regionstaben

Utdrag till

Anna-Lena Alfreds, Beredskapschef

REGION
**JÄMTLAND
HÄRJEDALEN**



**Uppföljning av Krisberedskaps- och säkerhetsfrågor
2016**

Version: 1

Beslutsinstans: Regionstyrelsen



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	5
2	RISK- OCH SÅRBARHETSANALYSER (RSA)	5
2.1	Trygghetscentraler	6
2.2	Alternativ vattenförsörjning	6
2.3	Kontinuitetshantering	7
2.4	System för snabb intern information (UMS)	7
2.5	Klimatförändringar	7
2.6	Civilt försvar	7
3	GRUNDLÄGGANDE SÄKERHET	9
3.1	Hot och våld	9
3.2	Vakt	10
3.3	Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)	10
4	SÄKERHETSSKYDD	10
5	KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP	11
5.1	Regionalt säkerhetsråd	11
5.2	Regionalt krisledningsråd	11
5.3	Tjänsteman i beredskap (TiB) och inträffade händelser	12
5.4	Särskild sjukvårdsledning	13
5.5	Krisledningsnämnd	13
5.6	Krisberedskap hälsovalet	13
6	ÖVNING OCH UTBILDNING	13
6.1	Särskild sjukvårdsledning	14
6.2	Katastrofmedicinsk utbildning	14
6.3	Samverkansövning höga flöden	15



6.4	Kommunikationsövning RAKEL/NÖDNET	15
7	RAKEL	15
8	SAMVERKAN	16
9	PLANERING 2017	17

1 INLEDNING

Krisberedskaps- och säkerhetsarbetet har i stort sett bedrivits enligt plan under 2016 och många av de prioriterade åtgärderna inför året har genomförts. Ett undantag är arbetet med Trygghetscentraler som stannat av och där omtag behövs. I krisberedskapsarbetets natur ligger att även hantera oförutsedda händelser. Sett till olyckor och larm till Tjänsteman i beredskap (TiB) har det varit ett relativt normalt krisberedskaps år. Den händelse som är att betrakta som särskilt allvarlig är den störning i vattenförsörjning som inträffade i april. Det försämrade omvärldsläget har bidragit till att kraven på krisberedskaps- och säkerhetsarbetet ökat. Det har inneburit att arbetet med säkerhetsskydd och uppstart av civilt försvar har prioriterats, grunden till arbetet med civilt försvar är dock den fredstida krisberedskapen och det är därför av stor vikt att en kontinuerlig utveckling sker av denna. Region Jämtland Härjedalens krisberedskap är en del av den regionala och nationella krisberedskapen, samverkan krävs för att stärka den. Det blir alltmer tydligt att vi är beroende av andra men också att andra är beroende av att vår krisberedskap fungerar. Regelbunden revidering och översyn av planverk, instruktioner och rutiner krävs för att de ska vara anpassade till en föränderlig värld. Utbildning och övning är nödvändigt på alla nivåer i organisationen. Arbetet med grundläggande säkerhet i egen organisation är också en viktig del i det förebyggande krisberedskapsarbetet.

2 RISK- OCH SÅRBARHETSANALYSER (RSA)

Enligt Lag om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH 2006:544) ska Region Jämtland Härjedalen genom risk- och sårbarhetsanalyser minska sårbarheter i verksamheter och öka förmågan att hantera kriser i fredstid samt skapa grundläggande förmåga till civilt försvar.

Arbetet har pågått löpande sedan 2007. Det planeras och följs upp årligen samt i slutet av varje mandatperiod. Prioriterade åtgärdsförslag från förra mandatperioden var bl.a. införande av trygghetscentraler, reserv vattenförsörjning, evakueringsplanering, kontinuitetsplanering samt införande av system för snabb intern information. Arbetet pågår fortfarande med samtliga föreslagna åtgärder. Resultatet av RSA är ett viktigt underlag för att planera och arbeta vidare med att stärka krisberedskapen i Region Jämtland Härjedalen och skapa robusthet i vår samhällsviktiga verksamhet. Inriktningen för arbetet innevarande mandatperiod är klimatförändringar och uppstart av planering för civilt försvar (RS/1224/2015).

2.1 Trygghetscentraler

Idén med Trygghetscentraler är att några hälsocentraler geografiskt utspridda i länet ska ha högre redundans avseende t.ex. reservkraft och kommunikation (t.ex. RAKEL) för att säkerställa vård och upprätthållande av samhällsviktig verksamhet när sjukvårds-transporter till sjukhus inte är möjlig. Arbetet påbörjades redan 2014 men har av olika anledningar inte gått framåt i önskvärd takt. En hemställan skickades 2015 ut till kommunerna för en kartläggning avseende den tekniska försörjningen till de fastigheter där verksamheten bedrivs. Det handlar bl.a. om att vatten och avlopp ska fungera, att värme ska kunna skapas, att nödvändig apparatur ska kunna el försörjas. Kommunernas underlag har sammanställts, men några egentliga kostnadsberäkningar har inte gjorts vilket är en brist, då det troligt finns investeringsbehov som behöver lyftas fram för prioritering. Flertalet av de som ingick i arbetsgruppen har slutat och inga nya representanter har utsetts. Primärvården ska nu utse nya representanter och ett omtag ska ske under kommande år.

2.2 Alternativ vattenförsörjning

Redan 2008 påtalades i arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) att frånvaro av reservvatten för sjukhuset är en risk som kan föranleda extraordinär händelse. Sedan 2010 har Regionen och Östersunds kommun haft dialog kring reservvattenlösning för sjukhuset, utan att reservvatten åtgärdats. Onsdag den 20 april 2016 inträffade en händelse som påverkade hela vattendistributionen till Östersunds sjukhus. Det var ett stort betongblock som hade träffat ett vattenrör vid vattenverket i samband med ett grävarbete. Region Jämtland Härjedalens driftsjour upptäckte tidigt att vattentrycket sjönk i sjukhusets ledningssystem och det kunde snabbt konstateras att det var ett externt problem med inkommande vatten. Regionens tjänsteman i beredskap (TiB) kontaktades. När det konstaterades att sjukhuset riskerade att bli utan vatten tog TiB beslut om allvarlig händelse och Särskild sjukvårdsledning kallades in. Medicinskt ansvarig (MA) i särskild sjukvårdsledning på regional nivå tog sedan beslut om katastrofläge för Östersunds sjukhus. Bakgrunden till beslutet var att sjukhuset riskerade att stå helt utan vatten vid lunchtid. Sjukhusets verksamhet fungerar inte utan vatten och därmed förelåg risk för behov av evakuering. Läckan kunde dock lagas och vattnet var åter strax innan lunch.

Händelsen som sammanställdes och utvärderats blev en väckarklocka. Styrelsen gav regiondirektören i uppdrag att skyndsamt utreda förutsättningarna för ett säkerställande av reservvattenförsörjning till sjukhuset (RS/1124/2016). På Regionstyrelsens sammanträde 2016-12-07 presenterades den utredning som gjorts avseende olika alternativ för sjukhusets vattenförsörjning. Ett förslag om att arbeta

vidare med en anslutning till Krokoms kommuns vattensystem vid Ås vattenverk förordades. Inget beslut togs då avstämning först ska ske med Östersunds kommun som arbetar med en ny VA-plan som beräknas vara klar i december 2017.

2.3 Kontinuitetshantering

Ett framgångsrikt arbete har pågått över två år med att utarbeta och säkerställa reservrutiner för verksamheterna inom Akutområdet vid bortfall av verksamhetskritiska IT-system. Arbetet samt metod har återkopplats till övriga verksamhetschefer inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och beslut har tagits att arbetet ska fortsätta inom andra verksamhetsområden. Parallellt kommer ett nytt arbete att startas upp i Akutområdet under 2017, med samma metod men inom område telefoni.

2.4 System för snabb intern information (UMS)

Under 2016 implementerades och driftsattes UMS som Regionens system för snabb spridning av intern information. Behovet av detta har dels framkommit i de risk- och sårbarhetsanalyser som genomförts, samt vid inträffade händelser, t.ex. vid spridningen av cryptosporidium hade påbudet om att koka vatten kunnat skickas med hjälp av UMS. Vid avbrott i IT-system eller andra störningar i viktiga försörjningssystem kan UMS bli mycket värdefull för såväl våra verksamheter som krisledningsorganisationen.

Systemet, som bygger på meddelanden via telefoni möjliggör att information kan riktas till olika delar av organisationen vid behov. Vidare kan man i systemet i realtid följa vilka mottagare som fått informationen. Beslut om att nyttja UMS tas i första hand av TiB-funktionen, efter beslut om allvarlig händelse.

2.5 Klimatförändringar

Under 2015 och 2016 har RSA arbetet avseende klimatförändringar inriktats på inventering samt värdering/prioritering av risker. Arbetet har delvis skett i samarbete med Länsstyrelsen Jämtland. Det visar att fortsatt inriktning är extrem nederbörd, värme, kyla och även risker inom smitta. Nästa steg under 2017-2018 är att skapa scenarios utifrån de prognoser avseende klimatförändringar som finns för länet och därefter analysarbete. En geografisk avgränsning har gjorts till länet, dock kommer vissa faktorer utanför länet naturligtvis att kunna påverka. Tidsaspekterna i arbetet är år 2020 samt 50 och 100 år framåt.

2.6 Civilt försvar

Med anledning av det förändrade omvärlds- och säkerhetsläget bedömde regeringen i den nya försvarspolitiska inriktningen, Sveriges försvar 2016-2020 (proposition 2014/15:109), att planeringen för det civila försvaret ska återupptas. Arbetet med Risk- och sårbarhetsanalyser bör beakta både krissituationer i fredstid och situationer med höjd beredskap. Regeringens förslag är att målet för det civila försvaret från och med 2016 ska vara att:

- Värna civilbefolkningen
- Säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna och
- Bidra till Försvarsmaktens förmåga vid ett väpnat angrepp eller krig i vår omvärld.

Sjukvård är ett prioriterat område inom civil försvarsplanering och en del av totalförsvaret. Region Jämtland Härjedalen har därför inom ramen för arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser börjat att återuppta arbetet med civilt försvar.

I Region Jämtland Härjedalen finns idag ingen aktuell planering för civilt försvar och arbetet behöver göras från grunden. Samverkan sker främst med Försvarsmakten och Länsstyrelsen, arbetet är fortfarande i sin linda. Då den statliga ersättning som idag erhålls i landsting och kommuner för arbete med Risk- och sårbarhetsanalyser inte omfattar höjd beredskap, avgränsas arbetet främst till kunskapshöjande aktiviteter inom området samt säkerhetsskyddsfrågor. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har skickat en hemställan till regeringen om att staten ska inleda förhandlingar angående landstings och kommuners uppgifter inom krisberedskap och civilt försvar. Region Jämtland Härjedalen gjorde dock bedömningen redan 2015 att omvärldsläget kräver att arbetet påbörjas.

Det som har prioriterats under 2016 är framförallt arbete inom säkerhetsskydd. Arbete med återuppbyggnad av signalskydd har också påbörjats och kommer att löpa under hela 2017. Regionen deltar också i projektgruppen avseende Regional grundsyn tillsammans med länsstyrelsen, försvarsmakten och polisen. Syftet med det arbetet är att ge riktlinjer och styrning om hur den gemensamma totalförvarsplaneringen ska bedrivas på regional och lokal nivå inom de fyra nordligaste länen. Ett annat viktigt område som behöver prioriteras är uthållighets- och förmågebedömningar samt kartläggning av kritiska beroenden. Krisberedskapsarbetet är grunden till civilt försvar så att allt robusthöjande arbete är därmed till gagn för Civilt försvar.

Lagstiftningen säger att vid höjd beredskap ansvarar Landstingsstyrelsen för ledningen av den civila hälso- och sjukvården samt den övriga verksamhet för det

civila försvaret som landstingen skall bedriva (LEH 2006:544, 3 kap 2§). Vidare ska landstingen ha de planer som behövs för verksamheten under höjd beredskap. Av planerna ska också framgå krigsorganisationen, den personal som ska tjänstgöra i denna och vad som i övrigt behövs för att landstinget ska kunna höja sin beredskap och bedriva verksamheten under höjd beredskap. Detta kräver sannolikt prioriteringar inom den samhällsviktiga verksamhet som Regionen ansvarar för och att arbete med översyn och regelverk kring krigsplaceringar påbörjas.

3 GRUNDLÄGGANDE SÄKERHET

Vanliga frågor som hanteras inom säkerhetsarbetet är att stödja chefer ute i verksamheten avseende t.ex. i frågor om hot och våld, inbrott och skadegörelse, polisanmälningar, bistå med att utföra riskanalyser samt att bedriva systematiskt brandskyddsarbete. Det är dock viktigt att säkerhetsarbetet inte bara blir ”operativt” utan att det också bedrivs ett strategiskt säkerhetsarbete och där är som tidigare nämnts det regionala säkerhetsrådet ett viktigt forum.

Ute i våra verksamheter finns ett antal utsedda riskombud, ca 80 st. Ingen utbildning är genomförd under 2016 men planeras till våren 2017. Under året har olika krisberedskaps- och säkerhetsfrågor funnits med som en stående punkt på de verksamhetschefsmöten som infördes under 2015. Det är ett bra forum för att diskutera dessa frågor, fortfarande finns dock svårigheter med dialog och samordning inom primärvården. Där finns ett antal frågor som inte kommer framåt därför att det inte finns effektiva processer och mötes forum. Behovet ute i verksamheterna av att få stöd i frågorna är stort, bedömningen är att hot och våld har ökat senaste åren inom primärvården.

Systemet för inpassering med kortläsare (M5) ägs idag av fastighetsdriften, där hanteras också övrig nyckelhantering. Tilldelning av behörigheter sker däremot hos krisberedskap/samordningskansliet. Ett förslag är nu att denna hantering ska överföras till det nya service center som planeras starta under våren. Det är ett steg i rätt riktning som troligt innebär en tydligare process för chefer som beställare samt att Krisberedskap istället blir kravställare på systemet.

3.1 Hot och våld

Antalet avvikelser för 2016 ligger ungefär på samma nivå som för föregående år. Fortfarande finns kvalitetssäkringsproblem i avvikelssystemet, åtgärder är planerade men ännu inte genomförda. 72 stycken avvikelser är klassificerade som hot och våld, tre av dessa händelser är polisanmällda. En övervägande del av rapporterade hot och våld incidenter inträffar inom psykiatri, men en tendens är att

det ökar i annan vårdverksamhet både på sjukhuset och i primärvården samt att antalet drogrelaterade händelser ökar. Alla händelser rapporteras inte i avvikelssystemet.

Utbildning har genomförts och förebyggande arbete avseende hot och våld har påbörjats inom vissa delar av primärvården. En arbetsgrupp med deltagare från primärvården, fastighet, upphandling samt krisberedskap har tagit fram en kravspecifikation för upphandling av överfallslarm inom primärvården. Några hälsocentraler har känt behov av att redan installera överfallslarm.

3.2 Vakt

Region Jämtland Härjedalen har egna anställda ordningsvakter med ett utökat ordningsvaktsförordnande för kvarteret lasarettet samt för fastigheten Köpmangatan 24 samt entréplanet på OSD. Vardagar finns en vakt i tjänst 17 timmar under dygnet och resterande tid har vakten beredskap i hemmet (mellan kl. 05.00 och kl. 11.00). Sedan 2015 har en ökning i arbetsbelastning märkts. Efterfrågan har ökat från både sjukhusets- och primärvårdens verksamheter angående extra vakt av olika anledningar. Det förekommer också att verksamheter använder privata vaktbolag. Om denna ökning av efterfrågan håller i sig behöver en översyn göras avseende verksamhetens behov, antalet vakter och kostnader. Frågan om dygnet runt tjänstgöring behöver också diskuteras. Ett annat alternativ, företrädesvis för verksamhet ute i länet, är att en upphandling sker av väktarbolag som komplement.

Vaktens arbetsuppgifter och arbetsfördelning skulle med fördel kunna ses över. Exempelvis kan vakten bättre nyttjas för generellt säkerhetshöjande åtgärder inom området grundläggande säkerhet. Tänkbara arbetsuppgifter kan vara att med hjälp av checklistor se över brandskydd, tillträdesskydd, yttre områden (belysning och andra påverkande faktorer avseende inbrott och skadegörelse).

3.3 Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)

Interna brandutbildningar har genomförts kontinuerligt. Ett flertal enheter har också fått stöd för att genomföra sitt SBA, detta gäller också de nytilkomna verksamheterna inom regionala utvecklingsförvaltningen t ex folkhögskolor och kulturen. Den händelse i september där utrymning skedde av länsstyrelsens lokaler påvisade behov av att genomföra SBA för den verksamhet som regionen bedriver där. Brandutbildning köps också in externt från Jämtlands räddningstjänstförbund. Våren 2017 planeras en SBA dag för både riskombud och chefer.

4 SÄKERHETSSKYDD

Region Jämtland Härjedalen har att tillämpa Lag (1996:627) om Säkerhetsskydd, Förordning (1996:633) om Säkerhetsskydd och Säkerhetspolisens föreskrifter och allmänna råd PMFS 2015:3. Författningskraven avser Rikets säkerhet men ska också förebygga och skydda mot sabotage och terrorism. Regionens nuvarande Säkerhetsskyddsplan (LS/571/2012) är under revidering. Arbetet innefattar också att en ny säkerhetsskyddsanalys behöver göras. Analysen syftar till att kartlägga sårbarheter och hotbilder för att därefter lämpliga skyddsåtgärder ska kunna föreslås. Arbetet som är omfattande påbörjades under 2016 och planeras slutföras under 2017. Säkerhetsskyddsarbetet är en förutsättning för det fortsatta arbetet med civilt försvar men är också viktigt för vår egen förmåga och robusthet.

5 KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP

5.1 Regionalt säkerhetsråd

Det regionala säkerhetsrådet är ett viktigt forum för att i ett brett perspektiv kunna hantera både riskhanterings och säkerhetsfrågor inom Regionen. Rådet som startade 2012 är rådgivande till Regiondirektören och Regionstabschefen är ordförande. Fyra regionala säkerhetsråd har genomförts under året. Representanter för alla områden i den s.k. riskcirkeln finns utsedda.

Det regionala säkerhetsrådet ska bl.a. bereda regionövergripande säkerhetsärenden till förslag för beslut, samordna säkerhetsarbetet, utgöra styrgrupp och/eller referensgrupp för lämpliga projekt, följa upp och stödja säkerhetsarbetet i Regionen samt upprätta en regional lägesbild av säkerhetsprocessen. Rådet är tillika gaskommitté.

I början av året genomfördes på uppdrag av regionala säkerhetsrådet en risk- och konsekvensanalys avseende införande av IP telefoni på sjukhuset. Införandet är nu påbörjat och fortsatt arbete kommer regelbundet att stämmas av på säkerhetsrådet. Andra frågor som hanterats under året är kontinuitetshantering, utformning av receptioner utifrån aspekterna arbetsmiljö (t ex hot och våld) och patientsäkerhet där också en riskanalys genomförts i tandvården. En översyn avseende kris telefonin i hus 2 har gjorts. Resultatet är att den nu anpassas till dagens behov och minskas väsentligt i omfattning från 89 till ca 30 anknytningar, vilket också ger en besparing. Den kan inte och bör inte avvecklas helt med hänsyn till att själva växelfunktionen hänger ihop med Försvarets telenät (FTN).

En fråga som diskuterats på rådet är regionens rutiner för hantering av narkotiska läkemedel. 2015 noterades 13 avvikelser och 5 polisanmälningar, 2016 finns 14 avvikelser och 4 polisanmälningar avseende svinn för narkotiska läkemedel. Bedömningen är att regionen behöver göra en översyn av nuvarande rutiner och det arbetet startar upp 2017. Syftet med arbetet är att skapa bra och säkra rutiner så att chefer i vården ska kunna få rätt stöd för att förebygga, upptäcka och hantera narkotikaklassat läkemedelssvinn. Arbetet ska göras gemensamt inom personal, krisberedskap och patientsäkerhet.

5.2 Regionalt krisledningsråd

Fyra regionala krisledningsråd med deltagare från Särskild sjukvårdsledning har genomförts som planerat under 2016. Frågor som diskuteras på rådet är t.ex. uppföljning av inträffade händelser, översyn av larmplaner och planverk, utbildning och övning.

Årlig revidering av Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan är framskjuten till 2017. Planen är kompletterad med fyra delplaner som slutförts under 2016 inom Särskild sjukvårdsledning, Prehospital Sjukvårdsledning, Farliga ämnen och Krisstöd. Sjukhusets Kris- och katastrofmedicinska plan ska också revideras under våren 2017 bl.a. med översyn av larmvägar.

Övriga frågor som har hanterats och diskuterats under året är t.ex. uppföljning och åtgärdsplanering utifrån den analys om höjd hotbild som genomfördes i slutet av 2015, uppföljning och åtgärdsplanering efter den vattenstörning som inträffade i april samt fortsatt arbete för evakueringsplanering.

5.3 Tjänsteman i beredskap (TiB) och inträffade händelser

Tjänsteman i beredskap bemannas dygnets alla timmar och årets alla dagar. Beredskapen har under 2016 fördelats på åtta personer. TiB har fått 58 sökningar under året, vilket är ungefär samma omfattning som föregående år. Larmen handlar om olyckor eller samhällsstörningar av olika slag där man initialt kan befara att flera skadade behöver sjukvård eller att sjukvården påverkas. En övervägande del handlar om driftsstörningar t ex inom IT, telefoni, RAKEL. Det finns också några sökningar om vädervarningar där Länsstyrelsen kallat till förvarningskonferens.

Vid sex tillfällen har TiB tagit beslut om Allvarlig händelse och inrättat Särskild sjukvårdsledning (krisledning):

- 29/1 telefoniavbrott – Förstärkningsläge RKL
- 20/4 vattenförsörjning – Förstärkningsläge RKL
- 30/4 Växelhaveri sjukhuset – Förstärkningsläge RKL

- 16/6 Driftsstörning Cosmic – Förstärkningsläge RKL
- 4/7 All telefoni (fast, mobil, data) ur funktion från Lit till Strömsunds kommun – Förstärkningsläge RKL
- 13/9 Väska med misstänkt explosivt gods på Länsstyrelsen – Förstärkningsläge RKL

Sammantaget kan man reflektera över att det är driftstörningar, snarare än stora olyckor som föranleder att Särskild sjukvårdsledning behöver inrättas. Frågan är lyft på Regionala säkerhetsrådet huruvida det finns brister i kontinuitetsplanering d.v.s. reservrutiner eller om de reservrutiner vi har är för dåligt kända och tillgängliga i verksamheten. Krisberedskapsenhetens bedömning är att det finns god anledning att fortsätta arbetet med kontinuitetsplanering.

5.4 Särskild sjukvårdsledning

Särskild sjukvårdsledning benämns i dagligt tal ofta som ”krisledning”. Då Region Jämtland Härjedalen endast har ett sjukhus har sedan tre år tillbaka en sammanslagning genomförts av den lokala ledningen för sjukhuset och ledningen på regional nivå. Den gemensamma ledningen benämns ”Särskild sjukvårdsledning på regional nivå”. Särskild sjukvårdsledning har inrättats vid sex tillfällen under 2015, efter beslut av TiB. Deltagarna i ledningen är välutbildade och övade för sitt uppdrag. Region Jämtland Härjedalen bedöms uppfylla såväl lagkrav inom området som att följa nationella ledningsprinciper och modeller. Den högsta beslutande befattningen i den särskilda sjukvårdsledningen benämns ”Sjukvårdsledare”. Den innehas för närvarande av Hälso- och sjukvårdsdirektör samt områdeschef Akutvård. Planering pågår för att utbilda ytterligare sjukvårdsledare för att minska sårbarheten.

5.5 Krisledningsnämnd

Krisledningsnämnden har haft två möten med en mix av utbildning och information. En dialog kring uppstart av civilt försvar har också påbörjats. Inför 2017 finns fyra inplanerade möten och övning planeras till november.

5.6 Krisberedskap hälsovalet

Enligt den uppdragsspecifikation som gäller för Hälsoval i Jämtlands län framgår att årlig uppföljning av den katastrofmedicinska förmågan i dialog mellan vårdgivaren och Krisberedskap ska genomföras. I hälsovalet är alla hälsocentraler skyldiga att följa den regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen.

Några har genomfört kriskommittéer under året samt utbildat medarbetare i den Katastrofmedicinska utbildningen för sjukvårdsgrupp som erbjuds från

Krisberedskap. Hälsocentralerna i Östersund har utbildat några chefer i Särskild sjukvårdsledning och har återupptagit den katastrofmedicinska planeringen.

Ett önskemål och ett behov är att primärvården kommunvis genomför minst en kriskommitté under kommande år. Kriskommittén ska inte endast omfatta katastrofmedicinska frågor, utan även risk- och sårbarhetsanalyser, säkerhetsfrågor samt brandskydd vilket är frågor som primärvården har behov av att arbeta med. Bedömning är att det kris- och katastrofmedicinska arbetet inom primärvården är fortsatt eftersatt.

6 ÖVNING OCH UTBILDNING

Generellt har senaste årens övningsverksamhet inriktats på ledningsövningar och det finns ett stort behov av att även öva s.k. fältövningar med operativ personal ute i våra verksamheter. Katastrofmedicinska övningar har länge efterfrågats på sjukhuset och för första gången på många år har en katastrofmedicinsk tabletopövning genomförts för viktiga funktioner i akutsjukvården. Syftet var att testa den kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen samt att höja förmågan för ett katastrofmedicinskt omhändertagande på Östersunds sjukhus. Flera förbättringsområden framkom avseende katastrofplanen. Övningen var mycket uppskattad och ambitionen är att genomföra två ytterligare omgångar under 2017. Förhoppningsvis kan en fortsättning av övningsverksamhet i mindre skala ske i samverkan med de traumaövningar som planeras av Regionens nybildade traumaråd.

6.1 Särskild sjukvårdsledning

Tretton personer har gått utbildning för Särskild sjukvårdsledning inklusive stabsmetodik i regi av Katastrofmedicinskt centrum i Linköping. Det finns fortsatt utbildningsbehov inom primärvården för att de ska kunna upprätta Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå då många chefer och medicinskt ansvariga har bytts ut de senaste åren.

Under våren genomfördes en övning för Särskild sjukvårdsledning med ett scenario med större driftstörning/IT haveri. Syftet var att pröva krisledningens förmåga att hantera en större IT störning samt att kommunicera och informera verksamheter. Förmågan bedömdes som god, dock hittades som alltid en del förbättringsområden som tagits till vara i det fortsatta arbetet.

I oktober genomfördes workshop evakueringsplanering för Särskild sjukvårdsledning med syftet att höja kunskapen om evakuering vid vårdinrättning men också att komma vidare i arbetet *hur* genomförande av en evakuering ska ske. Övningen ledde fram till bra och konkreta åtgärdsförslag samt beslut om att en

workshop även ska genomföras för verksamhetscheferna inom specialistvården under 2017.

Psykosocial katastrofledning (PKL) har genomfört två övningar under året.

6.2 Katastrofmedicinsk utbildning

I Region Jämtland Härjedalen finns en Katastrofmedicinsk utbildningsgrupp som samordnas av krisberedskap. Under 2016 har utbildningar genomförts inom Prehospital sjukvårdsledning (PS utbildning) och för sjukvårdsgrupp. Kurserna har varit fulltecknade och får mycket goda betyg vid utvärderingar från deltagarna.

Blivande specialistläkare inom internmedicin, akutsjukvård, kirurgi och anestesi/intensivvård har inom sin specialisttjänstgöring delmål som ska uppnås i Katastrofmedicin. Flera läkare har deltagit i sjukvårdsgruppsutbildningen för att uppfylla målen. Det vore dock önskvärt att Region Jämtland Härjedalen kan erbjuda en grundläggande kurs i Katastrofmedicin. Planeringsarbete ska påbörjas under 2017 för att skapa en sådan grundläggande kurs.

Inom området farliga ämnen (CBRNE) har ambulanssjukvården inom Region Jämtland Härjedalen under 2016 stärkt sin förmåga avseende hantering av CBRNE. De har fullföljt teoretisk utbildning, utprovning och täthetsprov av skyddsmask samt gjort en översyn av rutiner och materiel. Även akutmottagningen har genomfört utbildning i skyddsutrustning anpassad för personal på sjukhus och i sjukvårdsgrupp.

6.3 Samverkansövning höga flöden

Som en del i länets dammbrottsplanering för olika aktörer bjöd Länsstyrelsen i Jämtland in till en samverkansövning, övning Hubbe 1, för höga flöden och dammbrott. Första delen skulle ha startat i november 2015 men fick skjutas fram till våren 2016 p.g.a. hög arbetsbelastning med hänvisning till flyktingsituationen. Som en förberedelse i planeringsarbetet avseende höga flöden och dammbrott genomfördes en tabletop övning med TiB gruppen. Under 2017 sker nästa steg i dammbrottsövning genom övning Hubbe 2. Övningen sker i Länsstyrelsens regi, regionen deltar i planering och förberedelser.

6.4 Kommunikationsövning RAKEL/NÖDNET

Ett utvecklingsarbete har pågått sedan 2013 avseende att koppla ihop RAKEL och NÖDNET. I november genomfördes en nationell övning för att testa kommunikationen och samverkan mellan Sverige/Norge. Övningen blev en succé och arbetet fortsätter nu med implementering av den nya tekniken och svensk-norska talgrupper.

En ambition är att ambulanspersonalen har fått både nya RAKEL enheter samt utbildning innan sommaren.

7 RAKEL

Utvecklingen av användandet av RAKEL inom Region Jämtland Härjedalen har avstannat främst av ekonomiska skäl. I nuvarande avtal är det "kostnadstak" som tidigare fanns tagits bort. Regionen har idag 95 RAKEL abonnemang till ett pris av 8500 kr/st d.v.s. en total abonnemangskostnad på 807 500 kr/år. Detta har inneburit en inbromsning i att utöka antalet abonnemang och försvårat utbyggnad i t.ex. primärvården. Det finns behov av att införa RAKEL i primärvården ute i länet där det är relativt vanligt med störningar i telefonin, där kan RAKEL vara ett alternativ som reservsystem. Under 2016 har två allvarliga driftstörningar förekommit i Strömsund med konsekvens att Strömsunds hälsocentral och närvårdsavdelning varit helt utan telefoni och IT. Det finns beslut på att de hälsocentraler som preliminärt är utpekade som trygghetscentraler (Åre, Strömsund, Sveg, Bräcke) ska ha RAKEL. Införandet är dock något försenat p.g.a. det utbyte av RAKEL enheter som först behöver genomföras med anledning av införandet av norsk/svenska talgrupper. Det finns idag ingen avsatt budget för utökning av antalet abonnemang, men RAKEL kommer ändå att installeras i primärvården enligt ovan under 2017 (Åre HC har redan RAKEL).

Det avtal som SKL tecknat med MSB för landstingens räkning är nu på väg att gå ut. I de diskussioner som pågår för ett nytt avtal finns olika beräkningsmodeller för att införa kostnadstak igen. Det skulle helt klart underlätta för vidare utveckling av RAKEL.

Avsaknad av inomhustäckning på sjukhuset är också i dag ett hinder för utveckling och utbyggnad av systemet, det skapar problem för vakter samt räddningstjänst och polis vid insatser på sjukhuset. Under 2014 gjordes en förbättring av täckning på akutmottagningen med hjälp av statliga medel vilket är en stor förbättring för Särskild sjukvårdsledning, akutmottagning och ambulanssjukvården.

Under flera år har utveckling skett för att kunna koppla ihop de två tetranäten RAKEL i Sverige och NÖDNET i Norge. Efter den övning som genomfördes i november kan konstateras att tekniken nu fungerar. Utbyte till nya Rakelmobiler krävs då våra äldre apparater inte klarar av den ny tekniken. Införande och implementering beräknas vara klart innan sommaren i Region Jämtland Härjedalen.

8 SAMVERKAN

Region Jämtland Härjedalen har deltagit både i den styrgrupp som finns för länets krisberedskap där landshövdingen är ordförande och i arbetsutskottet som är kopplat till styrgruppen. Denna samverkan sker enligt den överenskommelse som finns om samverkan före, under och efter en kris för Jämtlands län. Regionens representeras i styrgruppen av Regiondirektör alternativt Hälso- och sjukvårdsdirektör. Övriga aktörer som ingår i styrgruppen är Försvarsmakten, Räddningsförbundet, Polismyndigheten och Kommuner.

Krisberedskap deltar i ett flertal samverkans forum i länet både avseende krisberedskap och säkerhet. Det finns bra rutiner för regional samverkan med länets krisberedskapsaktörer under en kris. Polisens omorganisation har utmanat och påverkat de samverkansrutiner som tidigare byggts upp via Trygghetens hus. Nya rutiner och kontaktvägar har etablerats för att samverkan och ledning vid större inträffade händelser ska fungera. Samverkan sker också regelbundet med norrlandstingens företrädare för krisberedskap i en mängd frågor.

Två samverkansmöten har genomförts med norska kollegor för att följa upp och arbeta vidare med det gränsräddningsavtal som 2011 skrevs mellan Jämtlands läns landsting och Helse-Midt Norge RHF. Utvecklingen av avtalet har dock avstannat p.g.a. svensk lagstiftning som inte möjliggör att norsk ambulanspersonal kan utföra arbete på svensk sida. Samverkan sker dock i praktiken varje vecka i gränstrakterna mot Norge. Norge har vid flera tillfällen under året bistått Jämtland med viktiga ambulans och helikopter resurser vid olyckor. Norska myndigheter har framfört önskemål om att Sverige ser över möjligheten att underlätta samverkan.

Ett möte skedde i Östersund i oktober på initiativ från Socialdepartementet och Socialstyrelsen. Då beslutades att Norrbotten, Västerbotten, Jämtland Härjedalen via en gemensam skrivelse skulle ta upp frågan i Regiondirektörsnätverket med önskemål om stöd från Sveriges kommuner och landsting för att hålla ihop arbetet. Socialdepartementet och Socialstyrelsen skulle också kontakta sina motsvarigheter i Norge. Alla parter är överens om att det är mycket angeläget att frågan kommer till en lösning, men den har i dagsläget inte kommit närmare någon lösning.

9 PLANERING 2017

Några prioriterade åtgärder inför 2017 är:

- Risk- och sårbarhetsanalyser – utarbeta scenarios och genomföra analyser inom klimatförändringar
- Slutföra säkerhetsskyddsanalysen och revidering av Säkerhetsskyddsplan

- Fortsätta arbetet med civilt försvar i samverkan med Försvarsmakten och länsstyrelsen.
- Deltagande i samverkansövning Hubbe 2 (dammbrott) som sker i Länsstyrelsen Jämtlands regi
- Implementera de nya norsk/svenska talgrupperna i RAKEL och byta ut befintliga rakelmobiler i ambulanssjukvården samt för TiB och Särskild sjukvårdsledning
- Införa RAKEL på utpekade hälsocentraler i länet
- Utföra uppdrag inom kontinuitetshantering telefoni i akutområdet
- Att göra omtag avseende Trygghetscentraler
- Arbeta vidare med hot och våld frågor inom primärvården samt revidering av primärvårdens kris- och katastrofmedicinska frågor
- Fortsätta arbetet med evakueringsplanering innefattande bl.a. workshop för verksamhetschefer vid specialistvården, övning för Särskild sjukvårdsledning. Åtgärds kort och checklistor för både verksamhet och sjukvårdsledning.
- Ytterligare katastrofmedicinsk övning för akutsjukvården
- Revidering av specialistvårdens kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan



8

Informationssäkerhetsberättelse 2016

RS/2506/2016

2017-02-07

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö

Anna-Lena Alfreds

Tfn: 063-147612

E-post: anna-lena.alfreds@regionjh.se

RS/2506/2016

Informationssäkerhetsberättelse 2016

Ärendebeskrivning

Informationssäkerhetsberättelsen följer kraven i SOSFS 2008:14 om att årlig rapportering ska ske över vilka granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse som har gjorts i enlighet med informationssäkerhetspolicyn, vilka riskanalyser som har utförts avseende informationssäkerheten och vilka förbättringsåtgärder som har vidtagits. Det arbete som pågått under flera år har till viss del tappat fart under 2016. Avdelade resurser har inte motsvarat behovet, vilket innebär att alla mål inte har uppnåtts och att alla planerade aktiviteter inte har genomförts. Ett prioriterat område inför 2016 var att etablera en organisation och ett IT stöd för loggkontroll, det arbetet har gått framåt och IT stödet beräknas successivt kunna breddas införas under 2017. Det mål som återfanns i både Regionstyrelsens och direktörens planering om behovet att klargöra ansvar och roller avseende informations- och IT säkerhetsfrågor inom COSMIC förvaltning samt nationella E-hälsotjänster har inte genomförts. Planering finns för genomförande våren 2017. Den övergripande risk- och behovsanalys som genomförts avseende behörigheter i COSMIC slutfördes i juni 2016 och överlämnades till hälso- och sjukvårdsdirektören. Åtgärder har påbörjats inom COSMIC förvaltning utifrån analysens förslag.

Regionfullmäktige fastställde i oktober en ny informationssäkerhetspolicy. Informationssäkerhet är nu en del i internrevision och ledningens genomgång vilket är mycket positivt. Kunskapsnivån i informationssäkerhet behöver höjas i verksamheterna och ett prioriterat område för 2017 är att införa en e-utbildning i informationssäkerhet. Handlingsplanen för 2016-2017 (RS/1444/2015) har reviderats och fastställts av Regiondirektören. Där har kompletteringar avseende registerinventering gjorts, vilket är ett viktigt steg i förberedelsearbetet inför Dataskyddsförordningen. Regionen står inför stora utmaningar när det gäller att leva upp till kraven i den nya Dataskyddsförordningen som ersätter Personuppgiftslagen (PuL) från maj 2018. En informationssäkerhetssamordnare har rekryterats och tillträder i mitten på mars 2017.

Revisionskontoret har genomfört en förstudie i syfte att kartlägga och bedöma om det finns anledning för förtroendevalda revisorer att besluta om en fördjupad granskning. Bedömningen är att det pågår ett aktivt arbete och att en fördjupad granskning inte är motiverad. De konstaterar dock att det finns en mängd kända brister av varierande allvarlighetsgrad och att

de åtgärder som vidtas löpande inte sker i tillräcklig takt. De lyfter fram några angelägna förbättringsområden där Regionstyrelsen ska redovisa vilka åtgärder som planeras att vidtas senast 31/3 2017.

Regiondirektörens förslag

Informationssäkerhetsberättelse 2016 godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson
T.f. Regiondirektör

Anna-Lena Alfreds
Beredskapschef/ Regionstaben

Utdrag till

Anna-Lena Alfreds, Regionstaben



Informationssäkerhetsberättelse 2016

Version: 1

Beslutsinstans: Regionstyrelsen



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	Regionstyrelsen

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INFORMATIONSSÄKERHETSARBETE 2016	4
1.1	Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS)	4
1.2	Ledningens genomgång	5
1.3	Handlingsplan informationssäkerhet	5
2	RISKANALYSER OCH EGENKONTROLL	5
2.1	Övergripande risk- och behovsanalys behörigheter COSMIC	5
2.2	Övriga riskanalyser och egenkontroll	6
2.3	Granskning av IT-säkerheten/Informationssäkerheten	6
2.4	SITHS förvaltning och revision	6
2.5	Ny Dataskyddsförordning	7
2.6	Avvikelser och incidenter	8
2.6.1	IT säkerhetsincidenter	8
3	GENOMFÖRDA FÖRBÄTTRINGAR	9
3.1	Regelverk informationssäkerhet och utbildning	9
3.2	IT säkerhet	9
3.3	COSMIC	10
3.4	Loggkontroller vårdadministrativa system	10
3.5	Informationsklassning/BITS	11
3.6	Kontinuitetshantering	11
3.7	Övning driftsstörning IT	11
4	PRIORITERADE ÅTGÄRDER 2017	12

1 INFORMATIONSSÄKERHETSARBET E 2016

Enligt SOSFS 2008:14 ska vårdgivaren utse en eller flera personer som ska ansvara för informationssäkerhetsarbetet. Den eller de som har fått denna uppgift ska minst en gång om året till vårdgivaren rapportera vilka:

1. granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse som har gjorts i enlighet med informationssäkerhetspolicyn,
2. riskanalyser som har utförts avseende informationssäkerheten, och
3. förbättringsåtgärder som har vidtagits.

Samtidigt som informationssäkerhetsarbetet har gått framåt så går utvecklingen inom IT området snabbt och de tekniska möjligheterna ökar för all verksamhet inom Regionen. Verksamheterna idag har ett högt IT beroende och därmed ökar riskerna och sårbarheterna. Avdelade resurser för informationssäkerhetsarbetet har inte motsvarat behovet, alla mål har inte uppnåtts och alla planerade aktiviteter har inte genomförts. Regionen står inför stora utmaningar när det gäller att leva upp till kraven i den nya Dataskyddsförordningen och att skydda vår information. Det arbete som pågått under flera år har tappat fart under 2016 men positivt är att en informationssäkerhets-samordnare har rekryterats och beräknas börja sin anställning under första kvartalet 2017.

Ett prioriterat område inför 2016 var att etablera en organisation och ett IT stöd för loggkontroll, det arbetet har gått framåt och IT stödet beräknas successivt kunna breddas införas under 2017. Det mål som återfanns i både Regionstyrelsens och direktörens planering om behovet att klargöra ansvar och roller avseende informations- och IT säkerhetsfrågor inom COSMIC förvaltning samt nationella E-hälsotjänster har inte genomförts. Planering finns för genomförande våren 2017. Regionfullmäktige fastställde i oktober en ny informationssäkerhetspolicy. Informationssäkerhet är nu en del i internrevision och ledningens genomgång vilket är mycket positivt både för strategiskt arbete samt dialog med verksamheter i våra förvaltningar. Kunskapsnivån i informationssäkerhet behöver höjas i verksamheterna och ett prioriterat område för 2017 är att införa en e-utbildning i informationssäkerhet.

1.1 Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS)

Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) är en integrerad del av Region Jämtland Härjedalens ledningssystem. Informationssäkerhetsarbetet följer standarden ISO 27001. Kontinuerligt arbete krävs för att utveckla och hålla ledningssystemet aktuellt. Fortfarande finns områden där det saknas fullvärdiga

regelverk och rutiner t ex för användning av nya mobila arbetssätt för vård och behandling (t ex via telefon appar, mail, video m.m.) avseende att säkerställa en korrekt personuppgiftshantering. Vidare behöver regelverk kring användning av molntjänster utvecklas. Ett ökat fokus behöver läggas på att ge chefer större möjligheter att tilldela och följa upp behörigheter för sin personal. Det finns också behov av ökad kunskap i alla verksamheter om informationssäkerhet. Avsaknad av digital utbildning inom informationssäkerhet är en sårbarhet i Region Jämtland Härjedalen.

1.2 Ledningens genomgång

I de nya rutiner som fastställts för ledningens genomgång d.v.s. uppföljning av ledningssystemets funktionalitet och ständiga förbättringar ingår nu sedan 2016 också informationssäkerhet vilket är ett steg i rätt riktning. Frågan om översyn av systemförvaltningsmodell har lyfts upp och finns i verksamhetsplaneringen för 2017. Beslut har tagits om att Id kontroller vid sjukvårdande behandling bör utredas och att relevanta rutiner upprättas. Regionledningen ser fördelar med att byta till KLASSA som systemklassningsmodell och har gett Beredskapschef i uppdrag att bereda ett beslutsunderlag.

1.3 Handlingsplan informationssäkerhet

Handlingsplanen för 2016-2017 (RS/1444/2015) har reviderats och fastställts av Regiondirektören. Kompletteringar avseende registerinventering har gjorts, vilket är ett viktigt steg i förberedelsearbetet inför Dataskyddsförordningen. En regionövergripande handlingsplan inom området fyller fortfarande ett viktigt syfte som styrdokument inom ett eftersatt och svårstyrt område.

2 RISKANALYSER OCH EGENKONTROLL

2.1 Övergripande risk- och behovsanalys behörigheter COSMIC

Risikanalys som genomförts avseende behörigheter i COSMIC slutfördes i juni 2016 och överlämnades till Objektsägaren för COSMIC d.v.s. hälso- och sjukvårdsdirektören. Analysen visar att det finns risker inom behörighetsprocessen, både inom tilldelning och uppföljning av behörigheter. Det finns också risker främst kopplat till för vida behörigheter. Åtgärdsförslag är bl.a. att det införs användarroller och att en

viss begränsning införs i hur mycket information en användare kan se utan att göra aktiva val. Översyn bör ske om det kan införas säkerhetsåtgärder för särskilt skyddsvärda patienter och enheter. Åtgärder har påbörjats inom COSMIC förvaltning utifrån analysens förslag.

2.2 Övriga riskanalyser och egenkontroll

Några riskanalyser har genomförts bl.a. inom psykiatrins öppenvård avseende införande av sms utskick, inom barn gällande införande av BVC modul i journalsystemet samt hos patientnämnden avseende VISMA vårdsynpunkter.

IT chefen fick inför 2016 ett uppdrag att se över systemförvaltningsmodell för Region Jämtland Härjedalen. Arbetet har dock prioriterats bort under 2016 men ska genomföras 2017. I det arbetet är det sedan tidigare fastställt att de risker, brister samt förbättringsförslag som framkom i tidigare genomförd riskanalys avseende systemförvaltning ska beaktas.

Checklistan i ledningssystemet för egenkontroll av det systematiska kvalitetsarbetet har kompletterats med delar om informationssäkerhet. I de internrevisioner som har genomförts under 2016 har frågor ställts angående kontinuitetsplanering, ansvars och utbildningsfrågor samt loggkontroller. Resultatet av internrevisioner visar bl.a. att det finns brister i verksamheten avseende kontinuitetsplanering i ett flertal verksamheter och flera verksamheter efterlyser utbildning i informationssäkerhet. När det gäller loggning i vårdadministrativa system visar internrevisionen att kunskapen om loggkontroller är relativt god, loggkontroller hade genomförts i nio av tio verksamheter. Uppföljning har gjorts mot den verksamhet som inte gjort loggkontroller och de har nu rättat till bristen.

2.3 Granskning av IT-säkerheten/Informationssäkerheten

Revisionskontoret har genomfört en förstudie i syfte att kartlägga och bedöma om det finns anledning för förtroendevalda revisorer att besluta om en fördjupad granskning. Bedömningen är att det pågår ett aktivt arbete för att säkerställa informationssäkerheten och går därmed inte vidare med någon fördjupad granskning. De konstaterar att det finns en mängd kända brister av varierande allvarlighetsgrad och att de åtgärder som vidtas löpande inte sker i tillräcklig takt. I rapporten lyfts några angelägna förbättringsområden fram där Regionstyrelsen ska redovisa vilka åtgärder som planeras att vidtas senast 31/3 2017. De förbättringsområden som nämns är främst inom informationsklassning, systemförvaltning, uppföljning av standarden ISO 27001, användarkunskaper hos medarbetare samt att resurser för nödvändiga åtgärder säkerställs och tydliggörs.

2.4 SITHS förvaltning och revision

Under året har interna revisioner men ingen extern revision genomförts för SITHS förvaltning (utgivning och hantering av SITHS-etjänstekort och certifikat). Granskade områden för de interna revisionerna har varit rutiner för distributionskedjan för SITHS-kort till lokala utlämningsställen i länet samt rutiner för själva utlämningsställena (lokala SITHS-administratörer).

Resultatet av revisionerna visar att:

- 1) För kortdistributionen till länets hälsocentraler (via transportenhetens slingbilar) sköts detta med mycket bra efterlevnad av gällande rutiner. Utförande personal är väl insatta i rutinerna och har tydliga rutiner för hur förmedling, förvaring och kvittenser av kort ska ske.
- 2) För utlämning av kort på granskade hälsocentraler finns vissa avvikelser i efterlevnaden av gällande regler. Särskilt gäller detta att dubblettkort i flera fall har lämnats ut till användare, något som inte får förekomma. Detta innebär att fler än ett aktivt kort tilldelas en användare vilket strider mot reglerna för SITHS. En användare får endast inneha ett aktivt kort åt gången. Åtgärder för att komma till rätta med denna typ av avvikelse är att informera berörda lokala SITHS-administratörer om gällande regler.

Fortfarande förekommer enheter/avdelningar inom Östersunds sjukhus där en låg volym av SITHS reservkort ges ut till den egna enhetens/avdelningens personal vilket riskerar att sänka kvalitén på hanteringen. Planen är att det Servicecenter som under 2017 ska etableras som ett stöd för verksamheterna ska hantera beställning och utlämning av SITHS-korten lokalt inom Östersunds sjukhus. Därmed försvinner behovet av att ha lokala SITHS-administratörer som hanterar reservkort inom varje område/enhet på sjukhuset.

2.5 Ny Dataskyddsförordning

En ny lagstiftning, EU:s Dataskyddsförordning, ersätter personuppgiftslagen fullt ut from maj 2018. Översyn av konsekvenser för den nya Dataskyddsförordningen pågår. Detta inkluderar en översyn av organisation avseende personuppgiftshanteringen och förslag för organisation av personuppgiftsombud (PuO). Den nya lagen ställer bl.a. krav på att Regionen alltid vet vart vårt data/information befinner sig och vilka som har behörighet till den. Det kräver en kartläggning av våra informationsflöden. Regionen behöver också ha kontroll över vem som gjorde var och när d.v.s. en mycket mer omfattande loggning än vad vi har idag. Till lagstiftningen har kopplats viten. Datainspektionen kan komma att utdöma en sanktionsavgift om verksamheten bryter mot förordningens regler. Avgiften bedöms utifrån hur allvarlig överträdelsen är, om det skett avsiktligt eller

inte, vilka åtgärder man har vidtagit för att minska skadan, om man tjänat ekonomiskt på överträdelsen och andra försvårande eller förmildrande omständigheter.

För att skapa överblick över vilka personuppgiftsbehandlingar som utförs i Region Jämtland Härjedalen har en aktivitet lagts till i handlingsplanen för 2017. Samtliga avdelningar och områden ska under 2017 rapportera in i vilka system och register man hanterar personuppgifter. Regionen behöver alltså ”skapa ett register över sina register”. Det finns idag ingen exakt beräkning för vad det kommer att kosta för att möta kraven i den nya förordningen. En nödvändig initial åtgärd är att alla våra verksamhetssystem informationsklassas och kartläggs bl.a. utifrån hur de uppfyller kraven. Ett ansvar som vilar på systemägarna.

2.6 Avvikelser och incidenter

Sammanlagt finns 64 avvikelser registrerade vilket är en minskning jämfört med tidigare år. 31 avvikelser berör IT system och IT säkerhet (se IT säkerhetsincidenter), antalet avvikelser som gäller COSMIC har minskat jämfört med 2015 då systemet infördes. 20 avvikelser är klassificerade inom sekretess. Flera av dessa handlar om att dokumentation t ex patientliggare lämnats kvar i skrivare eller ute i vårdverksamhet, att felaktigt patient tid använts på intyg, provrör m.m. Några avvikelser är kopplat till felaktiga SMS påminnelser gått ut. En avvikelse finns registrerad angående att post rutinen inte följts för patienter med skyddad identitet. En polisanmälan har gjorts avseende dataintrång/sekretessbrott och en polisanmälan har gjorts avseende bedrägeri, där försök gjorts att stjäla annans persons identitet. Fortfarande finns kvalitetsbrister i rapportering och klassificering av avvikelser inom informationssäkerhet. Ett arbete har gjorts inom Centuri avvikelssystem för att förändra och förenkla avvikelseformuläret, men det har ännu inte tagits i drift.

I juni inträffade ett driftsavbrott i COSMIC där TiB tog beslut om allvarlig händelse. Uppföljning har gjorts för översyn av larm och kommunikationsvägar. Ingen patient kom till skada.

2.6.1 IT säkerhetsincidenter

En incidenttyp som blivit ytterligare mer frekvent jämfört med tidigare är angrepp av ”ransomware” (skadlig kod som låser/raderar filer) En lösensumma begärs för att göra filerna läsbara igen. Angreppen har skapat merarbete i form av återskapande av filer från säkerhetskopior och det kan inte uteslutas att förlust av information/filer också har skett i vissa av fallen. Under året har också ett par kortare driftstörningar

skett för COSMIC vårdadministrativt system. En allvarlig händelse var också en inträffad driftstörning på kopplingen som förmedlar elektroniska remisser i röntgensystemet (RIS) vilken innebar att ett par remisser raderats, något som dock har upptäckts i efterhand. Kortare avbrott har också inträffat i regionens funktion för fjärranslutning till IT-miljön (VPN-koppling), något som medfört att det inte gått att nå IT-systemen från distansarbetsplatser.

En tydlig trend under året är det alltmer ökade hotet från skadlig kod som angriper IT-system och filer. Detta hot behöver löpande mötas med allt effektivare skyddsåtgärder för att inte riskera allvarliga driftstörningar och informationsförluster. Det är väsentligt att införande av skydd mot detta ökade hot kan få utökade resurser/finansiering eftersom bristande skydd kan medföra stora kostnader och även betydande patientsäkerhetsrisker. En prioriterad åtgärd är också användarutbildning då användarnas beteende kan påverka vilka risker vi utsätts för.

3 GENOMFÖRDA FÖRBÄTTRINGAR

3.1 Regelverk informationssäkerhet och utbildning

Under året har ett flertal nya regler och rutiner utarbetats. Dokumentet ansvar för informationssäkerhet har reviderats. Regler och rutiner för loggkontroll har uppdaterats samt att organisation och ansvar för loggkontroll nu finns beskrivet. För att ge stöd till chefer har ett dokument avseende offentlighet och sekretess utarbetats, vilket även innefattar utlämnande av allmän handling.

Två workshops med extern workshopledare har genomförts i syfte att uppnå ett förbättrat arbetssätt i informationssäkerhetsarbetet. Fokus har framförallt varit informationsklassning, införandet av ledningssystem för informationssäkerhet samt upplägg av utbildning för informationssäkerhet. En genomgång av styrkor och svagheter inom området har också gjorts.

Utbildning har genomförts för verksamhetschefer inom juridik t.ex. offentlighet- och sekretesslagen, patientdatalagen samt kraven i socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring. Utbildningsinsatser har också genomförts för Regionfullmäktige och Regionstyrelsen. Sedan 2016 ingår också sekretess och informationssäkerhet på introduktion för nyanställda som genomförs både vår och höst.

3.2 IT säkerhet

Bland de förbättringar som genomförts inom funktionsområdet IT-säkerhet finns:

- Klientsäkerheten har löpande höjts utifrån en åtgärdsplan för skydd mot den alltmer ökande typen av skadlig kod, s.k. "ransomware" (gisslanprogram som låser/raderar filer och begär lösensumma)
- Påbörjat införandet av en förbättrad nätarkitektur med utökad segmentering av olika nätdelar utifrån säkerhetskrav på hur kommunikation får ske inom nätet
- Kravställt på förbättrat skydd mot skadlig kod i form av s.k. "vitlistningsskydd"
- Tagit fram en första version av modell/krav för hantering av mobila klienter (läsplattor och smartphones)
- Genomfört en intern revision av hanteringen av driftkonton inkl. s.k. privilegierade behörigheter i regionens IT-miljö
- Förbättrat kraven på loggning av händelser i regionens IT-infrastruktur
- Påbörjat arbete med förbättringar i säkerhet för fastighetsnätet och dess kritiska driftsfunktioner för bl a klimatförsörjning och styrning av övervakning mm
- Genomfört riskanalyser av flera olika områden inom IT-infrastrukturen (server, nät- och klientmiljöer)
- Tagit fram förenklade åtgärdsmallar för hur system ska hanteras för olika säkerhetsnivåer (aspekten 'tillgänglighet')

3.3 COSMIC

Under 2016 har översyn och justering påbörjats avseende vilken information i COSMIC olika användare ska ha tillgång till, med start av användare som utför administrativa arbetsuppgifter, grundat på arbetsflöden att utföra tilldelad uppgift.

Användarrollen kvalitetsgranskare har införts i COSMIC inklusive beslut gällande hur hantering av tilldelande och avslutande av användarrollen ska ske, på lokal och central nivå. En handbok för behörigheter i COSMIC har publicerats.

Under 2017 kommer arbetet att fortsätta gällande behörigheter och vilken information i COSMIC olika användare behöver ha tillgång till. Det ska också säkerställas att rutiner för att lägga upp och avsluta behörigheter är väl kända och fungerar. Det ska också arbetas med framställande av centrala reservrutiner vid oplanerade driftsavbrott vad gäller vårddokumentation och läkemedel (ordination och administration av läkemedel).

3.4 Loggkontroller vårdadministrativa system

En prioriterad aktivitet för 2016 var att etablera organisation och införa IT stöd för loggkontroller i COSMIC. Loggkontroller består av två olika delar:

- Systematisk loggkontroll (löpande granskning med stickprov mm)
- Riktade kontroller (specifik granskning av åtkomster som är kopplade till extra skyddsvärd information)

IT stödet (Loggpoint) har införts, fortfarande återstår arbete med att anpassa systemet till behoven och att loggrapporter kan skapas med automatik d.v.s. att slumpvis utvalda användare ska kontrolleras i systematisk loggkontroll. I nuvarande skede krävs en del manuellt arbete, men det är fullt fungerande för att kunna köra loggar. En pilot test har genomförts på kirurgen och ett successivt införande beräknas göras under 2017. Internrevision visar att inte alla regelmässigt utfört loggkontroller enligt fastställda rutiner vilket är ett absolut krav och en viktig förtroende fråga.

3.5 Informationsklassning/BITS

Informationsklassning är en viktig grund inom informationssäkerhetsarbetet. Begreppet innebär att informationens värde fastställs utifrån de fyra perspektiven konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet. Syftet med att klassa information är att identifiera rätt säkerhets- och skyddsnivå för information som hanteras i samhällsviktiga och verksamhetskritiska processer. Informationens värde bedöms utifrån den funktion, känslighet och betydelse den har i verksamheten samt vilka konsekvenser det medför om det hanteras felaktigt, försvinner eller kommer i orätta händer.

Att BITS analysera ett IT system innebär i praktiken att göra en informationsklassning samt riskanalys och att ta fram åtgärdsförslag att skapa och upprätthålla systemsäkerhet. Under 2016 har BITS klassning och åtgärdsplanering genomförts för två verksamhetssystem Flexlab (labmedicin) och Prosang (blodcentralen). Under 2015 lanserade Sveriges kommuner och landsting (SKL) ett nytt verktyg som heter KLASSA som både kan användas för att klassa en informationsmängd och för att bedöma säkerheten i ett IT system. Ett försök har gjorts för att utvärdera och jämföra KLASSA med BITS samt den modell vi själva utarbetat för informationsklassning. Bedömningen är att KLASSA är ett enklare verktyg att använda för systemägare, det är också av vikt att det finns en förvaltning av KLASSA vilket det inte gör för BITS. Fortfarande har vi många system som inte är klassade och för verksamhetskritiska system behöver det arbetet ta fart under 2017. Förslag till beslut kommer att läggas fram till Regionledningen att

systemklassning ska genomföras för verksamhetskritiska system och att KLASSA är det verktyg som rekommenderas.

3.6 Kontinuitetshantering

Ett framgångsrikt arbete har pågått över två år med att utarbeta och säkerställa reservrutiner för verksamheterna inom Akutområdet vid bortfall av verksamhetskritiska IT-system. Arbetet samt metod har återkopplats till övriga verksamhetschefer inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och beslut har tagits att arbetet ska fortsätta inom andra verksamhetsområden. Parallellt kommer ett nytt arbete att startas upp i Akutområdet under 2017, med samma metod men inom område telefoni.

3.7 Övning driftsstörning IT

I mars 2016 genomfördes en övning för Särskild sjukvårdsledning baserat på ett scenario med omfattande driftsstörning i IT systemen samt IT infrastrukturen.

4 PRIORITERADE ÅTGÄRDER 2017

Handlingsplan informationssäkerhet finns utarbetad för 2016-2017 (dnr RS/1444/2015). Prioriterade områden och uppgifter är:

- Ansvarsfördelning ska tydliggöras för informations- och IT säkerhetsfrågor inom Cosmic förvaltning samt e-hälsotjänster.
- En inventering av regionens all personuppgiftshantering ska göras samt en översyn av organisation avseende personuppgiftsbehandling för att leva upp till kraven i den nya dataskyddsförordningen som 2018 ersätter nuvarande personuppgiftslagen (PUL).
- Utveckling av användarvänligheten av i loggverktyget Loggpoint. Systemet ska succesivt införas i verksamheten under 2017.
- Fortsatt arbete med kontinuitetshantering
- Molntjänster. Övergripande risk- och behovsanalys samt förbättring av regelverk för anskaffning av molntjänster.
- Klassning av verksamhetskritiska system med KLASSA som verktyg
- Planering för återstart och återställande av verksamhetskritiska system



- Införande av e-utbildning avseende informationssäkerhet
- Behörighetshantering. Högre grad av automatiserad behörighetsbeställning, ska också säkerställa styrning av behörigheter och ge chefer möjlighet att kontrollera behörigheter
- Säkerställa att kraven från EU:s nya dataskyddsförordning kan tillgodoses i regionens personuppgiftshantering/IT-system
- Förbättra säkerheten för mobila klienter/mobilt arbetssätt samt införa riktlinjer kring hantering och införande av mobila enheter
- Förbereda för anslutning till Sambi identitetsfederation för svensk vård och omsorg – för att underlätta informationsutbyte mellan olika huvudmän



9

Patientsäkerhetsberättelse 2016

RS/236/2017

2017-02-14

Sekretariatet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

RS/236/2017

Patientsäkerhetsberättelse 2016

Ärendebeskrivning

Landsting och regioner har sedan 1 januari 2011 skyldighet enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) att skriva patientsäkerhetsberättelse senast den 1 mars varje år för att tillhandahålla för den som önskar ta del av den.

Enligt Socialstyrelsen har upprättandet av patientsäkerhetsberättelsen flera syften:

- Vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.
- Socialstyrelsen kan lättare utföra sin tillsyn av verksamheten.
- Det blir enklare att ge andra intressenter tillgång till information, t.ex. allmänheten, patienter, andra vårdgivare och patientsäkerhetsorganisationer.

Det finns inget krav på att vårdgivaren ska lämna patientsäkerhetsberättelsen till Socialstyrelsen eller annan myndighet. Däremot är vårdgivaren skyldig att inrätta ett ledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Patientsäkerhetsberättelsen är en del av det ledningssystemet.

Patientsäkerhetsberättelsen har upprättats inom Område Patientsäkerhet.

Regiondirektörens förslag

1. Patientsäkerhetsberättelsen för 2016 godkänns.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Chef Område Patientsäkerhet

Patientsäkerhetsberättelse Region Jämtland Härjedalen 2016

Regionstyrelsen

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SAMMANFATTNING.....	4
2	ÖVERGRIPANDE MÅL, STRATEGIER OCH HANDLINGSPLANER	5
3	ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET	5
4	STRUKTUR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETE, EGENKONTROLL OCH UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING.....	6
4.1	EGENKONTROLL.....	6
4.2	UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING.....	8
5	VAD HAR GJORTS UNDER ÅRET?	8
5.1	ÅTGÄRDER FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET	8
5.1.1	Utbildning	8
5.1.2	Nya arbetssätt	9
5.1.3	Standardiserade vårdförlopp (SVF).....	11
5.1.4	Cosmic.....	11
5.2	SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE	11
5.3	SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR	12
5.4	RISKANALYS.....	13
6	HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET	13
7	VÅRDGIVARENS UTREDNINGSSKYLDIGHETER	13
7.1	SKADOR OCH VÅRDSKADOR.....	13
7.2	HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER.....	14
7.2.1	Klagomål som kommer via patientnämnden.....	14
7.2.2	Enskilda klagomål via IVO.....	14
7.2.3	Handläggning av klagomål och synpunkter.....	14
8	RESULTAT OCH ANALYS	15
8.1	ÖVERGRIPANDE HANDLINGSPLAN FÖR PATIENTSÄKERHET 2016	15
8.2	INTERNKONTROLL	16
8.3	ÅTERINSKRIVNINGAR, UTLOKALISERINGAR OCH ÖVERBELÄGGNINGAR	16
8.4	PATIENTSÄKERHETSKULTUR	17
8.5	AVVIKELSER	18
8.5.1	Avvikelser inom Region Jämtland Härjedalen.....	18
8.5.2	Avvikelser mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner	19
8.6	MARKÖRBASERAD JOURNALGRANSKNING	19
8.7	VÅRDRELATERADE INFEKTIONER.....	20
8.7.1	Basala hygienrutiner.....	21
8.7.2	Hygienronder	21
8.8	VÅRDPREVENTION	21

Område Patientsäkerhet

8.8.1	Trycksår.....	22
8.8.2	Fallhändelser.....	22
8.9	LÄKEMEDEL	23
8.9.1	Läkemedelshantering.....	23
8.10	ALLVARLIGA VÅRDSKADOR (LEX MARIA)	24
8.11	KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER FRÅN PATIENTER.....	26
8.12	ENSKILDAS KLAGOMÅL FRÅN IVO.....	26
8.13	PATIENTNÄMND SÄRENDEN	26
8.14	PATIENTFÖRSÄKRINGEN LÖF	27
8.15	SAMMANFATTNING RESULTAT OCH ANALYS.....	27
9	ÅTGÄRDER NÄSTKOMMANDE ÅR	28

1 Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen har en nollvision för vårdskador.

Från 2016 har regionen en ny organisation med en förvaltning för hälso- och sjukvård, en förvaltning för regionalutveckling och en regionstab. Stabsfunktionen patientsäkerhetsenheten flyttades till hälso-och sjukvårdsförvaltningen och är nu ett verksamhetsområde. Den nya organisationen har skapat bättre förutsättningar för ett fördjupat patientsäkerhetsarbete inom regionen.

Viktiga åtgärder under 2016 för att öka patientsäkerheten har varit breddinförande av daglig styrning och påbörjad implementering av Gröna korset som en visuell metod för att minimera vårdskador och förbättra patientsäkerhetskulturen. NEWS som är en kontroll av vitalparametrar för att tidigt identifiera patienter som försämras har införts inom slutenvården. Utbildning och förbättringsarbeten kring blåsöverfyllnad, som under 2016 var den vanligaste vårdskadan vid markörbaserad journalgranskning, har genomförts. Införande av infektionsverktyget fortsätter och ses som en viktig framgångsfaktor i arbetet att minska vårdrelaterade infektioner.

Lokala förbättringsarbeten har genomförts för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner, trycksår och fall. Ett flertal nya arbetsmetoder som förbättrar patientsäkerheten har införts inom verksamheterna. Utredningsmetodiken vid allvarliga vårdskador har förbättrats för att få fram mer effektiva åtgärder och effektivare lärande och spridning.

Egenkontroll bedrivs på flera nivåer, bland annat genom patientsäkerhetskulturmätning, avvikelserapportering, markörbaserad journalgranskning, punktprevalensmätningar, händelseanalyser, patientenkäter, kontroll över antibiotikaförskrivning, registrering i "Senior alert", hygienronder och granskning av läkemedelshantering.

Riskanalyser med bäring på patientsäkerhet har genomförts. Patienter och närståendes synpunkter och klagomål som rör patientsäkerhet tas tillvara i risk- och händelseanalyser. De erbjuds att, om möjligt, delta i patientsäkerhetsarbete vid klagomålshantering och utredningar av vårdskador.

Patientsäkerhetskulturmätning 2016 visar ett något förbättrat resultat i ett flertal parametrar jämfört med 2014. Vårdskador har minskat enligt resultaten i den markörbaserade journalgranskningen men ligger fortfarande något högre än övriga landet. Förekomsten av allvarliga vårdskador har inte ökat men antalet lex Maria-anmälningar har ökat under 2016 vilket ses som ett resultat av ökad uppmärksamhet, medvetenhet och rapportering.

Riskområden som identifieras efter analys av de sammanlagda resultaten är förekomsten av frekventa vårdskador såsom blåsöverfyllnad, VRI, trycksår och fall. Återkommande bakomliggande orsaksområden vid vårdskadeutredningar är brister i informationsöverföring och bristande dokumentation. Åtgärder som planeras är bland annat riktade åtgärder inom vårdprevention, läkemedelshantering samt förekomst av frekventa vårdskador.

2 Övergripande mål, strategier och handlingsplaner

Regionplanen 2016-2018 anger under målet "trygga patienter" att Region Jämtland Härjedalens verksamhet ska kännetecknas av ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Utvecklingsarbetet med effektiva processer ska bland annat fokusera på god patientsäkerhet där visionen att inga undvikbara skador (vårdskador) ska uppstå.

Regiondirektören hade i sin verksamhetsplan 2016 fyra fokusområden

- Tillgänglighet
- Effektivitet = kvalitet och produktivitet
- Attraktiv arbetsgivare
- Mest sjuka äldre

I verksamhetsplanen sammanfattas regionplanens strategiska mål inom området patient med *"Patientsäker vård av god kvalitet efter behov"*.

I november 2014 godkände Landstingsstyrelsen *Patientsäkerhetsstrategi för Region Jämtlands Härjedalen*. Strategins vision är att inga människor skadas inom hälso- och sjukvården eller tandvården. Till visionen har fem långsiktiga och patientfokuserade målområden knutits:

- God patientsäkerhetskultur ska genomsyra all verksamhet
- Frekventa eller allvarliga vårdskador ska identifieras och förebyggas
- Patientsäkerhetsarbetet ska utgå från evidensbaserade metoder
- Patienten ska vara delaktig i sin egen vård och behandling
- Vård ska ske inom den kompetensnivå som situationen kräver

Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet 2016 – 2018 omfattade mål och aktiviteter inom strategins fem målområden. Planen har reviderats inför 2017.

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Hos vårdgivaren Region Jämtland Härjedalen har under regionstyrelsen på tjänstemannanivå regiondirektören det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet vilket innebär att vara ansvarig för utformningen av organisationen så att en hög patientsäkerhet upprätthålls och att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Ny tjänstemannaorganisation inom regionen trädde i kraft 1 januari 2016.

Förvaltningschefen för hälso- och sjukvård ansvarar för övergripande patientsäkerhetsarbete inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende hur

Område Patientsäkerhet

arbetet organiseras, genomförs, följs upp och dokumenteras enligt regionens ledningssystem.

Områdeschef tillika verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen har det samlade administrativa och medicinska/odontologiska ledningsansvaret. Det kan inte överlåtas till en annan befattningshavare undantaget enskilda medicinska/odontologiska ledningsuppgifter. Verksamhetschefen ansvarar för att hög patientsäkerhet tillgodoses inom området genom att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som innefattar riskanalys, egenkontroll, utredning av rapporter, klagomål och synpunkter, förbättrande åtgärder och förbättring av processer och rutiner. En ny funktion i form av medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) har införts som stöd till verksamhetschefen.

Regionövergripande finns inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen område patientsäkerhet som har i uppdrag att utgöra ett stöd för verksamheterna i patientsäkerhetsfrågor, verka för en hög patientsäkerhetskultur med en nollvision för vårdskador, på övergripande nivå följa upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerhet samt att upprätta övergripande regler, riktlinjer och rutiner inom patientsäkerhetsområdet. Kompetensmässigt finns inom enheten chefläkare, patientsäkerhetssamordnare, smittskyddsläkare och sjuksköterska, vårdhygienisk specialistkompetens med läkare och sjuksköterskor, läkemedelsteamet med läkemedelsstrateg, apotekare, läkemedelsansvarig läkare inkluderat läkemedelskommitté, läkemedelssamordnande sjuksköterskor samt STRAMA (Strategiska gruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).

Inom respektive område finns olika grupperingar som stöd till det lokala patientsäkerhetsarbetet. En vanlig gruppering är patientsäkerhetsforum där vanligtvis verksamhetschef, enhetschef, läkare med medicinskt ledningsuppdrag, sjuksköterska och verksamhetsutvecklare ingår.

Patientnämnden är en politiskt sammansatt och fristående nämnd inom regionen som har till uppgift att stödja, hjälpa och bidra till lösningar av de svårigheter som kan drabba patient/närstående i mötet med vården. Till sitt förfogande har nämnden ett kansli med tjänstemän som handlägger ärendena.

4 Struktur för patientsäkerhetsarbete, egenkontroll och uppföljning/utvärdering

4.1 Egenkontroll

Inom regionen deltar respektive område i aktuella nationella kvalitetsregister. Data från olika kvalitetsregister finns tillgängliga med olika tidsintervall, vilket medger

Område Patientsäkerhet

att resultat för jämförelser får göras på olika sätt beroende på vilket register det handlar om.

Verksamheternas egna resultat följs under året. Resultatuppföljning med måltavlor gör det möjligt att utvärdera eventuella insatta åtgärder vilket sker vid månadsuppföljningar, delårs- och årsbokslut. Daglig styrning utifrån Lean-filosofi användas inom de flesta områden.

En del i egenkontrollen har, som under tidigare år, varit att ta del av de jämförelser som finns med andra regioner/landsting i landet. Dessa uppgifter återfinns bland annat i "Öppna jämförelser", "Vården i siffror", nationella kvalitetsregister samt i olika granskningar från Socialstyrelsen och SKL.

Utifrån resultat av Patientsäkerhetskulturmätningen 2014 och 2016 sker fortsatt uppföljning.

Avvikelserapportering sker kontinuerligt. Resultaten återkopplas på övergripande och lokal nivå.

Markörbaserad journalgranskning sker inom slutna somatisk vård. Återrapportering sker regionsövergripande och områdesindelad varje halvår. Metoden används också för ämnesvisa granskningar inom respektive område.

Andra modeller av journalgranskning används inom flera verksamheter utifrån lokala behov.

NEWS har en tvärprofessionell förvaltningsgrupp som har tagit fram kvalitetsparametrar som verksamheterna kan följa upp i uppföljningssystemet Diveport beslutsstöd. Vidare görs journalgranskningar för att kontrollera följsamheten till NEWS-rutinen och därmed identifiera förbättringsområden.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) följs med punktprevalensmätning varje månad inom somatisk slutenvård samt två gånger årligen inom psykiatrisk vård. Område patientsäkerhet återkopplar resultaten med analys och åtgärdsförslag. Uppföljning görs i månadsrapport samt internt inom respektive verksamhet. VRI följs också i de markörbaserade journalgranskningar som genomförs inom den somatiska specialistvården.

Följsamhet till basala hygien- och klädregler mäts, nationellt och på lokal nivå. Resultaten återkopplas med åtgärdsförslag övergripande respektive på lokal nivå.

Riskområdena fall, trycksår och undernäring följs och åtgärdas via Senior Alert. Trycksår följs även via punktprevalensmätning.

4.2 Uppföljning/utvärdering

Regionsövergripande uppföljning och internkontroll sker mot de fyra fokusmålen i regiondirektörens verksamhetsplan och regionövergripande handlingsplaner, där handlingsplan för patientsäkerhet är en av dessa. Genomgång av måluppfyllelse gentemot verksamhetsplanen sker vid varje ledningsgrupp och handlingsplanerna vid två tillfällen per verksamhetsår. Särskild uppföljning med fokus patientsäkerhet sker en gång per år.

- Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 följs upp vid tre tillfällen per verksamhetsår. I uppföljningen ingår rapporterade avvikelser.
- Internrevision är ett instrument för regiondirektören och högsta ledningen att få kunskap om hur regionens ledningssystem gällande kvalitet (innefattande patientsäkerhet), miljö, arbetsmiljö och informationssäkerhet används och dess effekter på organisationens arbetssätt och metoder.
- Uppföljning av mål och aktiviteter sker också genom månadsrapporter, delårsbokslut samt årsbokslut
- Negativa händelser och tillbud rapporteras i avvikelssystemet, återkopplas till berörda och handläggs enligt gällande rutin. Återkoppling sker bland annat på arbetsplatsträffar för att händelserna ska leda till ett lärande
- Allvarliga vårdskador anmäls enligt Lex Maria
- Klagomål och synpunkter hanteras fortlöpande enligt gällande regionövergripande rutin och följs upp med årlig analys
- Regelbunden återföring från Patientnämnden
- Patientsäkerhetsdialoger ska genomföras en gång per år på områdesnivå under ledning av område patientsäkerhet. Inom några områden finns patientsäkerhetsforum. Patientsäkerhetsronder genomförs vid samtliga hälsocentraler
- Läkemedelsfrågor samordnas och följs upp av Styrgrupp läkemedel. Uppföljning av handlingsplan sker tre gånger per år

5 Vad har gjorts under året?

5.1 Åtgärder för ökad patientsäkerhet

Under 2016 har HLR-organisation och omhändertagande av akut sjuk inom sjukhuset lokaler utretts och åtgärdsförslag kommer att presenteras under våren 2017.

5.1.1 Utbildning

Under året har ett antal utbildningstillfällen med fokus patientsäkerhet genomförts, exempelvis vid information till nyanställda, AT-introduktion, chefsaspirant-utbildning, Ny som chef och till sommarvikarier. Riktade utbildningssatsningar har gjorts kring blåsöverfyllnad samt Gröna Korset. Händelseanalysutbildning för nya

analysledare. Informations och utbildning för implementering av ny regionövergripande rutin för anafylaxibehandling. Läkemedelsstämman för sjuksköterskor genomfördes med över 200 deltagare.

Förslaget att inom regionen genomföra en obligatorisk utbildning i patientsäkerhet för chefer och medarbetare har inte prioriterats under 2016.

5.1.2 Nya arbetssätt

"Gröna Korset" (en visuell metod för att minimera vårdskador och förbättra patientsäkerhetskulturen) har börjat användas inom några områden.

NEWS (kontroll av vitala parametrar) används nu inom hela specialistvården. Gemensam rondrutin har införts för de akuta vårdlagen inom område ortopedi. En rapportmall uppbyggt utifrån SBAR har upprättats, för att standardisera och kvalitetssäkra rapporteringarna. Det regionövergripande arbetet kring blåsoverfyllnad resulterade i en "minnessticka" att ha i fickan för att vårdhandbokens rutiner skulle vara lättillgängliga. För ortopediska patienter har man infört en mer standardiserad smärtskattning av patienterna.

För att förbättra vården kring "De mest sjuka äldre" arbetar flera vårdavdelningarna med att förbättra vårdpreventionen (fall, nutrition, trycksår och munhälsa).

Inom område ortopedi finns ett ortogeriatriskt team sedan 2015. Detta leds av en allmänspecialist som tillsammans med andra professioner ständigt utvecklar vården för de mest sjuka äldre. Sedan hösten 2016 finns också en sjuksköterska med särskilt uppdrag för de ortogeriatriska patienterna. Detta uppdrag består av att vara koordinator för de ortogeriatriska patienterna som vårdas på andra vårdlag än ortogeriatriskt team.

Inom flera områden används numera "Bedside rapportering". Det innebär att överrapportering vid skiftbyte sker inne på rummet tillsammans med patient vilket ger en ökad delaktighet för patienterna.

Under 2016 har arbete påbörjats för att kunna införa NOVA (en digital patienttavla), under 2017. NOVA är ett hjälpmedel för att säkerställa kommunikation och aktiviteter som rör patienterna.

För den stafettpersonal som arbetar inom medicinkliniken har man skapat en lättillgänglig "stafettpärm" med rutiner och information som uppdateras löpande.

Akuten utvecklade under 2016 arbetet kring teamarbete vilket innebär att varje medarbetare har färre patienter att ansvara för vilket leder till högre patientsäkerhet. En ledningssjuksköterska finns i tjänst varje pass för att överblicka hela mottagningen och omfördela resurser.

Område Patientsäkerhet

Centraloperation har arbetat med ett förebyggande arbete kring tryckskador med registrering av hudkostym före- under- och efter operation. Ett nytt arbetssätt med införande av teamträffar för salsteamen varje morgon för att optimera patientomhändertagande och operationsflöde på respektive operationssal har också införts.

Mekaniskt bröstkompressionssystem har införts inom helikopterverksamheten för effektivare hjärtkompressioner vid hjärtstopp.

Barn- och ungdomsmottagningen har under 2015/2016 inrättat en s.k. expressmottagning i syfte att korta väntetiderna men även för att kunna prioritera vilka patienter som behöver tider snabbare till utredningar osv.

Inom hjärtsjukvården infördes en åtgärd som möjliggör för ambulanspersonal att direkt kunna kontakta avdelningens trombolysjuksköterska för att vid behov föra patienten direkt till vårdavdelningen eller röntgen för fortsatt behandling.

I slutet av året påbörjade PCI-lab ett test som innebär att patienter vid två utvalda hälsocentraler får möjlighet att pröva inskrivning på distans. Detta innebär att patienten inför angiografiundersökning kunde komma till sin hälsocentral för provtagning och samtal via videolänk med läkare på PCI-lab.

Inom öppenvård rehab har sjuksköterskemottagning startats i syfte att utföra uppföljning av ryggmärgsskador och hjärnskador på hemmaplan.

Ett nytt arbetssätt för glaukom- och maculapatienter har startat inom ögonsjukvården.

Folktandvården har under året påbörjat arbete med att ta fram formerna för hur en jourklinik skall kunna drivas i regionen, det kommer leda till mera tid för revisionsvård ute på allmänklinikerna.

Inom primärvården fortsätter implementeringen av Triage (en process för att sortera och prioritera patienter där syftet är att de mest allvarliga eller brådskande fallen ska behandlas först) på hälsocentralerna. Även utbyggnaden av distansoberoende teknik fortsätter.

Under våren genomfördes ett mindre test med klinisk farmaci, apotekare i vården, inom medicinområdet. Syftet var att genom att tillföra farmaceutisk kunskap till vårdteamet stärka arbetet med god, säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Testet resulterade i att det inom ramen för Professionsmiljarden startades upp ett treårigt pilotprojekt för utvecklande av klinisk farmaci.

Inom Professionsmiljardens ram har även en rad andra projektet startat upp som har effekter som stärker patientsäkerheten. Det gäller bland annat utveckling inom IT, COSMIC, kompetensutveckling och tillgänglighet.

5.1.3 Standardiserade vårdförlopp (SVF)

SKL och staten har träffat en överenskommelse om att under 2015 – 2018 genomföra en nationella satsning för kortare väntetider och minskade regionala skillnader i cancervården. Arbetet med att förbättra tillgängligheten sker genom fortsätta införandet av det gemensamma nationella systemet med standardiserade vårdförlopp (SVF).

Region Jämtland Härjedalen startade arbetet med att införa SVF under hösten 2015. Arbetet har fortsatt under 2016 med en genomlysning för att förbättra arbetssättet vad gäller patientflöden.

2016 implementerades 13 ytterligare SVF och Region Jämtland Härjedalen har nu 18 SVF igång. Patienter med allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer utreds nu inom det nystartade "Diagnostiskt centrum", vilket bidragit till en förbättring avseende väntetider.

5.1.4 Cosmic

Den gemensamma förvaltningen av Cosmic (IT + verksamheten) hittade under 2016 allt bättre samarbetsformer och kunde arbeta för att gradvis förbättra användbarhet och säkerhet i journalsystemet. En uppgradering till en modernare och förhoppningsvis enklare och snabbare version planeras ske i maj 2017. Under 2016 startade ett arbete med att se över generella prestanda i Cosmic i syfte att snabba upp systemet och göra det mindre instabilt vilket förväntas få effekt under 2017.

5.2 Samverkan med patienter och närstående

Vid klagomål, händelseanalyser och lex Maria ärenden erbjuds alltid patienter och närstående att medverka i patientsäkerhetsarbetet utifrån att lämna sina synpunkter på händelsen. Inom olika vårdverksamheter ser delaktighet för samverkan med patienter och närstående olika ut. Där barn vårdas är medverkan av närstående rutin.

När patienten skrivs ut till hemmet eller annat boende från område HIM sker överrapportering och utbildning till anhöriga eller annan personal som sedan blir delaktiga i patientens vård eller rehabilitering. Utbildningen kan gälla allt från förflyttningar till kostrådgivning. Anhöriga och annan vårdgivares delaktighet ses som en viktig del i rehabiliteringen och i förlängningen vårdpreventiva arbetet kring patienten.

Patienter/närstående och vårdgivarna inom folktandvården har en dialog om vården, informeras om olika behandlingsalternativ, kostnader och får lämna samtycke innan vård utförs. Alla patienter ska också erbjudas ett undersökningsprotokoll.

Område Patientsäkerhet

Flera verksamheter har samarbete med olika patientorganisationer. Inom Område kirurgi/ögon/öron har varje avdelning och de flesta mottagningar brevlådor där anhöriga och patienter uppmanas att lämna synpunkter på vården samt förslag på förbättringsåtgärder. Inom de medicinska specialiteterna är det vanligt att patienter blir tillfrågade att delta med sina synpunkter och erfarenheter. Det sker bland annat genom enkäter till patienter där synpunkter och tips efterfrågas och genom träffar med patientföreningar. Införandet av bedside-rapportering har bidragit till att patienterna blir mer delaktiga i sin vård och behandling.

På område ortoped finns en gång i veckan områdeschefen på plats på enheterna för att kunna tala med patienter i specifika ärenden.

Inom område primärvård har vid en hälsocentral ett patientråd bildats. Det ger möjlighet till dialog med olika patientföreningar och äldregrupper. Rådet träffas 2 ggr/år. På ungdomsmottagningen gjordes ett försök under HT-15 och 2016 att starta ett "ungdomsråd". Några träffar genomfördes med ca 2-4 ungdomar. Bra möten, men det var svårt att få till kontinuitet. Inom närvård Frostviken finns ett lokalt brukarsamråd som träffas två gånger per år.

5.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

Regionen och länets kommuner har en gemensam rutin för utbyte av avvikelser och uppföljning sker två gånger per år. En rutin för gemensam händelseanalys vid risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada har utarbetats och börjat tillämpas under 2016.

Tjänstemannagrupperingar på olika nivåer finns för samverkan mellan hälso- och sjukvård och kommunerna.

Fredagsgruppen som är en beredningsgrupp till den politiska samverkansgruppen SVOM i länet, har representation av hälso- och sjukvårdsdirektör, områdeschefer, vårdstrateg samt chefer för vård och omsorg inom kommuner för övergripande samverkan mellan huvudmännen.

Torsdagsgruppen är en samverkansgrupp med medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), område patientsäkerhet och regionens vårdstrateg. Gruppens uppdrag är samverkan i patientsäkerhetsfrågor, att bidra med systematiskt förbättringsarbete och att utarbeta förslag till Fredagsgruppen.

Samordnad vårdplanering mellan länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen följs upp regelbundet.

Primärvården har lokala samverkansgrupper med företrädare från respektive kommun.

Samverkan mellan primärvård och den specialiserade vården sker genom bland annat upprättande av handläggningsöverenskommelser och framtagande av kortfattade vårdprogram "Zamsyn".

Verksamhetscheferna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har möten varje månad kring informationssäkerhet och patientsäkerhet med stöd av respektive stabsfunktion.

Arbetsgrupp inom regionen för sommarplanering som bildades för 2014 fortsätter sitt arbete. Samverkan sker med länets kommuner.

5.4 Riskanalys

Verksamhetsområdena har under året genomfört ett flertal riskanalyser. Några riskanalyser är gjorda i samband med planering inför sommarperioden. Ytterligare exempel är;

- Hjälpmedelsförskrivning
- SMS/E-post påminnelser
- Ljusbehandlingslampa
- Journal på nätet
- Robotkirurgi
- Ensamarbete
- Flytt av hälsocentral

6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Alla medarbetare har skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Detta ska enligt rutin ske i avvikelssystemet Centuri, där negativa händelser, tillbud och risker rapporteras. Alla avvikelser går med automatik till närmaste chef som handlägger och utreder ärendet. Vid behov kan ärendet också remitteras till annan utsedd utredare. Funktionsansvariga kvalitetsgranskar alla avvikelser för godkännande och avslutar ärendet. Berörd chef ansvarar för att avvikelserna återrapporteras på arbetsplatsträffar.

I de fall ytterligare utredning krävs går rapporten till verksamhetschef för fortsatt handläggning

7 Vårdgivarens utredningsskyldigheter

7.1 Skador och vårdskador

I de fall ytterligare utredning krävs utifrån rapporterade avvikelser ska verksamhetschef, läkare med medicinskt ledningsansvar respektive ledningsuppdrag samt chefläkare tillsammans fatta beslut om att göra en risk- eller händelseanalys.

Finns det risk för och inträffade allvarliga vårdskador ska dessa utredas och anmälas till IVO enligt lex Maria. Chefläkare ansvarar för vårdgivarens

anmälningsskyldighet, beslutar om utredning/anmälan och ger uppdrag till verksamhetschef att genomföra utredningen. Patient/närstående och medarbetare informeras så snart som möjligt.

Vid bokslut görs en sammanställning av chefläkare och en övergripande analys som återförs till verksamheterna för fortsatt analys av den egna verksamhetens del.

7.2 Hantering av klagomål och synpunkter

Alla medarbetare är skyldiga att lyssna och ta emot synpunkter och klagomål från patient/närstående och rapportera dessa om de bedöms vara en avvikelse. Ärenden rörande omvårdnad och/eller medicinskutredning, diagnostik och behandling ska dokumenteras i patientjournal om det bedöms vara relevant för patientens vård och ska också rapporteras i avvikelshanteringssystemet Klagomål som kommer direkt till enheterna åtgärdas omgående av mottagande personal eller dennes chef. Enhetschef eller verksamhetschef handlägger avvikelser/ärendet, vidtar lämpliga åtgärder och ger återkoppling till patient/närstående och berörd personal i lämpliga fora, t ex på arbetsplatsträff.

7.2.1 Klagomål som kommer via patientnämnden

Klagomål via patientnämnden rapporteras till verksamhetschef eller enhetschef som ansvarar för handläggning. Oftast sker rapporteringen genom muntlig kommunikation men kan också ske genom avvikelserapportering från patientnämnden eller en begäran om utredning. Handläggningen varierar, ärendet kan redas ut direkt via samtal med patientnämnden. I andra fall kan det vara nödvändigt med ett samtal mellan aktuell chef och patient eller mellan patient och berörd hälso- och sjukvårdspersonal. Vissa fall går vidare som enskilda klagomål till IVO och i något fall har en Lex Maria- anmälan initierats.

7.2.2 Enskilda klagomål via IVO

Enskilda klagomål inkommer till chefläkare som överlämnar dem till berörd verksamhetschef för handläggning enligt regiongemensam rutin.

7.2.3 Handläggning av klagomål och synpunkter

Inkomna klagomål och synpunkter sammanställs årligen och återkopplas i lämpliga forum, t ex på arbetsplatsträffar eller i ledningsgrupper. Beroende på vad klagomålen handlat om kan mer övergripande åtgärder bli aktuella. Patient/närstående får ofta återkoppling i samband med hantering av ärendet antingen via patientnämnden eller via enhetschef, verksamhetschef eller läkare med medicinskt ledningsuppdrag.

8 Resultat och analys

8.1 Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet 2016

Handlingsplanens aktiviteter och mål sammanfattas kort och för mer utförlig beskrivning och analys hänvisas till respektive avsnitt.

Målområde 1: God patientsäkerhetskultur ska genomsyra all verksamhet

Högsta ledningens stöd har ökat och former för återkoppling har utvecklats, bl. a genom införande av Gröna Korset. Patientsäkerhetsronder genomförs till viss del inom regionen. Målet att alla avvikelser ska avslutas inom 12 veckor efter rapporteringsdatum har inte nåtts.

Målområde 2: Frekventa eller allvarliga vårdskador ska identifieras och förebyggas

Markörbaserad journalgranskning har genomförts och verksamheterna rapporterar genomförda förbättringsarbete. Implementering av infektionsverktyget pågår. Läkemedelsgenomgångar sker och har ökat.

Målområde 3: Patientsäkerhetsarbetet ska utgå från evidensbaserade metoder

Patientsäkerhetsvecka har inte genomförts under 2016. Arbetet med analys och användning av resultat som redovisas i kvalitetsregister utifrån patientsäkerhetsperspektiv och arbetet med att utvärdera effekter av genomförda åtgärder som resultat av utredningar av allvarliga vårdskador har inte påbörjats enligt plan under 2016.

Målområde 4: Patienten ska vara delaktig i sin egen vård och behandling

Återinskrivning har minskat något, minskningen syns tydligast under årets sista månader. Andel patienter som fått utskrivningsinformation ligger för 2016 på 30 %, jämförande data för 2015 saknas på grund av journalsystemsbyte.

Användningen av "bedside-rapport" har ökat. Arbetet med att tillvarata resultat och patienters synpunkter i patientenkäter fortsätter.

Arbetet med att förbättra hemsidan för att underlätta medborgarnas möjligheter att hitta information samt kunna lämna förbättringsförslag på vården har påbörjats.

Patient/närstående informeras om sina rättigheter och skyldigheter t ex angående patientlagen i samband med att en patient ska ta ställning inför ett beslut om vård. Inga regionövergripande informationsinsatser riktade till personal i syfte att sprida kunskap till patienter har skett under 2016.

Målområde 5: Vård ska ske inom den kompetensnivå som situationen kräver

Introduktion i patientsäkerhet ges till nya medarbetare. Arbetet med bemanningsmodell för att säkerställa nödvändig kompetens för att minimera vårdskador har inte startat enligt plan under 2016.

Antalet apotekarutförda läkemedelsgenomgångar har ökat.

8.2 Internkontroll

Den interna revisionen under hösten 2016 granskade graden av egenkontroll inom de olika verksamheterna. Det gällde bland annat patientsäkerhet, vidare valde man att ställa frågor blåsöverfyllnad, VRI och läkemedelsordination. Det saknas en samlad bedömning avseende graden av egenkontroll av patientsäkerhet i rapporten.

8.3 Återinskrivningar, utlokaliseringar och överbeläggningar

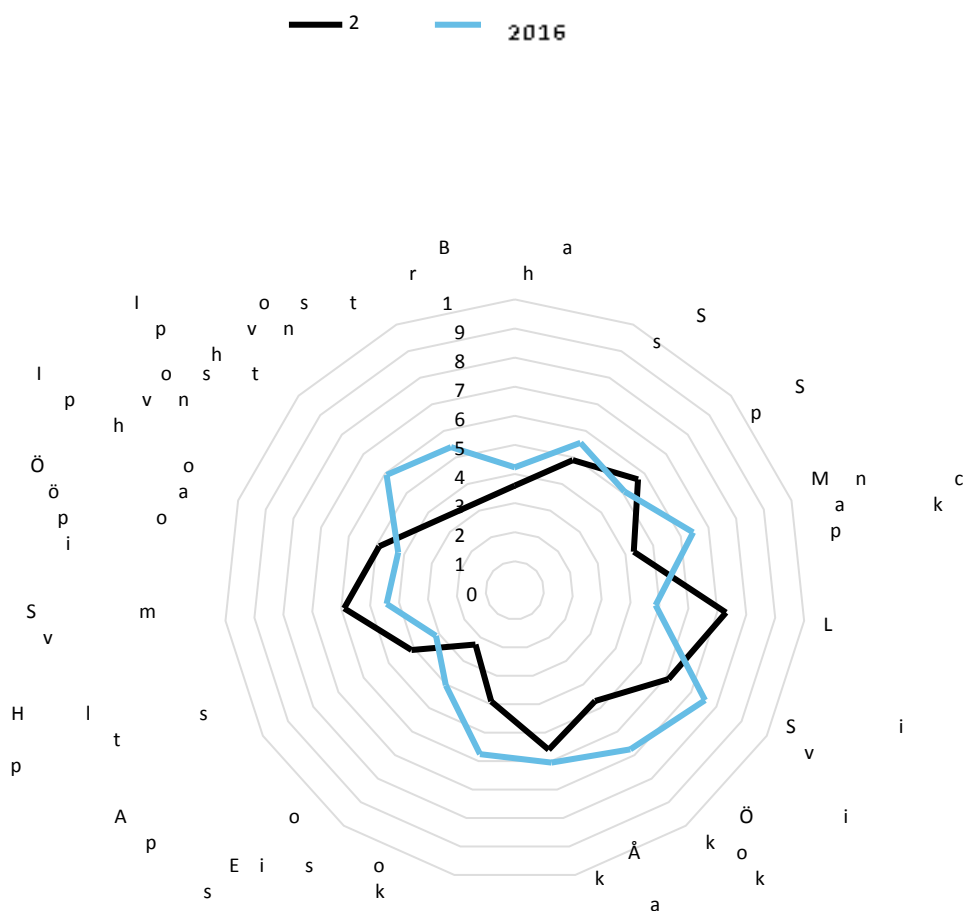
Data från 2016 inrapporterade till vården i siffror. Resultat anges per 100 vårdplatser.

	RJH	Riket
Utlokaliserade patienter i somatisk slutenv	0,4	1,7
Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar	7,8	10,4
Överbeläggningar Sluten somatisk vård	2,7	4,1

Regionen uppvisar goda resultat i jämförelse med riket trots ökad användning av bemanningsföretag och periodvisa reduceringar av vårdplatser. I avvikelserapportering och i verksamhetsområdenas patientsäkerhetsberättelser kommenteras detta som en patientsäkerhetsrisk.

8.4 Patientsäkerhetskultur

Patientsäkerhetskulturmätningen som genomfördes 2016 visar på bättre resultat i alla dimensioner utom två där resultatet är lika jämfört med patientsäkerhetskulturmätningen 2014. Resultatet redovisas i dimensioner enligt spindeldiagram nedan.



Högsta ledningens stöd låg lågt 2014 men har nu förbättrats med 9 %, likaså har benägenhet att rapportera avvikelser har förbättrats.

För den dimension som följs upp i regionens årsbokslut kring *lärandeorganisation* var resultatet 49 % 2016 och har höjts från 43 % 2014.

Analys

Att totala resultatet förbättrats kan bland annat förklaras av att flera områdesledningarna tagit aktiv del i verksamheternas patientsäkerhetsdiskussioner för att fånga upp personalens syn på vad som är viktigt ur patientsäkerhetsperspektiv samt att det inom flera områden formades patientsäkerhetsforum.

8.5 Avvikelser

8.5.1 Avvikelser inom Region Jämtland Härjedalen

Under 2016 rapporterades 4259 avvikelser. Antalet avvikelser ligger på samma nivå som åren 2015 (4420 st.) och 2014 (4136 st.).

57 % av avvikelserna rör patient och vård.

Antalet avvikelser inom de olika områdena visar på viss variation mellan åren 2015 och 2016. Område akutvård och område HIM (hud, infektion, medicin) har den största minskningen av antalet rapporterade avvikelser medan område ortopedi har ökat sin rapportering mest.

De vanligaste sammanhangen rör omvårdnad, medicinsk vård och dokumentation. Den vanligaste bidragande orsaken är brister i procedurer, rutiner och riktlinjer. Vanligaste åtgärden är att ta upp avvikelserna på ett möte ex. APT.

Det är angett i 746 (17 %) avvikelserapporter att patienten kommit till skada (lidande, lätt, svår eller dödlig). Det är en ökning med 18 % jämfört med 2015. Antalet lätt skada och lidande har ökat mest. Störst procentuell ökning har dödlig skada som ökat med 41 % jämfört med 2015 (2015: 17 dödlig skada, 2016: 24 dödlig skador).

Analys

27 % av avvikelserna är inte klassificerade av handläggare för år 2016 vilket gör att det är svårt att ta fram fullständig och tillförlitlig statistik. Avvikelsehanteringen upplevs som otillfredsställande av handläggarna framförallt på grund av ett omständligt handlägningsförfarande samt prestandaproblem i systemstödet (Centuri). Ett förbättringsarbete med fokus på att effektivisera avvikelsehanteringen och systemstödet har pågått under hela 2016 och beräknas bli klart under 2017.

Dödlig patientskada: 24 skador klassificerades som dödlig under 2016. 60 % av dessa var suicidhändelser. Inget samband kan ses i de övriga händelserna. Fler män än kvinnor hade enligt avvikelserapporter drabbats av dödlig skada. M

Majoriteten av suicidhändelserna utgjordes av män vilket kan förklara att det var fler män i patientgruppen med dödlig skada. Lex Maria anmälningar gjordes i samtliga fall där suicidhändelsen inträffade vid pågående vårdkontakt.

Svår patientskada: 33 skador klassificerades som svåra under 2016. Händelserna fördelar sig jämt mellan män och kvinnor. Missad eller fördröjd diagnos/behandling var den vanligaste orsaken (14 händelser) följt av trycksår (4 händelser) och fall (4 händelser). I ett flertal händelser gjordes Lex Maria anmälning och händelseanalys. Andra åtgärder var nya eller reviderade rutiner samt information/utbildning. Sannolikhet för upprepning bedömdes som liten eller mycket liten i de flesta händelserna.

Lätt patientskada: 200 skador klassificerades som lätta under 2016. Den enskilt vanligaste orsaken till lätt patientskada var en fallhändelse. 67 patienter drabbades av en lätt skada efter en fallhändelse. Fallhändelserna är ofta obevittnade och har skett när patienten själv klivit upp ur sängen för att ex. gå till toaletten.

Under 2016 har drygt 200 rapporter inkommit som klassificerats som bemanningsrelaterade varav ett flertal hänvisar till patientsäkerhetsrisker.

8.5.2 Avvikelser mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner

Region Jämtland Härjedalen skickade under året 92 avvikelser till länets kommuner vilket ligger i nivå med tidigare år. Hälften av dessa skickades till Östersunds kommun där flertalet handlade om trycksår.

Länets kommuner skickade 234 avvikelser till Region Jämtland Härjedalen, ingen ökning har skett jämfört med år 2015. Mer än hälften av avvikelserna skickades från MAS i Östersunds kommun. Vanliga orsaker var händelser i vårdens övergångar ex. rörande vårdplanering och läkemedel.

8.6 Markörbaserad journalgranskning

Område patientsäkerhet har sedan andra halvan av 2015 genomfört de regionövergripande slumpmässiga journalgranskningarna. För 2016 ska 276 slumpmässiga journaler granskas. Av dessa har under 2016 hittills 258 granskningar genomförts, 104 män och 154 kvinnor. Av de 258 granskade journalerna fann man 35 patienter med skador. Detta innebär att i 13 % (22 % 2015) av våra vårdtillfällen skadas en patient vilket är klart mindre än 2015. Andelen vårdskador (undvikbara skador) ligger på 9 %, vilket också är en klar minskning jämfört med 2015 när 17 % fick en vårdskada. Resultat för riket gällande skador är 12 % för samma period. Andel vårdskador för riket är inte tillgängligt.

Av de 35 patienter som skadades i vården hade varje patient i snitt 1,05 skada vilket är en förbättring jämfört med 2014 (1,3) och 2015 1,26).

Område Patientsäkerhet

De vanligaste skadorna är blåsöverfyllnad (43 %), fall (16 %), trycksår (14 %) och postoperativa sårinfektioner (14 %). Av de granskade journalerna för 2015-2016 har inga skador orsakat permanent skada eller patientens död.

Område barn genomför sina egna slumpmässiga journalgranskningar och där har 12 granskningar genomförts 2016. Inga barn som skadades.

Analys

Mätning av skadenivån inom somatisk slutenvård med hjälp av strukturerad journalgranskning ingick i överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet under perioden 2012 – 2014. För att kunna följa den långsiktiga effekten av överenskommelserna har mätningarna fortsatt och är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet.

En jämförelse med riket för tiden 1 januari 2016 – 30 november 2016 visade att andelen skador var 12 % för riket och för Region Jämtland Härjedalen 13 % (29 % 2014 och 22 % 2015). Detta innebär att andelen skador inom Region Jämtland Härjedalen nu ligger i nivå med riket i övrigt.

Av de 258 granskade journalerna fann man 35 patienter (13 %) med skador. Detta innebär att i 13 % av våra vårdtillfällen skadas en patient vilket är klart mindre än 2015.

Kvinnor står för den dominerade andelen vårdskador men andelen granskade journaler överväger för kvinnor.

Tidigare år återfanns den största skadegruppen inom vårdrelaterade infektioner (VRI) men detta gäller inte för 2016 då den största andelen gällde blåsöverfyllnad.

För att minska blåsöverfyllnad initierades olika förbättringsarbeten och en workshop anordnades för att medarbetarna skulle få lära sig mer om blåsöverfyllnad och dess konsekvenser.

Om man tittar på vårdrelaterade infektioner utifrån Infektionsverket (nationell databas vid antibiotikaförskrivning) har 30-35 patienter den senaste månaden drabbats av någon form av vårdrelaterad infektion.

8.7 Vårdrelaterade infektioner

Resultaten från årets punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner, (VRI) förekomst bland patienter i slutet somatisk vård landade på 8,7 %, resultatet för 2015 var 8,1 %. Mätresultaten varierade över året med 6,4 % som lägsta och 10,8 % som högsta värde.

Liksom föregående år visar årets resultat att VRI är något vanligare hos män, 9,2 %, kvinnor 8,2 %.

Vanligast förekommande diagnosgrupper/infektionsfokus är lunginflammation, urinvägsinfektion och hud och sårinfektioner. 2016 drabbades 38 patienter av urinvägsinfektion och 40 patienter av lunginflammation vilket är i nivå som föregående år. Diagnosen hud och sårinfektioner har ökat från 32 infektioner 2015 till 40 infektioner 2016, 38 av dessa är registrerade som postoperativa sårinfektioner. Glädjande är att primär sepsis har minskat från 16 infektioner 2015 till 9 infektioner 2016.

8.7.1 Basala hygienrutiner

God följsamhet till basala hygien rutiner är en viktig komponent för att förebygga vårdrelaterade infektioner. I den nationella mätningen av korrekt följsamhet till BHK var nivå för riket 75,6 %, Region Jämtland Härjedalen nådde endast 72,5 %, vilket är oförändrat från 2015 då resultatet 20 var 73 %.

Flera verksamhetsområden följer BHK över året, exempelvis används måltavlor, daglig styrning och fokusveckor samt att man har flera mättillfällen under året där resultaten tas på APT eller andra lämpliga forum.

8.7.2 Hygienronder

Under året har 15 vårdhygieniska konsultronder genomförts. Dessa fördelades mellan sjukhuset, hälsocentraler och särskilda boenden (SÄBO) i kommunerna. Resultaten från ronderna sammanställdes och sändes ut till respektive enhet med råd och förslag till förbättringsåtgärder. Några av förslagen till förbättringar gäller ex. handhavande av sterila instrument, förbättringar gällande förrådshållning av förbrukningsmaterial, optimal följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Analys

Andelen VRI har legat inom samma nivå de senaste åren.

Punktprevalens mätning innebär att förekomst av VRI kontrolleras 1 gång per månad och även om månadsvisa mätningar ger en fingervisning om förekomsten behövs ett mätverktyg som visar resultat mer frekvent och kontinuerligt över tid. Infektionsverktyget ger, när det implementerats helt med elektronisk läkemedelslista i Cosmic, möjlighet till sådan uppföljning.

Under året har inga regionövergripande VRI-förebyggande insatser gjorts. Endast ett fåtal av verksamhetsområdena nämner i VRI arbete i sin egenkontroll i underlagen till patientsäkerhetsberättelsen. Det VRI-förebyggande arbetet bör under kommande år få ökad uppmärksamhet inom alla nivåer av vården.

8.8 Vårdprevention

Undernäring, fall, trycksår och munhälsa sammanfattas vanligen i begreppet Vårdprevention, områdena ingår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Vårdavdelningarna inom specialiserade vården, en psykiatrisk avdelning samt Närvårdsavdelningen i Strömsund rapporterar i registret.

Vid jämförelse mellan 2015 och 2016 framgår att antalet registreringar i Senior Alert i stort sett är på samma nivå under de senaste åren, 4181 (2015) och 4146 (2016).

Båda åren har andelen kvinnor varit drygt 52 % av de registrerade patienterna.

Avseende patienter med risk för fall var det båda åren 54 %, och trycksår 16 %, medan andelen med risk för undernäring var 53 % (2015) och 49 % (2016).

Antalet patienter som fått en munhälsabedömning ökade 2016 jämfört med 2015 (1122/737). Av dessa framgår att nästan alla konstaterats ha risk för munohälsa.

Exempel från verksamheterna på hur resultaten används till förbättringsarbete är att avvikelser inom dessa områden analyseras av specialistsjuksköterska och återförs till medarbetarna i proaktivt syfte. Något område har svarat att de utbildat undersköterskor i screening och dokumentation. Ett av svaren har varit att kraften använts att öka registrering i kvalitetsregistret.

8.8.1 Trycksår

Punktprevalensmätning för trycksår genomförs en gång per år. Patienterna granskas efter om de har trycksår, vilka förebyggande åtgärder de har fått och bedöms efter risk för trycksår. Trycksåren delas in i fyra kategorier, där kategori 1 är minst skadlig och kategori 4 mest skadlig.

	Region Jämtland Härjedalen	Riket
Patienter med trycksår i slutenvård	13,5 %	13,2 %
Patienter i slutenvård med trycksår kategori 2-4	6,7 %	6,8 %
Patienter med ökad risk för trycksår som fått minst två av tre rekommenderade åtgärder.	62,5 %	60,3 %
Patienter med risk för trycksår som har minst ett trycksår inom kategori 2 – 4	25 %	19,7 %

Mätningen för 2016 visar att Region Jämtland Härjedalen inte avviker från riksgenomsnittet i tre av fyra parametrar. En högre förekomst av trycksår i kategori 2-4 kan ses hos patienter med känd risk för att utveckla trycksår. Siffrorna måste dock tolkas med en viss försiktighet då resultatet är baserat på endast en mätning.

8.8.2 Fallhändelser

En fallhändelse sker då en patient oavsiktligt hamnar på golvet, oavsett om en skada inträffar eller inte. Det är vanligt att fall inträffar under vårdtiden på sjukhus,

särskilt bland äldre patienter och hos patienter med diagnoserna stroke, demens och höftfraktur. Fallen är dessutom ofta när patienten är ensam och främst vid förflyttningar till eller från säng och stol, gång och toalettbesök. Fall som inträffar på sjukhus kan både leda till skador och till förlängd vårdtid.

Enligt avvikelserapporter är fallhändelser den enskilt vanligaste orsaken till skador av lättare karaktär hos patienter som vårdas inom regionen. Fall är dessutom den näst vanligaste orsaken till svåra patientskador i samband med vård.

Även i markörbaserad journalgranskning har flera fallhändelser uppmärksamats.

Analys

Resultaten i Senior Alert visar en liten förbättring avseende undernäring medan trycksår och fall ligger kvar på samma nivå. Trycksår är en vårdskada som orsakar stort lidande för patienten. Det medför dessutom en hög kostnad för vården. Nästan alla trycksår går att förebygga men det krävs ett långsiktigt systematiskt arbete. Fall är oftast obevitnade och kan leda till svår skada och förlängd sjukhusvistelse. Den samlade forskningen visar att flera åtgärder bör sättas in samtidigt och bör utgå från individens behov. Evidens finns för att fallprevention ger effekt i slutenvården. Teambaserat, multiprofessionellt och multifaktoriell individanpassad fallprevention kan ge en 30-60% reduktion av antal fall. Ökade preventiva insatser krävs för att minska förekomsten av fall och trycksår.

8.9 Läkemedel

8.9.1 Läkemedelshantering

Antalet avvikelser inom *Patient och Vård, Läkemedel* var 297, vilket är nivå med föregående år. Dessa handlar övervägande om administrering (40 %) och ordination (36 %).

Andel patienter som får utskrivningsbesked inkl. läkemedelsberättelse varierar stort mellan kliniker, några har inte kommit igång med arbetet medan andra kliniker rapporterar att 85 – 100 % av patienterna får utskrivningsinformation.

Det har genomförts 18 kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering med besök på enheter. Kvalitetsgranskning har inte kunnat utföras utifrån verksamhetsbehov då arbetet med COSMIC tar mer resurser från läkemedelsteamet än vad planerats för. För att kompensera resursbristen för granskningar, har försök gjorts med enkäter för egenkontroll. Svarsfrekvensen var dock mycket låg, endast 35 %. Resultaten från genomförda granskningar och de inkomna enkätsvaren visar på att det finns ett kunskapsbehov kring läkemedelshantering för att säkra god patientsäkerhet.

Under året har rutiner för narkotikahantering varit i fokus med anledning av inkomna avvikelserapporter. Det har resulterat i att nya rutiner har tagits fram, och stor vikt på dessa lagts vid informations- och utbildningstillfällen.

Analys

Bristande läkemedelshantering är ett riskområde som bland annat beror på hög personalomsättning och svårigheter att bemanna med ordinarie personal.

Återkommande personliga granskningsbesök ger möjlighet till utbildning och information. Under 2017 planeras för ökat granskningsarbete.

8.10 Allvarliga vårdskador (lex Maria)

Under 2016 anmäldes från Region Jämtland Härjedalen sammanlagt 37 ärenden med inträffad eller risk för allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Antalet ärenden med allvarlig vårdskada var 32 och antalet ärenden med risk för allvarlig vårdskada var 5. Antalet ärenden har ökat jämfört med 2015 då 32 ärenden anmäldes till IVO. Trendkurva visar en svag ökning av antalet ärenden över tid.

I de beslut som inkommit 2016 så har den totala tiden från händelse till beslut från IVO varit i medeltal 6,7 månader.

När ärendet avslutas innebär det att IVO har bedömt att vårdgivaren har uppfyllt Patientsäkerhetslagen avseende krav på anmälningsskyldighet, innefattande krav på utredning och vidtagna eller planerade åtgärder när det förelegat en risk för eller inträffat en allvarlig vårdskada.

Den vanligaste grunden för allvarlig vårdskada är att de vårdåtgärder som vidtogs var bristande, dvs. inte helt korrekta eller otillräckliga.

Under 2016 var 18 av de beslutade lex Maria-anmälningar händelser med dödlig utgång, varav 14 fall var självmord. Psykiatri var huvudansvarig för utredning i 8 fall och primärvården i 6 fall.

Av resterande 24 ärenden som anmäls 2016 som risk för eller allvarlig vårdskada avser 3 ärenden fördröjd diagnos av elakartad tumörsjukdom (jmf 8 ärenden 2015).

Exempel på förbättringsåtgärder som blivit resultat av vårdskadeutredningarna under 2015-2016 är:

- Rutiner/implementering avseende behandling och uppföljning av hypertoni
- Diabetes typ 1 med syraförgiftning, förbättring av diagnostik - blodketonmätning på akutmottagning och alla HC, uppdatering av vårdprogram kring diabetes för vuxna och Zamsynsdokument för barn och ungdomar med nyupptäckt diabetes
- Triagering i primärvården
- Akutmottagning - teamarbete, traumaomhändertagande
- Suicidpreventivt arbete
- Sårvård i länet - gemensamt uppdrag region - och alla kommuner
- Samverkan och ansvarsfördelning vid vård av ortopedbarn på BUM
- Ökad säkerhet vid transfusion av blod/blodprodukter
- Införande av uppföljning av vitalparametrar, MEOWS inom förlossning/BB
- Övergripande rutin för inskolning av bemanningssjuksköterskor
- Regionövergripande vårdprogram vid tromboflebit, där koppling mellan tromboflebit/trombos samt uteslutande av djup ventrombos tydliggörs

Analys

Antalet lex Maria-ärenden 2016 visar en ökning och det ses nu en svag ökning av antalet anmälningar över tid. Det tolkas som en ökad rapportering och inte en ökad förekomst av allvarliga vårdskador. Antalet vårdskador minskar såväl i regionen som nationellt och andelen undvikbara skador som leder till bestående skada eller bidrog till patientens död ökar inte. Antalet anmälda allvarliga vårdskador svarar inte mot den faktiska förekomsten utan det föreligger en betydande underrapportering. En försiktig uppskattning är att det är cirka 10 % av de allvarliga vårdskadorna som anmäls utifrån resultaten i den markörbaserade journalgranskningen på nationell nivå.

En generell iakttagelse i samband med utredningarna är att dokumentation är bristfällig och är ett fortsatt förbättringsområde som kommer att integreras i den vidare utvecklingen av patientjournalssystemet Cosmic.

Vikten av att involvera patient och närstående är ett förbättringsområde som fortsatt behöver utvecklas.

13 anmälningar gällde suicid (inom område psykiatri 8 och inom primärvård 5) vilket är en fortsatt ökning. Resultatet av utredningarna 2016 har påvisat liknande brister som tidigare i säkerhet inom psykiatrisk slutenvård och brister i det suicidpreventiva arbetet inom regionen. Det ställer krav på ett fortsatt regionövergripande arbete med suicidprevention.

Under 2016 var det 3 ärenden som handlade om fördröjd diagnos av elakartad tumörsjukdom (jmf 8 ärenden 2015). Denna minskning kan vara slumpmässig men är intressant att följa parallellt med införande av standardiserade vårdförlopp vid cancer.

När det gäller bakomliggande orsaker är fördelningen mellan de fem områdena 2016 samma som för hela perioden 2012-2016. Det kan tala för att de förbättringsåtgärder som vidtas inte får den effekt som eftersträvas. Ett fortsatt arbete med att utveckla händelseanalyser behövs såväl lokalt som i samverkan på nationell nivå. Metodiken måste utvecklas för att få fram den information som bidrar till effektiva förbättringar.

Diagnostiska problem och misstag har kommit allt mer i fokus inom patientsäkerheten såväl nationellt som internationellt och vi ser motsvarande i våra utredningar.

Förbättringsområde på vårdgivarnivå är att följa och analysera effekterna av åtgärder som beslutas om i samband med utredningar av allvarliga vårdskador.

Under 2017 planeras uppföljningsmöten i varje enskilt fall av allvarlig vårdskada 6-8 månader efter att anmälan är gjord. Former för lärande och spridning av resultat har diskuterats under 2016. Det har resulterat i strukturella förändringar med möjlighet att regelbundet återkoppla resultat och åtgärder på makro-nivå till förvaltningsledning.

8.11 Klagomål och synpunkter från patienter

Under 2016 har det registrerats ca 100 klagomål gällande patient och det ligger i samma nivå som de senaste åren. Det föreligger en betydande underrapportering till avvikelshanteringssystemet. En förklaring som ges är att synpunkter och klagomål tas emot och åtgärdas men att avvikelserapport inte skrivs enligt gällande regionrutin. I patientsäkerhetsberättelserna från områdena anges att synpunkter och klagomål gäller bemötande, tillgänglighet, information och kommunikation t ex i samband med inskrivning/utskrivning och vårdplaneringar. Inom område ortopedi testas ett nytt arbetssätt för att snabbt hantera klagomål genom att områdeschefen har tid avsatt för att samtal med patienter som har synpunkter och klagomål varje vecka.

8.12 Enskildas klagomål från IVO

Under 2016 mottog regionen 40 enskildas klagomål från IVO med begäran om underlag för utredning i form av journalkopior och yttranden samt redovisning av vårdgivarens utredningsskyldighet. Därutöver har IVO begärt kopior på journalhandlingar i 3 ärenden där annan vårdgivare har varit anmäld. Antalet ärenden har ökat jämfört med 2014- 2015 ärenden och närmar sig antalet ärenden under perioden 2012-2013.

Under 2016 fördelar sig klagomålen avseende somatisk sjukhusvård mellan de olika medicinska specialiteterna med relativt fler ärenden inom medicin, kirurgi och ortopedi. Enstaka ärenden finns inom ambulanssjukvård, barn- och ungdomsmedicin, BUP, kvinnosjukvård, ÖNH och röntgen.

Regionen har fått beslut i sammanlagt 37 ärenden under året och att kritik riktats mot vårdgivaren i totalt 11 ärenden varav kritik mot vårdgivaren i 8 fall och kritik mot enskild hälso- och sjukvårdspersonal i 3 fall. 22 ärenden är för närvarande under handläggning vid IVO varav 2 ärenden kvarstår från 2012 och 2013.

I 6 av klagomålen som inkommit från IVO 2016 har det påbörjats lex Maria-utredningar parallellt med att IVO utreder ärendena. I ett fall har lex Maria-anmälan initierats till följd av det enskilda klagomålet. I övriga fem fall har enskilt klagomål lämnats under pågående eller efter avslutad lex Maria-utredning.

Kritik på vårdgivarnivå i de ärenden från perioden 2015-2016 som avslutats 2016 omfattar bl. a brister i information till patient och närstående, brister i egenkontroll, bristfällig dokumentation vid telefonrådgivning och vid förskrivning av läkemedel samt utebliven uppföljning av avvikande cellprov.

8.13 Patientnämndsärenden

Under 2016 har 583 ärenden till patientnämnden inkommit. Detta är en ökning med 61 ärenden jmf med 2015. Ser man på ärenden som patientnämnden handlagt

sedan 2009 så är trenden uppåtgående Största andelen ärenden handlar om vård och behandling och kommunikation.

Analysen från patientnämnden visade att patienter upplever brister avseende kontinuitet, att tillgängligheten är dålig och att stafettläkärsystemet ibland ger upphov till brister i vården. Många ärenden belyser att patienter upplever att de blir "bollade fram och tillbaka" och att man efterlyser en koordinator som driver och bevakar. Det är oklart för patienten vem som ansvarar för vad. Vårdplaner saknas och i de fall det finns upprättade vårdplaner brister det i ibland i kommunikation och information mellan vårdgivare och patient. Det bör beaktas att det är särskilt angeläget att patientgrupper som av naturliga skäl har svårt att föra sin egen talan eller har komplexa vårdbehov får den vård de behöver på ett enkelt sätt. Otydlighet i kommunikation och bristande tillgänglighet beskrivs ofta av patienter och närstående.

Ytterligare information återfinns i patientnämndens årsberättelse.

8.14 Patientförsäkringen LÖF

227 ärenden har under 2016 inkommit till vår gemensamma patientförsäkring LÖF. Många ärenden är decenniegamla och innehållet i dessa händelser säger därför inte så mycket om det aktuella läget inom vården. Antalet ökade fram till 2013 men har sedan dess legat relativt konstant på mellan 200 och 300. Knappt 40 % får en ersättning av LÖF (30-43% de senaste fem åren).

8.15 Sammanfattning resultat och analys

Måluppfyllelsen i handlingsplanen bedöms som relativt god i fyra av fem målområden.

Patientsäkerhetskulturmätning 2016 visar ett något förbättrat resultat i ett flertal parametrar jämfört med 2014. Faktorer som bidragit till förbättrat resultat är ökat och synligt engagemang från högsta ledningen inom flera verksamheter. Införandet av daglig styrning med återföring och kommunikation av avvikelser har bidragit till en ökad sammantagen säkerhetsmedvetenhet.

Vårdskadorna inom regionen har minskat men ligger fortfarande något högre än övriga landet. Riskområden som identifieras är förekomst av frekventa vårdskador i form av blåsöverfyllnad, VRI, trycksår och fall. Återkommande bakomliggande orsaksområden vid vårdskadeutredningar är brister i informationsöverföring och bristande dokumentation.

Förekomsten av allvarliga vårdskador har inte ökat men antalet lex Maria-anmälningar har ökat under 2016 vilket ses som ett resultat av ökad uppmärksamhet, medvetenhet och rapportering.

Upprepade signaler från verksamheterna om att avvikelshanteringen upplevs som otillfredsställande av handläggarna framförallt på grund av ett omständligt

handläggningsförfarande samt prestandaproblem i systemstödet visar på tydliga förbättringsbehov vilket kan vara en förklaring till att 27 % av avvikelserna inte är klassificerade av handläggare för år 2016. Effektiva rutiner för avvikelserapportering är nödvändigt för förbättringsarbete och ökad säkerhet i en organisation.

Situationen inom vården med personalbrist och hög personalomsättning leder till att erfarenhetskunskapen minskar och informations- och utbildningsbehovet ökar. Behovsanpassade, genomarbetade och kontinuerligt återkommande kunskaps- och kompetensutvecklingsprogram behövs för att stärka patientsäkerheten.

Verksamheterna beskriver olika exempel på patienternas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet. Patientmedverkan stärker patientsäkerheten och ger vårdgivaren kunskap om förbättringsbehov utifrån patientperspektivet.

9 Åtgärder nästkommande år

I den övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet 2017-2019 anges som övergripande mål att andel vårdskador ska minskas. Patientsäkerhetskulturen ska förbättras och bli högre. Åtgärder ska vidtas för att minska vårdrelaterade infektioner, andel NEWS ska öka, andel åtgärder utifrån riskbedömningar för trycksår, fall, undernäring och munhälsa ska öka, andel patienter som får läkemedelsberättelse vid utskrivning från slutenvården ska öka, andel patienter som vid besök fått enkel läkemedelsgenomgång.

Den markörbaserade journalgranskningen kommer att utökas i omfattning inom specialiserad somatisk vård. Det kommer att ge ett bättre underlag för att följa vårdskadeförekomsten över tid inom regionen men också tjäna som underlag för ämnesvisa granskningar inom verksamheterna som underlag för åtgärder. Markörbaserad journalgranskning har påbörjats inom barn- och ungdomsmedicin och kommer att påbörjas inom vuxenpsykiatri under 2017.

Under våren 2017 ska ett förslag till plan för breddinförande av metoden Gröna korset presenteras för förvaltningsledningen vilket bedöms vara en viktig och effektiv metod att förbättra patientsäkerhetskulturen. I samma syfte kommer nya former för patientsäkerhetsdialoger och patientsäkerhetsronder att testas.

Åtgärder för att vidare analysera och åtgärda de inom regionen frekvent förekommande vårdskadorna planeras. Arbetet med att minska blåsoverfyllnad fortsätter utifrån påbörjade insatser under 2016. En minskning av förekomsten trycksår är ett prioriterat område och där planeras en gapanalys av totala vården av trycksår i länet tillsammans med kommunerna och utifrån analysens resultat ska åtgärder föreslås och prioriteras på makro-, meso- och mikronivå. För att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner sker dels en fortsatt implementering av infektionsverktyget och dels på motsvarande sätt som för trycksår ska en regionövergripande analys göras för att få underlag för prioritering av förbättringsåtgärder.

En översyn av arbetsprocess med registrering och analys av data från kvalitetsregistret Senior Alert planeras. Målsättningen är att registreringen

Område Patientsäkerhet

förbättras, att förebyggande åtgärder vidtas i det patientnära arbetet i högre omfattning och att underlag för aggregerade analyser av vårdskador nyttjas systematiskt.

Ny version uppgraderad version av Centuri avvikelssystem planeras införas under 2017. Arbetet om förenkling och förbättring av hantering som startade under 2016 fullföljs 2017.

Socialstyrelsens nya föreskrift "Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete" förväntas träda i kraft under 2017. Det kommer att påverka regionens arbetsprocesser kring bland annat vårdskadeutredningar och ett arbete för anpassning till föreskrifterna kommer att ske under året.

Klagomålsutredningens förslag gått vidare som lagrådsremiss med tänkt ikraftträdande 1/1 2018. Den nya lagen kommer ställa förändrade och utökade krav på vårdgivarens ansvar för att hantera klagomål från patienter och kommer att kräva ett regionövergripande förberedelsearbete under 2017.

Förutom att arbeta för att fler patienter får utskrivningsberättelse och enkel läkemedelsgenomgång så kommer det ske fler kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering och en utveckling av klinisk farmaci.

Under våren uppgraderas COSMIC till R8.1, vilket framför allt innebär en helt ny läkemedelsmodul. Det medför bland annat att alla läkemedel behöver överföras manuellt till nya modulen. För att bibehålla patientsäkerheten är det viktigt att patienternas läkemedelslista är komplett. Alla patientens läkemedel ska föras över vid första patientkontakt när läkemedel förändras. Utifrån att det är en stor förändring av läkemedelsmodulen och för att övergången ska bli så smidig som möjlig, kommer samtliga förskrivare att få en central utbildning. Till hösten kommer slutenvården att gå över till elektronisk läkemedelsjournal för inlagda patienter. Det är en stor omställning för verksamheten som kommer att kräva förändring av de dagliga rutinerna samt en stor utbildningsinsats.

Hälsovalsuppföljning inom primärvården kommer att ske med fokus på patientsäkerhet 2017.



10

Utvärdering av regionstyrelsens
uppsiktsplikt 2016
RS/2361/2016

2017-02-08

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

RS/2361/2016

Utvärdering av regionstyrelsens uppsiktsplikt 2016

Ärendebeskrivning

Enligt kommunallagen (KL) 6 kap. 1§ ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i.

Under 2016 har regionstyrelsen, vid sina sammanträden, haft dialog med följande bolag:

- Jämtland Härjedalen Turism
- Almi företagspartner
- Landstingsbostäder AB
- Länstrafiken Jämtland AB

Redovisningarna har fokuserat på ekonomiskt resultat och måluppfyllelse.

Styrelsen har även tagit del av hel- och delårsbokslut från regionala utvecklingsnämnden, vårdvalsnämnden och övriga nämnder, bolag och stiftelser. Utöver detta har styrelsen tagit del av revisionsgranskningar, rapport över vårdvalsnämndens utförd interna kontroll samt sammanträdesprotokoll från nämnder, bolag, föreningar enligt bifogad sammanställning. De rapporter och redovisningar som genomförts har inte föranlett några åtgärder från regionstyrelsens sida.

Regionstyrelsen antog, inför verksamhetsåret 2016, regler för hur uppsiktsplikten ska genomföras. Styrelsen har med anledning av detta genomfört fyra dialoger med bolag i samband med sina sammanträden. Sammanfattningsvis konstateras att styrelsen kan stärka uppsiktsplikten ytterligare genom att även begära in skriftliga rapporter från hel- eller delägda bolag. Styrelsen har med anledning av detta antagit reviderade regler för uppsiktsplikten vid sitt sammanträde 2017-01-24—25.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Information om regionstyrelsens uppsiktsplikt 2016 noteras till protokollet.

Utdrag till

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

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

2016-12-08

RS/2361/2016

Utvärdering av regionstyrelsens uppsiktsplikt 2016

Enligt kommunallagen (KL) 6 kap. 1§ ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i.

Under 2016 har styrelsen, vid sina sammanträden, haft dialog med följande bolag:

- Jämtland Härjedalen Turism
- Almi företagspartner
- Landstingsbostäder AB
- Länstrafiken Jämtland AB

Redovisningarna har fokuserat på ekonomiskt resultat och måluppfyllelse.

Styrelsen har även tagit del av hel- och delårsbokslut från regionala utvecklingsnämnden, vårdvalsnämnden och övriga nämnder, bolag och stiftelser. Utöver detta har styrelsen tagit del av revisionsgranskningar, rapport över vårdvalsnämndens utförd interna kontroll samt sammanträdesprotokoll från nämnder, bolag, föreningar enligt bifogad sammanställning.

De rapporter och redovisningar som genomförts har inte föranlett några åtgärder från regionstyrelsens sida.

Regionstyrelsen antog, inför verksamhetsåret 2016, regler för hur uppsiktsplikten ska genomföras. Styrelsen har genomfört fyra dialoger med bolag i samband med sina sammanträden. Sammanfattningsvis konstateras att styrelsen kan stärka uppsiktsplikten ytterligare genom att även begära in skriftliga rapporter från hel- eller delägda bolag. Styrelsen har med anledning av detta antagit nya regler för uppsiktsplikten vid sitt sammanträde 2017-01-24—25.



11

Regionstyrelsens uppsiktsplikt 2017

RS/310/2017

2017-02-20

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

RS/310/2017

Regionstyrelsens uppsiktsplikt 2017

Ärendebeskrivning

Enligt kommunallagen (KL), 6 kap. 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunförbund som kommunen eller regionen är medlem i. Lag (2014:573). Enligt antagna regler för regionstyrelsens uppsiktsplikt ska styrelsen varje år upprätta en plan över de nämnder, bolag, stiftelser, föreningar med mera som styrelsen avser att fördjupa sin uppsiktsplikt på.

En sammanställning utifrån de uppföljningar som gjorts tidigare har upprättats. Utifrån den har ett antal bolag, stiftelser, förbund och nämnder valts ut som förslag att ingå som fördjupningsärenden i regionstyrelsens plan för uppsiktsplikt 2017. Dessa är: Stiftelsen Jamtli, Iniera AB, AB Transitio, Länstrafiken, Norrtåg AB, Samordningsförbundet i Jämtlands län, Vårdvalsnämnden och Regionala utvecklingsnämnden.

Regiondirektörens förslag

Under 2017 ska nedanstående bolag, stiftelser, förbund och nämnder ingå som fördjupningsärenden i regionstyrelsens plan för uppsiktsplikt under 2017:

- Stiftelsen Jamtli
- Iniera AB
- AB Transitio
- Länstrafiken
- Norrtåg AB
- Samordningsförbundet i Jämtlands län
- Vårdvalsnämnden
- Regionala utvecklingsnämnden

Utdrag till

Stiftelsen Jamtli, Inera AB, AB Transitio, Länstrafiken, Norrtåg AB, Samordningsförbundet i Jämtlans län, Vårdvalsnämnden och Regionala utvecklingsnämnden.

Samordningskansliet
Sandra Hedman
Tfn: 063 - 147509
E-post: sandra.hedman@regionjh.se

2017-02-15

RS/310/2017

Nämnd/bolag/stiftelse	2015 <i>Rapport och beslut i regionstyrelsen</i>		2016 <i>Redovisning i uppföljningsrapporter samt fyra utvalda för dialog.</i>					
	Beslutsdatum regionstyrelsen	Sammantagen bedömning	Annan uppföljn.	Månads rapport	Delår april	Delår augusti	Bokslut (2015)	Protokoll delges RS
Regionstyrelsen								
Regionala utvecklingsnämnden	RS 2015-09-29, § 30	Nämnden hade bara funnits i åtta månader då granskningen gjordes och rapporten utgick framförallt från delårsbokslut. Sammantaget visade den att nämnden bedriver sin verksamhet i enlighet med fullmäktiges mål. Nämnden kommer att behöva integreras ännu bättre i Region Jämtland Härjedalens styrmodell.	Utskott ekonomi 2 ggr	X	X	X	X	
Vårdvalsnämnden	RS 2015-09-29, § 193	Nämnden hade bara funnits i åtta månader då granskningen gjordes och rapporten utgick framförallt från delårsbokslut. Nämnden visade god måluppfyllelse. Granskningen visade också att ny nämnd har möjliggjort en tydligare styrning för områdena. Regionstyrelsen rekommenderade nämnden att se över sammanträdesplanering	Utskott ekonomi 2 ggr	X	X	X	X	X

Nämnd/bolag/stiftelse	2015 <i>Rapport och beslut i regionstyrelsen</i>		2016 <i>Redovisning i uppföljningsrapporter samt fyra utvalda för dialog.</i>					
	Beslutsdatum regionstyrelsen	Sammantagen bedömning	Annan uppföljn.	Månads rapport	Delår april	Delår augusti	Bokslut (2015)	Protokoll delges RS
		så att tidplan för uppföljning mm följer Region Jämtland Härjedalens styrmodell.						
Patientnämnden	RS 2015-12-08, § 269	Rekommenderas att återredovisa arbetet med införandet av förnyat ärendehanteringssystem i årsredovisning.					X	X
Revisionsnämnden	Ingen uppföljning gjord					X	X	
Gemensam nämnd Frostviken	RS 2015-05-27, § 127	God måloppfyllelse -187 tkr per 2014. Försämring mot 2013.					X	X
Gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel	RS 2015-05-27, § 128	Ingen tydlig koppling till regionstyrelsens mål och RS rekommenderade nämnden att tydligare följa RJHs regler för styrmodell.			X		X	X
Norrlandstingets regionförbund	2015-12-08, § 268	Uppföljning visade att NRFs styrning, planering och uppföljning har en systematik och logik som gör det möjligt för RJH representanter att på ett aktivt sätt kunna delta i NRFs arbete som ger nytta tillbaka för RJH. NRF håller sig inom det uppdrag som anges av förbundsordningen och stämmer väl med det behov av samordning och stöd i regionsjukvård					X	

Nämnd/bolag/stiftelse	2015 <i>Rapport och beslut i regionstyrelsen</i>		2016 <i>Redovisning i uppföljningsrapporter samt fyra utvalda för dialog.</i>					
	Beslutsdatum regionstyrelsen	Sammantagen bedömning	Annan uppföljn.	Månads rapport	Delår april	Delår augusti	Bokslut (2015)	Protokoll delges RS
		som RJH har. NRF följer också upp RCCs arbete liksom andra arbetsgruppers uppdrag på ett strukturerat sätt.						
Samordningsförbundet i Jämtlands län 25 %	Ingen uppföljning gjord						X	
Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag Borgensåttagande	Ingen uppföljning gjord							
Landstingsbostäder i Jämtland AB	2015-09-29, § 30	God måluppfyllelse och en god ekonomi. Uppföljningen visade också att bolaget hade en tydlig styrning.	Muntlig rapport RS nov			X	X	X
Stiftelsen Jamtli 33 %						X	X	
Stiftelsen teknikutbildning i Jämtland Zenit	Ingen uppföljning gjord							
Regionala utvecklingsnämnden								
AB Transito 5 %	2015-11-13, § 172	Rapport visade att bolaget har en stabil ekonomi, ordning och reda och sköter i övrigt sina åtaganden.					X	

Nämnd/bolag/stiftelse	2015 <i>Rapport och beslut i regionstyrelsen</i>		2016 <i>Redovisning i uppföljningsrapporter samt fyra utvalda för dialog.</i>					
	Beslutsdatum regionstyrelsen	Sammantagen bedömning	Annan uppföljn.	Månads rapport	Delår april	Delår augusti	Bokslut (2015)	Protokoll delges RS
Länstrafiken 100 %	2015-11-05, § 222	Trafikutbudet stabilt. Tåtortstrafiken i Östersund och resor på Norrtåg med länstrafikens färdbevis har ökat under perioden januari – augusti i jämförelse med samma period 2014. Bussgods har påbörjat ett åtgärdsarbete för att få resultatet i balans juni 2016. Det ekonomiska resultatet per augusti var 700 tkr. För helåret beräknades ett nollresultat.	Muntlig rapport RS nov			X	X	
Norrtåg AB 25 %	2015-11-05, § 222	Trafikutvecklingen har efter december 2012 varit positiv. I den norra delen bromsas utvecklingstakten av problem med infrastrukturen. För helår prognoserades ett nollresultat.				X	X	
Almi företagspartner Mitt AB 24,5 %	2015-11-05, § 222	Inledningen på 2015 vad gäller verksamheten var positiv och måluppfyllelsen förväntades vara mycket god vid årets slut. Det ekonomiska resultatet per juni 2015 var -671 tkr.	Muntlig rapport RS april			X	X	
Peek region Science Park AB 15 %	2015-11-05, § 222	Inkubatorverksamheten var under 2015 begränsad då					X	

Nämnd/bolag/stiftelse	2015 <i>Rapport och beslut i regionstyrelsen</i>		2016 <i>Redovisning i uppföljningsrapporter samt fyra utvalda för dialog.</i>					
	Beslutsdatum regionstyrelsen	Sammantagen bedömning	Annan uppföljn.	Månads rapport	Delår april	Delår augusti	Bokslut (2015)	Protokoll delges RS
		framtidsinriktningen och ägarförhållandena varit osäkra. För helår 2015 prognoserades ett nollresultat.						
Vattenbrukscentrum Norr AB 20 %	2015-11-05, § 222	Uppmanades att noga följa sitt ekonomiska läge och vidta de åtgärder som går för att nå en ekonomi i balans samt meddela RS per omgående om resultat och prognos per helår 2015 försämrats. Verksamheten hade 2015 för lite tillgång på fisk för att kunna möta upp efterfrågan. Konsekvensen var minskade försäljningsintäkter. Omfattande investeringar har också gjorts av anläggningen.				X	X	
Jämtland Härjedalen Turism ek. förening	Ingen uppföljning gjord		Muntlig rapport RS april				X	
Torsta AB 40 %	2015-11-05, § 222 Även muntlig redovisning	Uppmanades att noga följa sitt ekonomiska läge och vidta de åtgärder som går för att nå en ekonomi i balans samt meddela RS per omgående om resultat och prognos per helår 2015 försämrats. Dras med vikande mjölkpriser.				X	X	

Nämnd/bolag/stiftelse	2015 <i>Rapport och beslut i regionstyrelsen</i>		2016 <i>Redovisning i uppföljningsrapporter samt fyra utvalda för dialog.</i>					
	Beslutsdatum regionstyrelsen	Sammantagen bedömning	Annan uppföljn.	Månads rapport	Delår april	Delår augusti	Bokslut (2015)	Protokoll delges RS
		Investeringar i gårdsbruket behöver göras för att få en effektivare produktion.						
Naboer AB 11,76 %		2015 var ett mellanår. Verksamheten bygger till stora delar på att genomföra projekt och eftersom strukturfonder/Interreg mer eller mindre ligger vilande så har verksamheten varit begränsad.				X	X	
Jämtlandsgården AB	Ingen uppföljning gjord							
Coompanion ek. förening	Ingen uppföljning gjord							
Folkets hus Östersund ek. förening	Ingen uppföljning gjord							
Norrlands nätverk för musikteater och dans. Kommunalförbund	Ingen uppföljning gjord						X	
Kommuninvest	Ingen uppföljning gjord							
Bostadsrättsföreningen Åkerärtan 64 %	Ingen uppföljning gjord						X	
Bostadsrättsföreningen Lugnviks centrum 10 %	Ingen uppföljning gjord						X	
Bostadsrättsföreningen Torvalla 16 %	Ingen uppföljning gjord						X	

Nämnd/bolag/stiftelse	2015 <i>Rapport och beslut i regionstyrelsen</i>		2016 <i>Redovisning i uppföljningsrapporter samt fyra utvalda för dialog.</i>					
	Beslutsdatum regionstyrelsen	Sammantagen bedömning	Annan uppföljn.	Månads rapport	Delår april	Delår augusti	Bokslut (2015)	Protokoll delges RS
Inera AB 4,5 – 4,7 %	Ingen uppföljning gjord							
Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg	Ingen uppföljning gjord							
AERs generalförsamling	Ingen uppföljning gjord							
Stiftelsen för näringslivet i Jämtland Härjedalen	Ingen uppföljning gjord							
Nationell samverkansgrupp för utveckling och insyn av Rett Center	Ingen uppföljning gjord							



12

Regionstyrelsens plan för intern kontroll
2017

RS/1989/2016

2016-11-14

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

RS/1989/2016

Regionstyrelsens plan för intern kontroll 2017

Ärendebeskrivning

För ett landsting finns lagkrav på intern kontroll (Kommunallagen). Enligt kommunallagen ska styrelsen och nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig. Ytterst handlar det om att säkerställa att verksamheten uppfyller de mål och de krav som ställs. En systematisk riskhantering är ett viktigt instrument för att säkerställa uppfyllandet av mål och förväntningar.

Enligt gällande reglemente för intern kontroll vid Region Jämtland Härjedalen ska regionstyrelsen årligen besluta om en plan för intern kontroll.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens plan för intern kontroll 2017 antas.

I Tjänsten

Ingela Jönsson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

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

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

2017-01-03

RS/1989/2016

Regionstyrelsens plan för intern kontroll 2017

Risk	Konsekvens	Metod	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)	Ansvarig	Rapportering
Fakturaportalen – hantering av fakturor sker inte i tid	Påminnelseavgifter, inkassoavgifter	Upprätta rapport på kostnadsställesnivå för uppföljning av fakturahantering	32	Ekonomidirektör	RS 30-31 maj RS 7-8 nov
Attesteringsregistervård – ej överensstämmande register med systemattestering	Felaktiga attesterare finns	Upprätta rutin för uppdatering av attesteringsregister	32	Ekonomidirektör	RS 30-31 maj RS 7-8 nov
Tidplan löner – ej i tid	Krävs manuell hantering. Personella och ekonomiska skador	Strama upp hanteringen kring löner så all dokumentation finns inför lönekörningar	32	Ekonomidirektör	RS 30-31 maj RS 7-8 nov

Risk	Konsekvens	Metod	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)	Ansvarig	Rapportering
Uppföljning politiska beslut	Politiska slut genomförs/ genomförs inte	Genomgång av beslutsprotokoll	32	Regionstabschef	RS 30-31 maj RS 7-8 nov
Delegationsbestämmelser	Felaktiga beslut fattas.	Följ upp fattade delegationsbeslut och kontrollera delegat mot bestämmelser – se över delegationsbestämmelser	32	Regionstabschef	RS 30-31 maj RS 7-8 nov



13

Uppdrag till regionstyrelsens utskott 2017

RS/158/2017

2017-02-20

Samordningskansliet

Sandra Hedman

Tfn:

E-post: sandra.hedman@regionjh.se

RS/158/2017

Uppdrag till regionstyrelsens utskott 2017

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har på sitt sammanträde den 7 december 2016, § 219, beslutat om verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017. Den innehåller regionstyrelsens framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden samt ett antal aktiva mål. De aktiva målen och framgångsfaktorerna är de prioriteringar regionstyrelsen ska arbeta med under 2017 för att verkställa det övergripande uppdraget från regionfullmäktige.

I arbetet att verkställa regionfullmäktiges uppdrag finns för regionstyrelsen tre utskott; utskottet för ekonomi, utskottet för personal och utskottet för hälso- och sjukvård. Utskottens uppgifter finns beskrivna i regionstyrelsens reglemente. I de allmänna uppgifterna ingår bland annat att inom respektive arbetsområde jobba med fördjupning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden, framtidsbevakning och analys av långsiktiga utvecklingsområden. En viktig utgångspunkt för de frågor som utskotten ska arbeta med är de övergripande mål som finns fastställda i regionplan och i regionstyrelsens verksamhetsplan.

En rapport har upprättats med förslag på vilka utvecklingsområden i regionstyrelsens verksamhetsplan som respektive utskott ska arbeta med under året. Syftet med det är att tydliggöra för utskotten vilka områden de ska fördjupa sig inom för att stödja styrelsens arbete att verkställa sina prioriteringar för året. Parallellt med de uppdrag styrelsen fördelar har också alla tre utskott upprättat egna årsplaneringar. Årsplaneringarna visar hur utskottens ska lägga upp sitt arbete och vilka frågor de själva valt att fokusera mer på. Utskottens arbete kommer löpande att följas upp under året och sedan slutredovisas i en rapport efter årets slut.

Regiondirektörens förslag

1. Föreslagna uppdrag till regionstyrelsens utskott för 2017 fastställs enligt rapport.
2. Upprättade årsplaneringar för år 2017 för utskottet för ekonomi, utskottet för personal och utskottet för hälso- och sjukvård godkänns.

Utdrag till

Regionstyrelsens utskott

Rapport om uppdrag till regionstyrelsens utskott 2017

SAMMANFATTNING

För arbetet att verkställa regionfullmäktiges uppdrag finns för regionstyrelsen tre utskott; utskottet för ekonomi, utskottet för personal och utskottet för hälso- och sjukvård. Regionstyrelsen har inför 2017 föreslagit ett antal utvecklingsområden från sin verksamhetsplan som respektive utskott ska arbeta med under året.

Alla tre utskott har parallellt med styrelsens arbete med att föreslå uppdrag också upprättat förslag till egna årsplaneringar. Syftet med årsplaneringarna är att utifrån uppdragen från styrelsen tydliggöra hur de ska lägga upp sitt arbete för året och vilka områden de ska fokusera på. Utskottens arbete kommer löpande att följas upp under året och sedan slutredovisas i en rapport efter årets slut.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1UTSKOTTENS UPPGIFTER	3
2UPPDRAG TILL UTSKOTTET FÖR EKONOMI	3
2.1 Uppdrag	3
2.2 Fokusområden.....	4
3UPPDRAG TILL UTSKOTTET FÖR PERSONAL	4
3.1 Uppdrag	4
3.2 Fokusområden.....	5
4UTSKOTTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	5
4.1 Uppdrag	6
4.2 Fokusområden.....	7

1 UTSKOTTENS UPPGIFTER

Regionstyrelsen har tre utskott; utskott för ekonomi, utskottet för personal och utskottet för hälso- och sjukvård. Enligt regionstyrelsens reglemente har utskotten som uppgift att inom respektive utskotts ansvarsområde arbeta med:

- Fördjupning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden,
- framtidsbevakning och analys av långsiktiga utvecklingsområden,
- inspel till planeringsförutsättningar, regionplanen och till styrelsens verksamhetsplan,
- uppföljning av regionens långsiktiga utvecklingsplaner,
- uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan,
- frågor om värdegrund och Region Jämtland Härjedalens värdegrundsarbete,
- jämställdhets- och jämlikhetsfrågor och
- behovsanalys.

Utskotten ska bereda ärenden till regionstyrelsen. Ett utskott kan även själv väcka ärenden inom sitt område.

En viktig utgångspunkt för de frågor som utskottet ska arbeta med är de övergripande mål som finns fastställda i regionplanen och i styrelsens verksamhetsplaner.

2 UPPDRAG TILL UTSKOTTET FÖR EKONOMI

Enligt reglementet ska utskottet för ekonomi utöver de allmänna uppgifterna arbeta med:

- Frågor om ekonomi- och finans,
- strategiska investeringar och
- frågor om upphandling.

2.1 Uppdrag

De mål i regionstyrelsens verksamhetsplan som rör utskottet för ekonomi handlar främst om mål inom områden verksamhetsresultat. Inför 2017 har följande mål pekats ut av regionstyrelsen som uppdrag för utskottet att arbeta närmare med:

Strategiskt mål: God ekonomisk hushållning

- Bevaka och vidta ytterligare åtgärder för att uppnå målen i finansplanen.

Strategiskt mål: Långsiktigt hållbar verksamhet

- Ekonomiskt hållbart definierar Region Jämtland Härjedalen som god ekonomisk hushållning.

Strategiskt mål: Effektiva processer

- Inköp ska göras ur ett hållbarhetsperspektiv som prioriterar hänsyn till miljö och hälsa.
- Socialt ansvar ska beaktas vid upphandling av tjänster och produkter.

Strategiskt mål: Fördjupat arbete för att minska kostnader och öka intäkter

- Verkställa åtgärdsplanen i långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning.
- Verkställa åtgärdsplan efter 20151111.
- Verkställa regionstyrelsens beslut februari 2016 om åtgärder.

2.2 Fokusområden

Utskottet för ekonomi har för 2017 valt ut tre områden att fokusera närmare på;

- Region Jämtland Härjedalens ekonomi,
- Fastighetsutvecklingsplan och
- Frågor om upphandling.

3 UPPDRAG TILL UTSKOTTET FÖR PERSONAL

Enligt reglementet ska Utskottet för personal utöver de övergripande ansvarsområdena arbeta med:

- Långsiktiga personalpolitiska utvecklings- och inriktningsfrågor samt strategier,
- långsiktig övergripande kompetensförsörjning för Region Jämtland Härjedalens verksamhet inklusive planering av generella och riktade kompetensförsörjningsinsatser,
- tillämpningsföreskrifter för personalpolitiken utifrån fullmäktiges beslut,
- lönepolitik,
- arbetsmiljö, inklusive företagshälsovård och
- chefs- och ledarskap.

Utskottet ska vara avstämningsgrupp för lokala kollektivavtal.

3.1 Uppdrag

De mål i regionstyrelsens verksamhetsplan som rör utskottet för personal handlar främst om mål inom områden medarbetare. Inför 2017 har följande mål pekats ut av regionstyrelsen som uppdrag för utskottet att arbeta närmare med:

Attraktiv arbetsgivare

- Tydliggöra förväntningar på chefer i organisationen ger förutsättningar till ett gott ledarskap
- Vägledande för arbetsorganisationen ska vara att varje medarbetares kompetens används fullt ut. Alla ska synas och få återkoppling och vid behov stöd
- Region Jämtland Härjedalen ska vara en attraktiv arbetsgivare för både kvinnor och män
- Alla medarbetare ska arbeta utifrån ett tydligt fokus på vilka Region Jämtland Härjedalen är till för, d.v.s. patienter, kunder och brukare

- Region Jämtland Härjedalen ska vara en hälsofrämjande arbetsplats med goda anställningsvillkor och tillgång till hälsofrämjande insatser
- Modellen för arbetsvärdering ska följas upp ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv

En god arbetsmiljö

- Mångfald, i betydelsen inkludering, prioriteras i såväl den inre organisationen som samverkan mellan förvaltningar är en nödvändighet för kompetensförsörjningen

Kompetensutveckling och karriärvägar

- Utveckla chefsrollen och etablera chefsnätverk
- Alla medarbetare ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan
- Arbetsgivaren ska ta tillvara såväl kvinnliga som manliga medarbetare som har intresse av ledarskap
- Karriärvägar för alla yrkeskategorier ska finnas samt möjlighet till utveckling genom utbildning

En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov

- Inventera kommande kompetensförsörjningsbehov. Framåtsyftande kompetensförsörjning med hänsyn tagen till befolkningens behov av vård
- Region Jämtland Härjedalen är en god förebild för elever och studenter inom olika vårdutbildningar
- Aktivt arbeta för att studenter blir framtida medarbetare
- Olikheter bland medarbetarna ska värdesättas genom att inkludera medarbetare från t.ex. andra länder och kulturer

Minskade sjuktal för Region Jämtland Härjedalens medarbetare

- Region Jämtland Härjedalen ska tillsammans med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan med flera arbeta med ett långsiktigt utvecklingsarbete för att minska den höga andelen sjukskrivna
- Arbeta utifrån långsiktig plan för minskade sjukskrivningar

3.2 Fokusområden

Utskottet för personal har för 2017 valt att fördjupa sig i fem områden:

- tydliggöra förväntningar på chefer i organisationen,
- följa upp modellen för arbetsvärdering ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv,
- inventera kommande kompetensförsörjningsbehov samt arbeta med ett långsiktigt utvecklingsarbete för att minska den höga andelen sjukskrivna.

4 UTSKOTTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Enligt reglementet ska utskottet för hälso- och sjukvård utöver de allmänna uppgifterna för utskotten arbeta med:

- Hälso- och sjukvård,

- frågor om samarbete med kommunerna,
- sjukresor,
- flyktingmottagande och
- särskilt utsatta patientgrupper.

4.1 Uppdrag

De mål i regionstyrelsens verksamhetsplan som rör utskottet för hälso- och sjukvård handlar främst om mål inom områdena samhälle och patient. Inför 2017 har följande mål pekats ut av regionstyrelsen som uppdrag för utskottet att arbeta närmare med:

Förbättrad psykisk hälsa (samhälle)

- Följa upp det suicidpreventiva arbetet i myndighetssamverkan för att uppnå målet om en nollvision vad gäller självmord.
- Högre grad av samarbete och samarbete med andra särskilt skolan.

Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård för minskade sjukskrivningstal (samhälle)

- Ungdomsmottagningarna och Barn- och ungdomspsykiatri ska samarbeta med kommunernas elevhälsa förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.
- Tillsammans med kommunerna analysera resultat från hälsosamtal i skolan, med syfte att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar.

Patientsäker jämlik och jämställd vård av god kvalitet efter behov (patient)

- Utveckla samarbete mellan primärvården, psykiatri och specialiserade somatiska vårderna för att tidigt identifiera riskpersoner för suicid.

Region Jämtland Härjedalens vård ska så långt möjligt ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt (patient)

- Inom Region Jämtland Härjedalen och tillsammans med kommunerna utveckla nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar.
- Stöd ska ges till anhöriga som ger vårdande insatser i hemmet.
- Informera vårdsökande att använda 1177 vårdguidens webbplats: 1177.se med tillhörande e-tjänster (fd MVK).

Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper. (patient)

- I samarbete med kommunerna erbjuda nyanlända en hälso- och sjukvård utifrån deras behov.
- Samarbetet mellan kommunerna och Region JH bör prioritera gemensamt agerande när det gäller barn, unga, äldre och utsatta grupper. I samarbetet ingår familjecentraler, elevhälsa, ungdomsmottagningar och missbruksvård.

Bättre bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor

- Utveckla analys och styrning utifrån resultat av patientenkäter eller andra källor för patienters erfarenheter/synpunkter.
- Förbättra kommunikation med patient med hänsyn tagen till individens behov av t.ex. tolk, skriftlig information om behandling, behov av teckenspråk, punktskrift.

Öka patientinflytande

- Öka patientmedverkan genom bland annat deltagande i förbättringsarbeten och i upprättandet av standardiserade vårdförlopp.
- Arbeta för ett mer personcentrerat arbetssätt genom individanpassad information och använda personens egna resurser dvs vad denne kan göra själv.
- Journal på nätet ska införas under 2017.

4.2 Fokusområden

Utskottet för hälso- och sjukvård har valt ut följande fokusområden för år 2017:

- Följa arbetet med genomlysning av område kirurgi, ögon och öron
- Aktuell flyktingsituation
- Samverkan med kommuner avseende:
 - Områden gällande personer med funktionsnedsättning
 - Den specialiserade vården (bla juridik)
 - Elevhälsan, språk och logopedi (via återkoppling från Barnarenan)

Årsplanering 2017 för utskottet för ekonomi

Innehållsförteckning

REGLEMENTE	3
MÅL I REGIONSTYRELSENS VERKSAMHETSPLAN	3
UTPEKADE FOKUSOMRÅDEN	4
Sammanträdesplanering (uppdateras eftersom)	6

Reglemente

Enligt regionstyrelsens reglemente har utskotten som uppgift att inom respektive utskotts ansvarsområde arbeta med:

- Fördjupning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden,
- framtidsbevakning och analys av långsiktiga utvecklingsområden,
- inspel till planeringsförutsättningar, regionplanen och till styrelsens verksamhetsplan,
- uppföljning av regionens långsiktiga utvecklingsplaner,
- uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan,
- frågor om värdegrund och Region Jämtland Härjedalens värdegrundsarbete,
- jämställdhets- och jämlikhetsfrågor och
- behovsanalys.

Utöver de allmänna uppgifterna ska utskottet för ekonomi arbeta med:

- Frågor om ekonomi- och finans,
- strategiska investeringar och
- frågor om upphandling.

En viktig utgångspunkt för de frågor som utskottet ska arbeta med är också de övergripande mål som finns fastställda i regionplanen och i regionstyrelsens verksamhetsplan.

Utskotten ska bereda ärenden till regionstyrelsen. Ett utskott kan även själv väcka ärenden inom sitt område.

Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan

De mål i regionstyrelsens verksamhetsplan som rör utskottet för ekonomi handlar främst om mål inom områden verksamhetsresultat. Inför 2017 har följande mål pekats ut av regionstyrelsen som uppdrag för utskottet att arbeta närmare med:

Strategiskt mål: God ekonomisk hushållning

- Bevaka och vidta ytterligare åtgärder för att uppnå målen i finansplanen.

Strategiskt mål: Långsiktigt hållbar verksamhet

- Ekonomiskt hållbart definierar Region Jämtland Härjedalen som god ekonomisk hushållning.

Strategiskt mål: Effektiva processer

- Inköp ska göras ur ett hållbarhetsperspektiv som prioriterar hänsyn till miljö och hälsa.
- Socialt ansvar ska beaktas vid upphandling av tjänster och produkter.

Strategiskt mål: Fördjupat arbete för att minska kostnader och öka intäkter

- Verkställ åtgärdspaketen i långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning.

- Verkställa åtgärdsplan efter 20151111.
- Verkställa regionstyrelsens beslut februari 2016 om åtgärder.

Utpekade fokusområden

Utskottet för ekonomi kommer under 2017 att fokusera sitt arbete på tre områden; *Region Jämtland Härjedalens ekonomi*, *Fastighetsutvecklingsplan* och *Frågor om upphandling*. Fördjupningen inom de tre områdena kommer bland annat att ske genom återkommande rapporter, uppföljningar, ingående redovisningar och dialoger med verksamhetsföreträdare. Även inspel till planeringsförutsättningar, framtidsbevakning och omvärldsbevakning ska ingå i arbetet, särskilt genom att titta på goda exempel. Viktiga planeringsdokument i utskottets fördjupningsarbete är också OECD rapporten om regional utveckling och rapporten "Läget i länet".

I arbetet med fokusområdena ingår att särskilt bevaka uppdragen från regionstyrelsen men utöver det ingår för de tre fokusområdena också följande frågor:

Som en del i fokusområdet ekonomi;

- Budgetförutsättningar 2018 och Omfördelning i budget.
- Större strategiska investeringar
- Upplåning.
- Följa utredning om kostnadsutjämning.
- Sjukresor i ett ekonomiskt perspektiv.
- Uppföljning av Regionala utvecklingsnämnden (inkl. kollektivtrafik) och Vårdvalsnämnden.
- Ansvarsförbindelse vad gäller pensionssystemet.

Som en del i fokusområdet upphandling;

- Avtalsbevakning
- Avrapportering inköpsråd (enklare rapport)

Som en del i fokusområdet Fastighetsutvecklingsplan;

- Sjukhus 2025
- Större strategiska investeringar

UKE möten/kallelse**20 januari****21 feb****16 mars****28 april****22 maj****17 aug****20 sept****18 okt****6 dec**

Inspel till strat. mål i regionplan och finansplan

Uppföljning av ekonomin 2016

Uppföljning av ekonomin 2016 och arbete med resultatförbättrande åtgärder för att nå mål i finansplan, avrapportering nämnder

M.rapport

M.rapport

Tertialrapport

M.rapport

Delårsbokslut

M.rapport

Följa och driva på arbetet med åtgärdspaketen i LUP ekonomi samt bevaka och vidta ytterligare åtgärder

Investeringar – bevakning och åtgärder

Arbeta med inspel till planeringsförutsättningar

Arbeta med omvärldsbevakning och framtidsspaning till planeringsförutsättningar

Inköp – bevakning och åtgärder

Fastighetsutvecklingsplan

SAMMANTRÄDESPLANERING 2017 (UPPDATERAS EFTERSOM)

Möte	Information/Diskussion (avslutas med summering)	Beslut (utifrån färdigberedda underlag)
20 jan	- Aktuellt läge – ekonomi - Telefoni/Växeln, rutiner för avbokning av besök mm. - Finansfrågor, Kommuninvest, Upplåning/skuldförvaltning - Finansiering av köksinvestering - Rapport från inköpsråd - Avtalsbevakning	- Årsplanering
21 feb	- Bemanningsprojektet (halvdag) - Fastighetsutvecklingsplan (halvdag) För regionstyrelsen (ordinarie, ersättare och politiska sekreterare), fullmäktiges presidium, regionala utvecklingsnämndens presidium, vårdvalsnämndens presidium, tf. regiondirektör, förvaltningschefer och hälso- och sjukvårdsförvaltningen områdeschefer.	- Beslut om inriktning utifrån information/diskussion om bemanningsprojekt och fastighetsutvecklingsplan.
16 mars	- Budgetförutsättningar 2018/omfördelning av budget. För regionstyrelsen (ordinarie, ersättare och politiska sekreterare), fullmäktiges presidium, regionala utvecklingsnämndens presidium, vårdvalsnämndens presidium, tf. regiondirektör och förvaltningschefer.	- Synpunkter/Inspel utifrån föreslagna mål i regionplan och finansplan. - Beslut om inriktning utifrån diskussion om budgetförutsättningar 2018/omfördelning av budget.
28 april	- Aktuellt läge - ekonomi - Månadsrapport - Avrapportering RUN, VVN - Investeringar - prioriteringar för investeringar 2018, större strategiska investeringar. - Pensionssystem - Upplåning	- Inspel till regionplan och finansplan.

Möte	Information/Diskussion (avslutas med summering)	Beslut (utifrån färdigberedda underlag)
22 maj	- Aktuellt läge - ekonomi - Tertialrapport - Rapport från inköpsråd - Omvärldsbevakning och planeringsförutsättningar - Riktade statsbidrag - Lägesrapport finansförvaltning	- Sammanträdestider 2018
17 aug	- Aktuellt läge - ekonomi - Månadsrapport - Kollektivtrafik - Rapport från investeringsråd - Upphandling	
20 sept	- Aktuellt läge - ekonomi - Delårsbokslut - Budgetdialog med områdeschefer och förvaltningschefer om aktuellt ekonomiskt läge och förutsättningar inför budget 2018.	
18 oktober	- Aktuellt läge - ekonomi - KPP (enklare rapport) - Fastighetsutvecklingsplan	- Inspel till regionstyrelsens verksamhetsplan
6 dec	- Aktuellt läge - ekonomi - Månadsrapport - Utvärdering RUN, VVN - Utvärdering av utskottets arbete under 2017, kopplat till uppdrag, arbetsplanering mm.	- Inspel till planeringsförutsättningar



Årsplanering 2017 - Utskottet för personal

Version: 1

Beslutsinstans:



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	<i>Utskottet för personal 2017-02-23, § x</i>



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR	4
1.1	Reglemente	4
1.2	Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan	4
1.3	Sammanträdesplanering (fylls på under året)	6

1 PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

1.1 Reglemente

Enligt Regionstyrelsens reglemente har utskotten som uppgift att inom respektive utskotts ansvarsområde arbeta med:

Utskotten har som uppgift att inom respektive utskottets ansvarsområde arbeta med:

- Fördjupning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden,
- framtidsbevakning och analys av långsiktiga utvecklingsområden,
- inspel till planeringsförutsättningar, regionplanen och till styrelsens verksamhetsplan,
- uppföljning av regionens långsiktiga utvecklingsplaner,
- uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan,
- frågor om värdegrund och Region Jämtland Härjedalens värdegrundsarbete,
- jämställdhets- och jämlikhetsfrågor och
- behovsanalys.

Utskotten ska bereda ärenden till regionstyrelsen. Ett utskott kan även själv väcka ärenden inom sitt område.

En viktig utgångspunkt för de frågor som utskottet ska arbeta med är de övergripande mål som finns fastställda i regionplanen och i styrelsens verksamhetsplaner.

Utskottet för personal ska utöver de övergripande ansvarsområdena arbeta med:

- Långsiktiga personalpolitiska utvecklings- och inriktningsfrågor samt strategier,
- långsiktig övergripande kompetensförsörjning för Region Jämtland Härjedalens verksamhet inklusive planering av generella och riktade kompetensförsörjningsinsatser,
- tillämpningsföreskrifter för personalpolitiken utifrån fullmäktiges beslut,
- lönepolitik,
- arbetsmiljö, inklusive företagshälsovård och
- chefs- och ledarskap.

Utskottet ska vara avstämningsgrupp för lokala kollektivavtal.

1.2 Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan

Strategiska mål i regionstyrelsens verksamhetsplan som rör Utskottet för personal är:

Attraktiv arbetsgivare

- Tydliggöra förväntningar på chefer i organisationen ger förutsättningar till ett gott ledarskap

- Region Jämtland Härjedalen ska vara en attraktiv arbetsgivare för både kvinnor och män
- Region Jämtland Härjedalen ska vara en hälsofrämjande arbetsplats med goda anställningsvillkor och tillgång till hälsofrämjande insatser
- Modellen för arbetsvärdering ska följas upp ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv

En god arbetsmiljö

- Mångfald, i betydelsen inkludering, prioriteras i såväl den inre organisationen som samverkan mellan förvaltningar är en nödvändighet för kompetensförsörjningen

Kompetensutveckling och karriärvägar

- Utveckla chefsrollen och etablera chefsnätverk
- Alla medarbetare ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan
- Arbetsgivaren ska ta tillvara såväl kvinnliga som manliga medarbetare som har intresse av ledarskap
- Karriärvägar för alla yrkeskategorier ska finnas samt möjlighet till utveckling genom utbildning

En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov

- Inventera kommande kompetensförsörjningsbehov. Framåtsyftande kompetensförsörjning med hänsyn tagen till befolkningens behov av vård
- Region Jämtland Härjedalen är en god förebild för elever och studenter inom olika vårdutbildningar
- Aktivt arbeta för att studenter blir framtida medarbetare
- Olikheter bland medarbetarna ska värdesättas genom att inkludera medarbetare från t.ex. andra länder och kulturer

Minska sjukfrånvaron för Region Jämtland Härjedalens medarbetare

- Region Jämtland Härjedalen ska tillsammans med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan med flera arbeta med ett långsiktigt utvecklingsarbete för att minska den höga andelen sjukskrivna
- Arbeta utifrån långsiktig plan för minskade sjukskrivningar

1.3 Sammanträdesplanering (fylls på under året)

Möte	Information/ärenden	Ansvarig
17 januari 13:00 – 17:00	- Årsplanering - Arbetstidsmodell/arbetstider - Modell för arbetsvärdering inkl. omvärldsbevakning. (Hur gör andra landsting) - Kartläggning akuten – redovisning - Uppföljning sjukfrånvaro - Bemanning	
22 februari 13:00 – 17:00	- Ledarutvecklingsprogram - Kartläggning chefernas förutsättningar - Personalbokslut - Bemanningsprojekt - Etablering - Arbetsmiljö	Kerstin Norrbin
17 mars 13:00 – 17:00	- Modell för specialisttjänster – uppföljning - Attraktiv arbetsgivare - Etablering	
13 april 08:30 – 12:00	- Uppföljning sjukfrånvaro - Bemanningsprojekt - Arbetsmiljö	
1-2 juni 08:00 – 17:00		
25 augusti 13:00 – 17:00	- Etablering	
25 september 13:00 – 17:00	- Uppföljning sjukfrånvaro - Attraktiv arbetsgivare - Bemanningsprojekt	
31 oktober 13:00 – 17:00	- Arbetsmiljö	
5 december 13:00 – 17:00	- Uppföljning sjukfrånvaro - Etablering	

Årsplanering 2017 utskottet för hälso - och sjukvård

Version: 1

Beslutsinstans: Utskottet för hälso – och sjukvård



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	2017-01-23	Nyutgåva	Utskottet för hälso – och sjukvård 2017-01-23

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR.....	4
1.1	Reglemente	4
1.2	Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan	4
1.3	Uttekade fokusområden 2017	7
1.4	Sammanträdesplanering	7

1 PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

1.1 Reglemente

Enligt regionstyrelsens reglemente har utskotten som uppgift att inom respektive utskottets ansvarsområde arbeta med:

- Fördjupning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden,
- framtidsbevakning och analys av långsiktiga utvecklingsområden,
- inspel till planeringsförutsättningar, regionplanen och till styrelsens verksamhetsplan,
- uppföljning av regionens långsiktiga utvecklingsplaner,
- uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan,
- frågor om värdegrund och Region Jämtland Härjedalens värdegrundsarbete,
- jämställdhets- och jämlikhetsfrågor och
- behovsanalys.

Utskotten ska bereda ärenden till regionstyrelsen. Ett utskott kan även själv väcka ärenden inom sitt område.

En viktig utgångspunkt för de frågor som utskottet ska arbeta med är de övergripande mål som finns fastställda i regionplanen och i styrelsens verksamhetsplaner.

Utskottet ska utöver de allmänna uppgifterna för utskotten arbeta med:

- Hälso- och sjukvård,
- frågor om samarbete med kommunerna,
- sjukresor,
- flyktingmottagande och
- särskilt utsatta patientgrupper.

1.2 Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan

Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan som rör utskottet för hälso – och sjukvård är främst mål som finns under målområdena samhälle och patient men även under mål verksamhetsresultat.

I utskottets uppdrag ingår att hålla regionstyrelsen informerad om pågående arbete och när det är aktuellt bereda ärenden till styrelsen för beslut. Utskotten har enligt regionstyrelsens reglemente också rätt att själva väcka ärenden inom sitt område.

Utskottet för hälso- och sjukvård ska arbeta närmare med följande utvecklingsområden i regionstyrelsens verksamhetsplan 2017:

Samhälle

Strategiskt mål: Integration genomsyrar hela det regionala utvecklingsarbetet

- ✓ Samordna och bygga upp medicinsk-, kultur- och psykologisk/psykiatrisk kompetens inom området genom utbildning av personal samt utarbeta hållbara rutiner med övriga aktörer i arbetet med flyktingmottagande.
- ✓ Arbeta fram en lokal modell för hur Region Jämtland Härjedalen kan hjälpa sjukvårdsutbildade personer som söker asyl eller fått uppehållstillstånd att få praktikplats eller ett arbete inom hälso- och sjukvården, får sin utbildning validerad och få sin legitimation.

Strategiskt mål: Förbättrad psykisk hälsa

- ✓ Utveckla behandlingsmetoder och förebyggande insatser för psykisk hälsa.
- ✓ Utveckla samverkan med Norge, Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns landsting om stärkt psykisk hälsa bland samer.
- ✓ Följa upp det suicidpreventiva arbetet i myndighetssamverkan för att uppnå målet om en nollvision vad gäller självmord.
- ✓ Högre grad av samarbete och samarbete med andra särskilt skolan.

Strategiskt mål: Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård för minskade sjukskrivningstal

- ✓ Utveckla rutiner för upptäckt av barn och unga som utsätts eller riskerar att utsättas för psykiskt och fysiskt förtryck.
- ✓ Ungdomsmottagningarna och Barn- och ungdomspsykiatri ska samarbeta med kommunernas elevhälsa förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.
- ✓ Tillsammans med kommunerna analysera resultat från hälsosamtal i skolan, med syfte att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar.
- ✓ Kartlägga verksamhetens behov för att uppfylla barnkonventionen, och den kommande lagen.

Patient

Strategiskt mål: Patientsäker jämlik och jämställd vård av god kvalitet efter behov

- ✓ Vården ska följas upp med könssuppdelad statistik och resultaten analyseras. Eventuella omotiverade skillnader och/eller likheter mellan män, kvinnor, flickor och pojkar avseende tillgång till vård, behandling, behandlingsresultat och bemötande ska åtgärdas. Åtgärderna ska följas upp för att säkerställa att åtgärderna ledde till en jämställd och jämlik vård.
- ✓ Tandhälsan för barn är ett prioriterat område. Där är det viktigt med samarbete mellan BVC och folktandvård för att stärka det förebyggande arbetet.

- ✓ Andel patienter med behov av samordning från olika instanser som har en samordnad individuell plan ska öka jämfört med 2016.
- ✓ Fortsatt arbete inom Ledningskraft för att beakta de äldre och multisjukas behov av vård och kontinuitet i denna. Tillgång till specialistkompetens och teamresurser är viktigt för dessa grupper. Implementering av närvårdsteam ska följas.
- ✓ Utveckla samarbete mellan primärvården, psykiatri och specialiserade somatiska vårderna för att tidigt identifiera riskpersoner för suicid.
- ✓ Identifiera behov av vårdnivå hos personer som ofta söker akut vård.

Strategiskt mål: Region Jämtland Härjedalens vård ska så långt möjligt ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt

- ✓ Inom Region Jämtland Härjedalen och tillsammans med kommunerna utveckla nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar.
- ✓ Stöd ska ges till anhöriga som ger vårdande insatser i hemmet.
- ✓ Informera vårdsökande att använda 1177 vårdguidens webbplats: 1177.se med tillhörande e-tjänster (fd MVK).

Strategiskt mål: Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper.

- ✓ I samarbete med kommunerna erbjuda nyanlända en hälso- och sjukvård utifrån deras behov.
- ✓ Samarbetet mellan kommunerna och Region JH bör prioritera gemensamt agerande när det gäller barn, unga, äldre och utsatta grupper. I samarbetet ingår familjecentraler, elevhälsa, ungdomsmottagningar och missbruksvård.

Strategiskt mål: Bättre bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor

- ✓ Utveckla analys och styrning utifrån resultat av patientenkäter eller andra källor för patienters erfarenheter/synpunkter.
- ✓ Förbättra kommunikation med patient med hänsyn tagen till individens behov av t.ex. tolk, skriftlig information om behandling, behov av teckenspråk, punktskrift

Strategiskt mål: Öka patientinflytande

- ✓ Öka patienters medverkan och inflytande genom bland annat deltagande i förbättringsarbeten och brukarråd samt i upprättandet av standardiserade vårdförlopp.
- ✓ Arbeta för ett mer personcentrerat arbetssätt genom individanpassad information och använda personens egna resurser inklusive vad denne kan göra själv i form av egenvård.
- ✓ Journal på nätet ska införas under 2017.

Verksamhetsresultat

Strategiskt mål: Effektiva processer

- ✓ Förbättra resultaten avseende tillgänglighet till vård genom systematiskt arbete med produktions- och kapacitetsplanering, förhållningssätt enligt Lean och standardiserade arbetssätt, t.ex. SVF.

1.3 Utpekade fokusområden 2017

- Följa arbetet med genomlysning av område kirurgi, ögon och öron
- Aktuell flyktingsituation
- Samverkan med kommuner avseende:
 - Områden gällande personer med funktionsnedsättning
 - Den specialiserade vården (bla juridik)
 - Elevhälsan, språk och logopedi (via återkoppling från Barnarenan)

1.4 Sammanträdesplanering

Sammanträde	Ämnesområde	Föredragande
23 januari	- Uppföljning genomlysning av område kirurgi, ögon och öron - SIP samordnad individuell plan - Beslut utskottet årsplanering	Lisbet Gibson Anna-Kerstin Lejonklou
7 mars	- Aktuell flyktingsituation - Samverkan kommuner - Återkoppling från Barnarenan - Uppföljning suicidpreventivt arbete	Anna Frisk Carsten Dencker
4 april	- Uppföljning genomlysning av område kirurgi, ögon och öron - Betalansvarslagen	Lisbet Gibson
16 maj	- Aktuell flyktingsituation - Samverkan kommuner: - Områden gällande personer med funktionsnedsättning - Specialiserad vård	Anna Frisk
4 september	- Uppföljning genomlysning av område kirurgi, ögon och öron - Samverkan kommuner - Återkoppling från Barnarenan	Lisbet Gibson Carsten Dencker
2 oktober	- Aktuell flyktingsituation - Samverkan kommuner: - Områden gällande personer med funktionsnedsättning - Specialiserad vård	Anna Frisk
6 november	Uppföljning genomlysning av område kirurgi, ögon och öron	Lisbet Gibson

Sammanträde	Ämnesområde	Föredragande
	och öron	
11 december	- Aktuell flyktingsituation - Samverkan kommuner - Återkoppling från Barnarenan	Anna Frisk Carsten Dencker



14

Svar på remiss Ökad insyn i välfärden, SOU

2016:62

RS/2120/2016

2017-02-24

Samordningskansliet
Sanna Othman
Tfn: 063-147586
E-post: sanna.othman@regionjh.se

RS/2120/2016

Remissyttrande - Ökad insyn i välfärden, SOU 2016:62

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har av Socialdepartementet beretts tillfälle att avge yttrande över Remiss, Ökad insyn i välfärden, SOU 2016:62.

Utredningens uppdrag har varit att lämna förslag om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i privat utförd, offentligt finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning. Utgångspunkten har varit att finna former för ett genomförande som inte onödigtvis ökar administrationen för utförarna inom vård, skola och omsorg. Ytterligare en utgångspunkt är att patienternas, barnens, elevernas och andra brukares integritet ska skyddas.

Region Jämtland Härjedalen lämnar synpunkter endast på de delar av utredningens förslag som har anknytning till regionens verksamhet, nämligen privata utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Region Jämtland Härjedalen ser positivt på de ändringar som föreslagits i arbetet med översynen av rättsområdet. Region Jämtland Härjedalen tillstyrker därför utredningens förslag men gör bedömningen att vissa delar kräver förtydliganden utöver dem som föreslagits.

Ett remissvar har utarbetats inom samordningskansliet. Svar på remissen ska lämnas till Socialdepartementet senast 20 februari. Då regionstyrelsen har sitt sammanträde 28/2-1/3 har Region Jämtland Härjedalen begärt förlängd svarstid till senast 2 mars.

Regiondirektörens förslag

1. Svar på remiss, Ökad insyn i välfärden, SOU 2016:62, enligt upprättat förslag daterad 2017-02-23 antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf. Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Sanna Othman

Sanna Othman
Samordningskansliet
Tfn: 063-14 75 86
E-post: sanna.othman@regionjh.se

Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Svar på remiss - Ökad insyn i välfärden, SOU 2016:62, Dnr S2016/06178/FS

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen har av Socialdepartementet beretts tillfälle att avge yttrande över Remiss, Ökad insyn i välfärden, SOU 2016:62. Region Jämtland Härjedalen lämnar synpunkter endast på de delar av utredningens förslag som har anknytning till regionens verksamhet, nämligen privata utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Region Jämtland Härjedalen ser positivt på de ändringar som föreslagits i arbetet med översynen av rättsområdet. Region Jämtland Härjedalen tillstyrker därför utredningens förslag om införande av offentlighetsprincipen för privat utförd, offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Region Jämtland Härjedalen tillstyrker dessutom förslaget att meddelarskydd införs för anställda och uppdragstagare inom offentligt finansierad, privat utförd hälso- och sjukvård. Ur demokratisynpunkt stärker förslagen medborgarnas rättsliga möjligheter till insyn och kontroll av allmänna medel på ett tillfredställande sätt.

Region Jämtland Härjedalen gör dock bedömningen att vissa delar av förslagen kräver förtydliganden utöver dem som föreslagits.

Region Jämtland Härjedalen anser att det för arkivansvaret behövs tydlighet gällande vilka handlingar hos de privata aktörerna som hör ihop med den offentligt finansierade vården och därmed ska anses som allmänna handlingar enligt OSL.

Region Jämtland Härjedalen vill understryka att utredaren behöver förtydliga omfattningen av merarbete och merkostnader, såväl för privata aktörer som för huvudmän. Merkostnaderna bör analyseras ytterligare och regleras enligt finansieringsprincipen.

Synpunkter

Offentlighetsprincipen samt regler kring hantering av allmänna handlingar är ett omfattande rättsområde som kräver stora insatser för att framför allt sekretessbelagda uppgifter ska hanteras rättssäkert.

Region Jämtland Härjedalen är av uppfattningen att det ur demokratisynpunkt är angeläget att medborgarna får tillgång till information om den offentligt finansierade hälso- och sjukvården på lika villkor oavsett om den utförs i privat eller egenregi.

Utifrån betänkandet anser Region Jämtland Härjedalen att det är svårt att avgöra var gränsen går för vilka privata vårdgivare som omfattas. I kapitel 6:4:1 anges en begränsning till undantag för fysiska personer. Fler av de som arbetar enligt Lagen om fysioterapiersättning (LOF) och Lagen om läkarvårdsersättning (LOL) har enskilda samverkansavtal men delar lokal och personal i ett gemensamt aktiebolag. Det är otydligt om även dessa omfattas av utredningens förslag.

Region Jämtland Härjedalen önskar här ett förtydligande kring vad utredaren räknar som privat hälso- och sjukvård. Ett förtydligande om exempelvis upphandlad medicinsk service (t.ex. labb och röntgen) omfattas av utredningens förslag.

Precis som det framkommer i betänkandet kan flera privata vårdgivare ha en blandad verksamhet dvs. utföra vård i offentlig regi och samtidigt utföra vård privat utan offentlig finansiering. Där kan det komma att bli svårt att göra en avgränsning av vilka handlingar som ska räknas som allmänna handlingar. Dessa privata aktörer kan även få bidrag till verksamheten från t.ex. länsstyrelser och privatpersoner.

Region Jämtland Härjedalen anser vidare att utredaren behöver förtydliga omfattningen av merarbete och merkostnader, såväl för privata aktörer som för huvudmän. Nya krav som ställs i redan ingångna avtal där en merkostnad tillkommer kan anses som en väsentlig skillnad i uppdraget. Att utredaren påtalar möjligheten att välja om man vill kliva av, kan vara lätt i storstäder där det finns ett stort utbud att välja på. Dock är situationen en annan på små orter, där inga andra alternativ finns.

Ökade administrativa krav på de privata vårdgivarna kommer att leda till ökade krav på kompensation från huvudmännen. Region Jämtland Härjedalens privata utförare i vårdvalet utgörs enbart av små företag och ideella föreningar. Den kompensation de erhåller i Region Jämtland Härjedalen för exempelvis IT, ekonomi- och personaladministrativa system är redan idag bland de högsta i landet. Merkostnaderna bör därför analyseras ytterligare och regleras enligt finansieringsprincipen.

Meddelarskydd

Region Jämtland Härjedalen tillstyrker förslaget att meddelarskydd införs för anställda och uppdragstagare inom offentligt finansierad, privat utförd hälso- och sjukvård.

Arkiv

Region Jämtland Härjedalen har inget att erinra mot utredningens förslag om att landsting/kommun ska vara arkivmyndighet för privata aktörer. Regionen anser dock att det behöver förtydligas vilka handlingar hos de privata aktörerna är att se som allmänna och som arkivmyndigheten ska ansvara för.

Region Jämtland Härjedalen vill uttrycka sin oro för att lagförslaget medför en del i lagen obesvarade frågor gällande arkivansvaret som arkivmyndighet för privata aktörer. Region Jämtland Härjedalen vill även påtala vikten av att man fastställer att privata utförares handlingar såsom ingående i kommunernas, regionernas och landstingens arkivansvar ska omfattas av samma arkivregler som gäller för kommunernas, landstingens och regionens egna handlingar av samma slag.

Region Jämtland Härjedalen vill också nämna lite om tillsynsansvaret som följer med arkivansvaret. Tillsynsansvaret kommer kräva resurser och personal hos landsting och kommuner utöver redan befintliga resurser. Det ställer krav på tydliga nationella riktlinjer som sedan kan kompletteras med lokala anvisningar. Rätten att utöva tillsyn bör lagfästas liksom yttre gränser för hur denna får gå till.

Region Jämtland Härjedalen menar att det är viktigt att det tydliggörs vilka handlingar som kommer att anses som allmänna hos den privata aktören och som arkivmyndigheten ska ansvara för samt hur kostnadsfördelningen ska ske.

Vidare är Region Jämtland Härjedalen av uppfattningen att landstingens och regionernas merkostnader för bland annat arkivering och tillhandhållande av insyn i handlingar behöver förtydligas och kostnadsberäknas och regleras enligt finansieringsprincipen.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Ingela Jönsson
Tf. Regiondirektör



Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

Ökad insyn i välfärden (SOU 2016:62)

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Stockholm
4. Förvaltningsrätten i Malmö
5. Justitiekanslern (JK)
6. Domstolsverket
7. Datainspektionen
8. Kommerskollegium
9. Socialstyrelsen
10. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
11. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)
12. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
13. Myndigheten för delaktighet
14. Barnombudsmannen
15. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE)
16. Ekonomistyrningsverket (ESV)
17. Skatteverket
18. Kronofogdemyndigheten
19. Statskontoret
20. Statens skolverk
21. Statens skolinspektion
22. Specialpedagogiska skolmyndigheten
23. Göteborgs universitet
24. Stockholms universitet
25. Konkurrensverket
26. Verket för innovationssystem (VINNOVA)
27. Tillväxtverket
28. Regelrådet
29. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser
30. Riksarkivet
31. Gävleborgs läns landsting

32. Jämtlands läns landsting
33. Kronobergs läns landsting
34. Norrbottens läns landsting
35. Skåne läns landsting
36. Stockholms läns landsting
37. Värmlands läns landsting
38. Västra Götalands läns landsting
39. Örebro läns landsting
40. Östergötlands läns landsting
41. Botkyrka kommun
42. Danderyds kommun
43. Faluns kommun
44. Gotlands kommun
45. Göteborgs kommun
46. Habo kommun
47. Hallstahammars kommun
48. Hultsfreds kommun
49. Hällefors kommun
50. Karlskrona kommun
51. Kumla kommun
52. Kungälv kommun
53. Malmö kommun
54. Malung-Sälens kommun
55. Mjölby kommun
56. Norrköpings kommun
57. Piteå kommun
58. Sigtuna kommun
59. Skellefteå kommun
60. Skurups kommun
61. Stockholms kommun
62. Sundsvalls kommun
63. Södertälje kommun
64. Tierps kommun
65. Töreboda kommun
66. Varbergs kommun
67. Vänersborgs kommun
68. Vännäs kommun
69. Årjängs kommun
70. Ängelholms kommun
71. Sveriges Kommuner och Landsting
72. Folkbildningsrådet
73. Academedia
74. Aleris
75. Almega Utbildningsföretagen
76. Almega Vårdföretagarna
77. Ambea
78. Almi Företagspartner AB
79. Arbetsgivarföreningen KFO

80. Attendo
81. Capió
82. Humana
83. Famna
84. Friskolornas riksförbund
85. FSO Fria förskolor
86. Företagarna
87. Idéburna skolors riksförbund
88. Kommunala Företagens Samorganisation
89. Kooperationens förhandlingsorganisation
90. Praktikertjänst
91. Privata Assistansanordnares Riksorganisation
92. Rörelsefolkhögskolornas intresseorganisation (RIO)
93. Småföretagarnas Riksförbund
94. Svenska Riskkapitalföreningen
95. Svenska Vård
96. Svenskt Näringsliv
97. Unike Förskolor AB
98. Landsorganisationen i Sverige (LO)
99. Tjänstemännens centralorganisation (TCO)
100. Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)
101. Svenska Kommunalarbetareförbundet
102. Lärarförbundet
103. Journalistförbundet
104. Vision
105. Vårdförbundet
106. Fysioterapeuterna
107. Lärarnas Riksförbund
108. Sveriges Läkarförbund
109. Svenska Privatläkarföreningen
110. Sveriges Skolledarförbund
111. Sveriges Psykologförbund
112. Föreningen Sveriges Socialchefer
113. Brukarkooperativet JAG
114. Forum för frivilligt socialt arbete
115. Föreningen Jämlikhet Assistans & Gemenskap
116. Föräldraalliansen Sverige
117. Handikappförbunden (HSO)
118. Lika Unika
119. Nätverket Unga för tillgänglighet
120. Riksförbundet för förstärkt familjehemsvård
121. STIL – personlig assistans och politisk påverkan
122. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
123. Sveriges pensionärers riksförbund (SPRF)
124. SPF Seniorerna
125. Riksförbundet Pensionärsgemenskap (RPG)
126. Sverigefinska Pensionärer
127. Finska Pensionärernas Riksförbund i Sverige

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **den 20 februari 2017**. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser:
s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se.
I remissvaret ska Socialdepartementets diarienummer S2016/06178/FS anges.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets hemsida: www.regeringen.se.

Betänkandet innehåller förslag om hur offentlighetsprincipen kan införas i privat utförd offentligt finansierad vård och omsorg, förskole- och fritidshemsverksamhet, vuxenutbildning och sådan utbildning inom folkhögskolan som motsvarar kommunal vuxenutbildning i svenska för invandrare.

Frågor under remisstiden besvaras av Bengt Rönngren, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, 08-405 40 66, eller bengt.ronngren@regeringskansliet.se.



Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
 Justitiedepartementet/DOM
 Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

Sekretariatet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

2016-11-18

RS/2120/2016

Sammanfattning av remiss Ökad insyn i välfärden (SOU 2016:

[Länk till hela remissen](#)

Uppdraget

Utredningens uppdrag är att lämna förslag om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i privat utförd, offentligt finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning, vissa särskilda utbildningsformer i 24 kap. skollagen

(2010:800) och annan pedagogisk verksamhet enligt 25 kap. samma lag till den del de erbjuds av privata anordnare. Utgångspunkten ska vara att finna former för ett genomförande som inte onödigtvis ökar administrationen för utförarna inom vård, skola och omsorg. Ytterligare en utgångspunkt är att patienternas, barnens, elevernas och andra brukares integritet ska skyddas. I uppdraget ingår även att överväga om det behöver göras någon ändring i sekretessregleringen, och i så fall föreslå hur en sådan ändring bör se ut samt överväga om, och i så fall i vilken utsträckning, kommunallagens

(1991:900), KL, och skollagens bestämmelser som rör insyn hos privata utförare fortfarande kommer att fylla en funktion om offentlighetsprincipen införs.

Ökad insyn i välfärden

Utredningen föreslår genom tre nya paragrafer i 2 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL att offentlighetsprincipen i princip ska införas i offentligt finansierad, privat utförd välfärd. Enskilda juridiska personer som driver sådan verksamhet ska med vissa undantag jämnställas med myndigheter vid tillämpningen av offentlighets- och sekretesslagen. Förslaget medför att enskilda juridiska personer ska iaktta reglerna i offentlighets- och sekretesslagen om hanteringen av allmänna handlingar.

Några ändringar i de materiella sekretessbestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen bedöms inte vara nödvändiga. Det innebär att patienter, barn, elever och andra brukare i privata verksamheter kommer att omfattas av samma sekretessbestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen som i motsvarande offentliga verksamheter.

Ett tillägg föreslås i 6 kap. 11 § OSL av innebörd att de som omfattas av bestämmelsen åläggs en skyldighet att lämna fullföljdshänvisning enligt 21 § andra stycket förvaltningslagen (1986:223).

Anställda och uppdragstagare i offentligt finansierade, privat utförda välfärdsverksamheter ska omfattas av meddelarskydd. Bestämmelsen i 13 kap. 2 § OSL utvidgas därför till att omfatta även enskilda juridiska personer som bedriver offentligt finansierad välfärd.

Införandet av offentlighetsprincipen i offentligt finansierade, privat utförda välfärdsverksamheter för med sig ett antal nya krav på privata aktörer. De ska bl.a. vara skyldiga att registrera sina handlingar och att skyndsamt handlägga framställningar om utlämnande av allmänna handlingar enligt samma principer som gäller för myndigheter.

Privata aktörer ska tillämpa arkivlagen

Arkivlagen görs tillämplig på arkiven hos enskilda juridiska personer som driver offentligt finansierad välfärd. Den kommunala arkivmyndigheten ska vara arkivmyndighet för kommunala verksamheter som överlåts till en privat utförare. För landstingskommunala verksamheter är det arkivmyndigheten i landstingen som ska vara arkivmyndighet. Det blir möjligt för kommuner och landsting att meddela föreskrifter om arkivvård. Kommuner och landsting ges också rätt att meddela föreskrifter om avgifter för tillsyn och förvaring av arkiven.

Vissa följdändringar blir nödvändiga

Allmänhetens behov av insyn i de offentligt finansierade, privat utförda välfärdsverksamheterna kommer att tillgodoses genom bestämmelserna om handlingsoffentligheten i offentlighets- och sekretesslagen. Utredningen bedömer därför att allmänhetens möjlighet till insyn genom 3 kap. 18 a § KL bör anpassas till detta.

Som en följd av att offentlighetsprincipen gäller i enskilt bedrivna välfärdsverksamheter införs en erinran om det i bestämmelser om tystnadsplikt i 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), 15 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) och 29 kap. 14 § skollagen. En följd av att offentlighetsprincipen gäller blir också att tillämpningsområdet för vissa bestämmelser som ger brukare rätt att ta del av handlingar i sin personakt m.m. begränsas till enskilda verksamheter i vilka offentlighetsprincipen inte är tillämplig.

Enskilda juridiska personer som bedriver offentligt finansierad välfärd ska tillämpa vissa bestämmelser i avgiftsförordningen (1992:191).

Konsekvenser av utredningens förslag

Förslaget medför vissa konsekvenser för privata aktörer som bedriver offentligt finansierad välfärdsverksamhet, eftersom det kommer att leda till en ökad administration och vissa kostnader. Införandet av offentlighetsprincipen bedöms inte medföra någon märkbar skillnad för brukare i fråga om skydd för deras integritet.

Ikraftträdande

Bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019. Handlingar som kommit in till eller som upprättats hos privata aktörer före denna dag ska enligt förslaget inte omfattas av den nya regleringen.



15

Svar på remiss Ansvar för de
försäkringsmedicinska utredningarna DS
2016:41

RS/2214/2016

2017-02-07

Ekonomistaben
Karin Jonsson
Tfn: 063-15 31 87
E-post: karin.jonsson@regionjh.se

RS/2214/2016

Svar på remiss Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna DS 2016:41

Ärendebeskrivning

För en rättssäker prövning av sjukförsäkringsärenden behöver Försäkringskassan i vissa fall fördjupade underlag i form av försäkringsmedicinska utredningar. Underlagen ska ge en fördjupad beskrivning av sjukdomens konsekvenser för individens funktionstillstånd och förmåga till aktivitet.

Regeringen och SKL har sedan 2010 ingått en rad överenskommelser om ersättning till landstingen för att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar till Försäkringskassan. Utredningarna har varit av två sorter, Särskilt läkarutlåtande (SLU) som baseras på en läkares utredning och Teambaserad medicinsk utredning (TMU) där flera yrkeskompetenser samverkar. Från år 2017 kan Försäkringskassan även beställa Arbetsförmågeutredningar (AFU) när den försäkrades arbetsförmåga ska prövas mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden.

Ersättningsnivåerna är för år 2017:

- 28 000 kr för TMU
- 14 500 kr för SLU
- 16 300 kr för AFU

Särskild ersättning erhållas för tolk samt för AFU, om läkaren behöver stöd av psykolog, arbetsterapeut eller fysioterapeut.

Under år 2016 levererade Region Jämtland Härjedalen 186 utredningar till Försäkringskassan, varav 113 TMU och 73 SLU. Utredningarna utfördes av Regionens egen smärtenhet, Rygginstitutet i Sundsvall och privatläkare Curt Roller, Sundsvall. För utredningarna och administration erhöll Regionen 4,8 mkr, varav 1,6 mkr gick till Regionens egen smärtenhet.

Den utredning som detta remissyttrande avser handlar om att staten vill lagreglera det som tidigare hanterats i ovan nämnda årliga överenskommelser mellan Staten och SKL. SKL har tidigare framfört till regeringen att det inte är hållbart att reglera utredningar som är ett konstant behov av Försäkringskassan genom överenskommelser. Innehållet överensstämmer i stort med nuvarande överenskommelse, vilken gäller fram till 2017-12-31.

Region Jämtland Härjedalen är, i likhet med SKL, i huvudsak positiv till att hanteringen av de försäkringsmedicinska utredningarna lagregleras från år 2018. Det är dock viktigt att lagtexten säkerställer att landstingen får bra planeringsförutsättningar både med avseende på volymprognoser och ersättningsnivån för utförda utredningar. I annat fall riskerar åtagandet att skapa undanträngningseffekter inom hälso- och sjukvården. Många landsting har svårt att rekrytera egna läkare för dessa utredningar och tvingas därför köpa tjänster av andra landsting eller privata vårdgivare.

Region Jämtland Härjedalen genomförde i slutet av år 2016 en upphandling av försäkringsmedicinska utredningar. Upphandlingen föll väl ut och för de kommande åren bedöms Regionen klara Försäkringskassans beställningar, i egen verksamhet och med stöd av privata vårdgivare.

Regiondirektörens förslag

1. Svar på remiss; Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna, enligt upprättat förslag daterat 2017-02-03 antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Carsten Dencker
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Utdrag till

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Karin Jonsson

Karin Jonsson
Hälso- och sjukvårdspolitiska avd
Tfn: 063-15 31 87
E-post: karin.jonsson@regionjh.se

Socialdepartementet

s.registrator@regeringskansliet.se
s.sf@regeringskansliet.se

Svar på remiss Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna, S2016/07117/SF

Region Jämtland Härjedalen, nedan kallad Regionen, har beretts möjlighet att ge synpunkter på rubricerad utredning.

Med försäkringsmedicinsk utredning avses en medicinsk undersökning av en person som omfattas av Försäkringskassans försäkring. Undersökningen ska ligga till grund för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga inför beslut om rätt till ersättning eller förmåner enligt socialförsäkringsbalken.

Sedan år 2010 har staten och SKL träffat överenskommelser om försäkringsmedicinska utredningar där landstingen, mot ersättning, ska tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar till Försäkringskassan. Överenskommelserna har reglerat utredningarnas utformning, leveranstid och ekonomisk ersättning. Nuvarande överenskommelsen gäller till 2017-12-31.

Utredningens förslag till ny lag överensstämmer i stort med nuvarande överenskommelse. Huvudsakliga förslag och bedömningar är:

- Vid prövning av en försäkrads arbetsförmåga enligt socialförsäkringsbalken kan Försäkringskassan som stöd för sitt ställningstagande beställa en försäkringsmedicinsk utredning
- Landstinget får ett lagstadgat ansvar att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.
- Om ett landsting bedömer att de inte kan göra de försäkringsmedicinska utredningarna kan de sluta avtal men någon annan som kan utföra dem, antingen ett annat landsting eller en privat aktör.
- Försäkringskassan ska fortlöpande bedöma sitt behov av försäkringsmedicinska utredningar och ta fram prognoser över behovet som de presenterar för landstingen.
- Utifrån socialförsäkringsbalken får Försäkringskassan ansvara för att ersätta landstingen för de försäkringsmedicinska utredningar som landstingen utför. Landstingen ska få full ekonomisk kompensation för arbetet med de försäkringsmedicinska utredningarna.

Regionen stödjer utredningens förslag till lag om försäkringsmedicinska utredningar. Regionen ställer sig även bakom utredningens bedömning att försäkringsmedicinska utredningar inte ska betraktas som hälso- och sjukvård eller myndighetsutövning och därför inte behöver journalföras enligt Patientdatalagen. Det bedöms som skäligt att den som utfört undersökningen ska upprätta ett skriftligt utlåtande som ska bevaras i minst 10 år och skyddas så att obehöriga inte får tillgång till uppgifterna. Regionen förordar att särskilda bestämmelser införs som reglerar tystnadsplikten. IT-stöd för dokumentation och rapportering ska tillhandahållas av Försäkringskassan.

För att underlätta processen för alla inblandade är det viktigt att Försäkringskassan, liksom idag, ger tydlig information till den försäkrade om varför en utredning ska genomföras och hur det går till. Detta ska även inkludera patientförsäkringen, där Regionen anser att utredningen behöver utvecklas. Tydlighet kring försäkringsskydd för de personer som genomgår en försäkringsmedicinsk utredning är viktig för såväl de försäkrade som för landstingen och försäkringsbolagen. Regionen förordar att särskilda bestämmelser införs om patientförsäkring.

Utredningen förordar att ledningen för den verksamhet som genomför utredningarna ska motsvara hälso- och sjukvårdens verksamhetschef. Regionen har ingen annan uppfattning och anser att det även ligger i landstingets ansvar att säkerställa att lokaler och utrustning är väl anpassade för ändamålet så att kvaliteten i verksamheten säkerställs.

I delar av landet råder det brist på läkare med kompetens att genomföra försäkringsmedicinska utredningar. Detta faktum gör att det är mycket angeläget att Försäkringskassan i den nya lagen får ett tydligt åläggande att lämna regelbundna prognoser och utarbeta enkla och väl fungerande rutiner för ersättningen till landstingen.

Att utbilda och bygga upp en enhet som sedan inte kan finansieras om Försäkringskassan minskar antalet beställningar kan bli en kostsam affär för landstingen och orsaka oönskad undanträngningseffekt för hälso- och sjukvården.

Förslaget att den försäkrade ska beviljas förskott från Försäkringskassan för kostnader för resa och uppehåll är bra, liksom att Regionen ska få full kostnadstäckning för utbildning, resor och administration. Regionen är även positiv till att landstingen garanteras en lägsta grundersättning motsvarande 70 procent av Försäkringskassans årsprognos för utredningar. Med en sådan skrivning ges landstingen rimliga planeringsförutsättningar.

Däremot invänder Regionen mot förslaget att landstinget ska lämna specificerad faktura till Försäkringskassan på genomförda utredningar.

Försäkringskassan leveransgodkänner samtliga utredningar. Av erfarenhet vet vi att detta kan ta tid och innan det är klart ersätts inte utredningen. Då Försäkringskassan är den som sitter på all information v.g. beställningar och leveransgodkännande så förordar vi att nuvarande ordning bibehålls dvs. att Försäkringskassan betalar ut ersättning till Landstingen efter kontroll.

Att Landstingen ska be Försäkringskassan om information för att sedan skicka en specificerad faktura till dem är ett onödigt och tidskrävande administrativt moment som bör undvikas.

Utredningen föreslår att utredningen ska vara Försäkringskassan tillhanda senast 30 dagar efter det att begäran om försäkringsmedicinsk utredning har inkommit till landstinget. För denna regel måste det kunna finnas undantag för särskilda skäl. Ett sådant skäl skulle kunna vara att den försäkrade inte går att nå eller uteblir från undersökningen. Ett annat skäl kan vara att nyckelpersoner för utredningarna plötsligt slutar och det tar tid för landstinget att finna ersättare. Att försäkringskassan i lagtexten åläggs att lämna regelbundna prognoser över både antal och typ av utredningar är en förutsättning för att landstingen ska kunna planera och garantera leverans av god kvalitet.

Sammanfattningsvis är Region Jämtland Härjedalen positiv till förslaget om en egen lag då det inte är rimligt att reglera utredningarna i årliga överenskommelser. Regionen ställer sig även bakom att landstingen får det övergripande ansvaret för att genomföra Försäkringsmedicinska utredningar, beaktat de synpunkter som lämnats ovan.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2016-11-17

S2016/07117/SF

Socialdepartementet

Socialförsäkringsenheten

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2016 -11- 21

Dnr...../...../20.....

Promemorian Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän, JO
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Stockholm
4. Förvaltningsrätten i Falun
5. Justitiekanslern
6. Domstolsverket
7. Datainspektionen
8. Försäkringskassan
9. Socialstyrelsen
10. Inspektionen för vård och omsorg
11. Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering
13. Myndigheten för delaktighet
14. Barnombudsmannen
15. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
16. Inspektionen för socialförsäkringen
17. Statskontoret
18. Karolinska institutet
19. Uppsala universitet
20. Umeå universitet
21. Konkurrensverket
22. Regelrådet
23. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
24. Landstinget i Stockholms län
25. Landstinget i Uppsala län
26. Landstinget i Södermanlands län
27. Landstinget i Östergötland
28. Landstinget i Jönköping län
29. Landstinget i Kronobergs län
30. Landstinget i Kalmar län

31. Landstinget i Blekinge län
32. Landstinget i Skåne län
33. Landstinget i Hallands län
34. Landstinget i Västra Götalands län
35. Landstinget i Värmlands län
36. Landstinget i Örebro län
37. Landstinget i Västmanlands län
38. Landstinget i Dalarnas län
39. Landstinget i Gävleborgs län
40. Landstinget i Västernorrlands län
41. Landstinget i Jämtlands län
42. Landstinget i Västerbottens län
43. Landstinget i Norrbottens län
44. Gotlands kommun
45. Handikappförbunden
46. Sveriges Kommuner och Landsting
47. Svenska Läkaresällskapet
48. Föreningen Svenskt Näringsliv
49. Kommunala Företagens Samorganisation
50. Sverige Akademikers Centralorganisation
51. Tjänstemännens Centralorganisation
52. Landsorganisationen
53. Akademikerförbundet
54. Sveriges läkarförbund
55. Svenska Psykiatriska Föreningen
56. Sveriges Psykologförbund
57. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
58. Fysioterapeuterna
59. Kommunal
60. Sveriges Företagshälsor
61. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
62. Reumatikerförbundet
63. Personskadeförbundet RTP
64. De handikappades Riksförbund
65. Intressegruppen för Assistansberättigade (Ifa)
66. Föreningen JAG
67. STIL
68. Vårdföretagarna Almega
69. FAMNA
70. Previa, Manpower Hälsopartner
71. Svenska Rygginstitutet AB
72. Patientförsäkringsföreningen
73. Patientskadenämnden
74. Löf (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag)

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **fredagen den 17 februari 2017**. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se samt s.sf@regeringskansliet.se
 I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2016/07117/SF anges.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på promemorian.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta. För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Frågor under remisstiden besvaras av Eva Stina Lönngren
 telefon 08-405 44 38 eller eva-stina.lonngren@regeringskansliet.se

En tryckt version av promemorian kommer att skickas till alla remissinstanser inom några veckor.



Therese Karlberg
 Departementsråd

Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2016

ISBN 978-91-38-24533-0

ISSN 0284-6012

Förord

Denna promemoria har utarbetats av en arbetsgrupp inom Socialdepartementet med uppgift att lämna förslag till ett lagstadgat ansvar för landstingen att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna. Med en försäkringsmedicinsk utredning avses en medicinsk undersökning av en försäkrad som ska kunna utgöra ett underlag för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga i samband med beslut om rätten till ersättning eller förmåner enligt socialförsäkringsbalken.

I promemorian lämnas följande huvudsakliga förslag och bedömningar

- Vid prövning av en försäkrads arbetsförmåga enligt socialförsäkringsbalken kan Försäkringskassan som stöd för sitt ställningstagande beställa en försäkringsmedicinsk utredning.
- Landstingen får ett lagstadgat ansvar att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.
- Om ett landsting bedömer att de inte kan göra de försäkringsmedicinska utredningarna kan de sluta avtal med någon annan som kan utföra dem, antingen ett annat landsting eller en privat aktör.
- Försäkringskassan ska fortlöpande bedöma sitt behov av försäkringsmedicinska utredningar och ta fram prognoser över behovet som de presenterar för landstingen.

- Utifrån socialförsäkringsbalken får Försäkringskassan ansvara för att ersätta landstingen för de försäkringsmedicinska utredningar som landstingen utför. Landstingen ska få full ekonomisk kompensation för arbetet med de försäkringsmedicinska utredningarna.

Stockholm den 16 november

Therese Karlberg
Departementsråd/Enhetschef

Innehåll

1	Författningsförslag.....	7
1.1	Förslag till lag om försäkringsmedicinska utredningar	7
1.2	Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	13
1.3	Förslag till förordning om försäkringsmedicinska utredningar	16
2	Bakgrund.....	21
2.1	Inledning.....	21
2.1.1	Från egna sjukhus till överenskommelse	21
2.2	Försäkringsmedicinsk utredning	22
2.2.1	Särskilt läkarutlåtande (SLU)	23
2.2.2	Teambaserad medicinsk utredning (TMU)	23
2.2.3	Aktivitetsförmågeutredning (AFU)	25
2.3	Överenskommelser	26
2.4	Hantering vid handläggning	27
2.4.1	Volym och kostnader	29
2.5	Problem med nuvarande modell	31
2.5.1	Överenskommelser	31
2.5.2	Oklar reglering.....	32
2.5.3	Ojämn och liten beställning påverkar kvaliteten	32
2.5.4	Försäkringskassans handläggning.....	33
2.5.5	Otydlig samarbetsmöjlighet mellan landstingen	33
2.6	Ärendets gång	34

2.6.1	Remissvaren.....	36
2.6.2	Fortsatt arbete	39
3	Gällande rätt	41
3.1	Inledning	41
3.2	Försäkringskassans utredningsplikt och utredningsbefogenheter	42
3.3	Förhållandet till hälso- och sjukvårdslagen.....	46
3.3.1	Vad ingår i begreppet hälso- och sjukvård?	46
3.3.2	Övrig lagstiftning med koppling till hälso- och sjukvårdslagen	47
3.4	Övrig lagstiftning	49
3.4.1	Myndighetsutövning.....	49
3.4.2	Behandling av personuppgifter.....	50
3.4.3	Sekretess och tystnadsplikt	51
3.4.4	Bestämmelser om objektivitet och jäv	54
3.4.5	Möjligheten till samarbete mellan landstingen m.m.	55
3.5	EU-rätten	58
3.5.1	Inledning.....	58
3.5.2	Statligt stöd.....	59
3.5.3	Begreppet företag.....	60
3.5.4	Begreppet ”tjänster av allmänt intresse”	61
4	Förslag och bedömningar.....	67
4.1	Val av modell.....	67
4.2	Förslag till lag om försäkringsmedicinska utredningar.....	68
4.2.1	Inledande bestämmelser	68
4.2.2	Information till den försäkrade.....	71
4.2.3	Utredningsformer och undersökningsmetoder	72
4.2.4	Underlag för utredning.....	74
4.2.5	Landstingets skyldigheter.....	75
4.2.6	Landstingens samverkan.....	75
4.2.7	Verksamheten och dess ledning	77
4.2.8	Personalens kompetens och utbildning.....	78

4.2.9	Dokumentation	79
4.2.10	Behandling av personuppgifter	82
4.2.11	Ändamål med personuppgiftsbehandlingen	87
4.2.12	Tystnadsplikt m.m.	88
4.2.13	Patientförsäkring	89
4.2.14	Tillsyn m.m.	91
4.3	Ändring i socialförsäkringsbalken	95
4.3.1	Försäkringskassans utredningsbefogenheter	95
4.3.2	Ersättning till försäkrad och till landstingen	96
5	Konsekvenser	103
5.1	Konsekvenser för det kommunala självstyret	103
5.2	Arbetsgruppens samlade bedömning	105
5.2.1	Ekonomiska konsekvenser	105
5.2.2	Övriga konsekvenser	107
6	Författningskommentar	109
6.1	Förslaget till lag om försäkringsmedicinska utredningar ...	109
6.2	Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	120

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om försäkringsmedicinska utredningar

Härigenom föreskrivs följande.

1 kap. Inledande bestämmelser

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om ansvar och befogenheter m.m., vid utredning av en försäkrads arbetsförmåga enligt socialförsäkringsbalken. Med försäkrad avses detsamma som i 4 kap. 3 § socialförsäkringsbalken.

I lagen finns bestämmelserna om

- Försäkringskassans ansvar i 2 kap.,
- landstingets skyldigheter och befogenheter i 3 kap.,
- krav på verksamheter som utför försäkringsmedicinska utredningar i 4 kap., och
- tillsyn m.m. i 5 kap.

2 § En försäkringsmedicinsk utredning är en medicinsk undersökning av en försäkrad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En sådan undersökning ska dokumenteras i ett utlåtande som ska kunna användas som underlag vid Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga.

2 kap. Försäkringskassans ansvar

Information till den försäkrade

1 § Om Försäkringskassan gör bedömningen att det i ett ärende om rätten till ersättning eller förmån enligt socialförsäkringsbalken behövs en försäkringsmedicinsk utredning ska Försäkringskassan informera den försäkrade om

1. vad en sådan utredning innebär,
2. vilket underlag som kommer att överlämnas till den som ska utföra utredningen,
3. att en utredning som kommer att innefatta läkarundersökning eller annat kroppsligt ingrepp endast får genomföras om den försäkrade samtycker till det, och
4. på vilket sätt utredningen kommer att ligga till grund för Försäkringskassans beslut om rätten till ersättning eller förmån.

Utredningsformer och undersökningsmetoder

2 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om olika former av försäkringsmedicinska utredningar och de undersökningsmetoder som får tillämpas vid utredning av en försäkrad.

Underlag för utredning

3 § När en försäkringsmedicinsk utredning behövs ska Försäkringskassan tillhandahålla nödvändigt underlag till den som ska utföra utredningen. Försäkringskassan ska även informera utföraren om den försäkrade har särskilda behov som måste beaktas i samband med utredningen.

3 kap. Landstingets skyldigheter och befogenheter

1 § Ett landsting ska tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar så att en undersökning enligt 110 kap. 14 § 4 socialförsäkringsbalken kan genomföras på begäran av Försäkringskassan.

Landstingets skyldighet enligt första stycket avser försäkrade som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller i fråga om försäkrade som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom landstinget.

Det som sägs om ett landsting gäller även en kommun som inte ingår i ett landsting.

2 § Ett landsting får sluta avtal med ett annat landsting eller någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ska ansvara för. Avtalet ska ange de villkor som gäller för överlämnandet och utförandet av uppgifterna.

Ett landsting får åta sig att utföra de uppgifter som ett annat landsting ska ansvara för.

4 kap. Krav på verksamheter som utför försäkringsmedicinska utredningar

Verksamheten och dess ledning

1 § I verksamhet där det utförs försäkringsmedicinska utredningar ska det finnas en person som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef). Det ska även finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

Personalens kompetens och utbildning

2 § Den personal som utför den försäkringsmedicinska utredningen ska ha den kompetens och utbildning som krävs för att bedöma den försäkrades arbetsförmåga. Personalen ska visa den försäkrade omtanke och respekt.

Regeringen får meddela föreskrifter om vilka krav på kompetens som ska gälla vid försäkringsmedicinska utredningar.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om vilka krav som ska ställas på personalens utbildning.

Dokumentation

3 § Iakttagelser och bedömningar som personalen gör i samband med en undersökning av en försäkrads arbetsförmåga ska dokumenteras i ett skriftligt utlåtande.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de krav som ska gälla för utlåtandet, dess innehåll och utformning.

4 § Den som efter en undersökning av den försäkrade upprättar ett utlåtande avseende dennes arbetsförmåga ska iaktta saklighet och opartiskhet.

5 § Utlåtande och andra dokumenterade uppgifter om den försäkrade ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Sådant underlag som avses i 2 kap. 3 § ska snarast efter avslutad utredning återlämnas till Försäkringskassan.

6 § Ett utlåtande ska bevaras minst tio år efter det att det har upprättats. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att vissa slags utlåtanden ska bevaras under längre tid än tio år.

För utlåtande som utgör allmän handling gäller, med de undantag som följer av första stycket, arkivlagen (1990:783) och de bestämmelser som meddelats med stöd av arkivlagen.

Behandling av personuppgifter

7 § Personuppgiftslagen (1998:204) ska gälla vid behandling av personuppgifter om inte annat följer av denna lag. Försäkringskassans behandling av personuppgifter regleras i 114 kap. socialförsäkringsbalken.

Behandling av personuppgifter inom försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet får utföras även om den försäkrade motsätter sig den.

Ändamålet med personuppgiftsbehandlingen

8 § Personuppgifter får behandlas inom försäkringsmedicinsk utredningsverksamheten om det behövs för

1. administration som rör försäkrade,
2. utförande av försäkringsmedicinska utredningar, och
3. planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten.

Tystnadsplikt m.m.

9 § Den som arbetar eller har arbetat inom en enskild verksamhet som bedriver försäkringsmedicinsk utredning får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon i den verksamheten har fått veta om en försäkrads hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör en sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

För det allmännas verksamhet gäller offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

5 kap. Tillsyn m.m.

1 § Den som avser att bedriva försäkringsmedicinsk verksamhet ska anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) senast en månad innan verksamheten påbörjas.

Om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta anmälas till IVO inom en månad efter genomförandet. Om verksamheten läggs ned, ska det snarast anmälas till IVO.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om hur anmälningsskyldigheten ska fullgöras.

2 § Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över den försäkringsmedicinska utredningsverksamheten.

IVO har rätt att inspektera verksamheter som utför försäkringsmedicinska utredningar och får inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen.

IVO får besluta om åtgärder mot verksamheten enligt 7 kap. 23-28 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

3 § Inspektionen för vård och omsorg får besluta om åtgärder enligt 7 kap. 29 och 30 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) mot den personal som har medverkat i en försäkringsmedicinsk utredning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

1.2 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken
dels att 110 kap. 22 § ska upphöra att gälla samt att rubriken
 närmast före 22 § ska utgå,
dels att 110 kap. 14 och 30 §§ ska ha följande lydelse,
dels att det ska införas en ny paragraf, 110 kap. 30 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

110 kap.

14 §¹

När det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av denna balk får den handläggande myndigheten

1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare, anordnare av personlig assistans eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter,

2. besöka den försäkrade,

3. begära *ett särskilt läkarutlåtande eller* ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig, samt

4. begära att den försäkrade genomgår undersökning *av viss läkare* eller någon annan utredning eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av

När det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av denna balk får den handläggande myndigheten

1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare, anordnare av personlig assistans eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter,

2. besöka den försäkrade,

3. begära ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig, samt

4. begära att den försäkrade genomgår undersökning *enligt lagen (2017:xxx) om försäkringsmedicinska utredningar* eller någon annan utredning eller

¹ Senaste lydelse 2012:935.

den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

30 §

För kostnader som en försäkrad eller någon annan har med anledning av sådan utredning som avses i 14, 22 och 26 §§ lämnas ersättning i enlighet med föreskrifter som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar.

För kostnader som en försäkrad har för läkarundersökning eller läkarutlåtande i samband med ansökan om vårdbidrag, sjukersättning, aktivitetsersättning eller handikappersättning lämnas ersättning enligt föreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter om kostnader som en försäkrad eller någon annan har med anledning av sådan utredning som avses i 14 och 26 §§.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan även med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter om kostnader som en försäkrad har för läkarundersökning eller läkarutlåtande i samband med ansökan om vårdbidrag, sjukersättning, aktivitetsersättning eller handikappersättning.

En försäkrad får beviljas förskott på ersättning enligt första stycket som avser kostnader för resa och uppehälle.

30 a §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter om kostnader som ett landsting har med anledning av skyldigheter enligt lagen (2017:xxx) om försäkringsmedicinska utredningar..

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

1.3 Förslag till förordning om försäkringsmedicinska utredningar

Härigenom föreskrivs följande.

1 § I denna förordning ges kompletterande föreskrifter till lagen (2017:XXX) om försäkringsmedicinska utredningar.

Utredningsbehovet

2 § Försäkringskassan ska fortlöpande bedöma sitt behov av försäkringsmedicinska utredningar och årligen utarbeta prognoser för antalet utredningar som kan komma att begäras från landstingen.

Prognoserna ska återspegla Försäkringskassans behov på årsbasis utifrån olika tidshorisonter, både på kort och lång sikt. Försäkringskassans behov ska redovisas dels för hela landet dels uppdelat på respektive landsting.

Prognoserna ska även vara specificerade på de olika formerna av försäkringsmedicinska utredningar som förekommer.

Begäran om utredning

3 § En försäkringsmedicinsk utredning avseende en försäkrad ska utföras så snart som möjligt efter det att begäran har inkommit till landstinget. Underlag för utredning avseende den försäkrade ska översändas till den som ska utföra utredningen i samband med begäran.

Utredningsformer

4 § Det finns olika former av försäkringsmedicinska utredningar. Utformningen kan beroende på bemanning och utredningens omfattning avse olika undersökningar och tester.

Huvudindelning av de försäkringsmedicinska utredningarna görs enligt tabell 1.

Försäkringskassan får, efter att ha gett Socialstyrelsen och landstingen tillfälle att yttra sig, meddela föreskrifter om olika former av försäkringsmedicinska utredningar och undersökningsmetoder som ska tillämpas vid utredning av en försäkrad.

Tabell 1.1 Utredningsformer

Benämning	Beskrivning
Särskilt läkarutlåtande (SLU)	Undersökning av en läkare som syftar till att ge en helhetsbild av hur sjukdomen påverkar den försäkrades förmåga till aktivitet.
Teambaserad medicinsk utredning (TMU)	Undersökning av ett team bestående av läkare, psykolog, sjukgymnast och arbetsterapeut som syftar till att ge en helhetsbild av den försäkrades förmåga till aktivitet vid en sammansatt eller svårbedömd sjukdomsbild.
Aktivitetsförmågutredning (AFU)	Undersökning av en läkare som syftar till att ge en helhetsbild av den försäkrades arbetsförmåga avseende normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden.
Utvidgad aktivitetsförmågutredning (UAFU)	Vid behov kan en kompletterande AFU göras med hjälp av psykolog, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Personalens utbildning

5 § Försäkringskassan ska erbjuda utbildning i försäkringsmedicin för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som ska utföra försäkringsmedicinska utredningar.

Försäkringskassan får, efter att ha gett Socialstyrelsen och landstingen tillfälle att yttra sig, meddela föreskrifter om vilka utbildningskrav som gäller för den som ska utföra försäkringsmedicinska utredningar.

Dokumentation

6 § Ett utlåtande avseende en försäkringsmedicinsk utredning ska upprättas och färdigställas snarast efter avslutad undersökning.

Den som upprättar ett utlåtande ska ha

1. medverkat i undersökningen av den försäkrade,
2. legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården,
3. adekvat specialist- eller vidarutbildning för bedömning av den sjukdom eller skada som utreds, och
4. den kompletterande utbildning om försäkringsmedicin som Försäkringskassan erbjuder.

7 § Ett utlåtande ska innehålla uppgifter om

1. den försäkrades identitet,
2. vilket underlag som har legat till grund för utredningen,
3. vilken undersökningsmetod som har tillämpats,
4. vad som framkommit i samband med undersökningen av den försäkrade, och
5. vilken information som har lämnats till den försäkrade, dennes ombud eller närstående.

Av utlåtandet ska även framgå när och var undersökningen gjordes och vem eller vilka som medverkade. Utlåtandet ska undertecknas av den eller de som har upprättat det.

8 § Ett utlåtande ska vara Försäkringskassan tillhanda inom 30 dagar efter det att en komplett begäran om en försäkringsmedicinsk utredning har inkommit till landstinget. Detta gäller dock inte om det finns särskilda skäl till att en försäkringsmedicinsk utredning inte kan utföras inom den angivna tiden. Det underlag som Försäkringskassan har tillhandahållit avseende den försäkrade ska översändas samtidigt med utlåtandet. Försäkringskassan får, efter att ha gett Socialstyrelsen och landstingen tillfälle att yttra sig, meddela föreskrifter med ytterligare krav på utlåtandets innehåll och dess utformning.

Ersättning till landsting

9 § Ett landsting har rätt till ersättning för sina kostnader för tillhandahållande av försäkringsmedicinska utredningar på begäran av Försäkringskassan.

Ersättning utbetalas av Försäkringskassan mot specificerad faktura, dock högst till belopp och enligt villkor som framgår av tabell 2.

Tabell 1.2 Ersättning

<i>Kostnad för:</i>	<i>Belopp:</i>	<i>Villkor:</i>
Central administration	xxxx kr	Landstingen i Stockholms-, Västra Götalands- och Skånes län.
	xxxx kr	Övriga landsting
Utbildning	xxxx kr/dag	Avser ersättning för förlorad arbetstid för landstingets egen personal samt resa och logi i samband med utbildning.
Utförd utredning	xxxx kr	Särskilt läkarutlåtande (SLU)
	xxxx kr	Teambaserad medicinsk utredning (TMU)
	xxxx kr	Aktivitetsförmågeutredning (AFU)
	xxxx kr	Utvidgad aktivitetsförmågeutredning (UAFU)
Tolktjänst	xxxx kr/timme	Vid behov om den försäkrade inte behärskar svenska eller har en funktionsnedsättning som allvarligt begränsar förmågan att se, höra eller tala.

10 § Om Försäkringskassan inte har begärt försäkringsmedicinska utredningar motsvarande det prognostiserade utredningsbehovet enligt 2 § har landstinget ändå rätt till ersättning med ett belopp som motsvarar värdet av 70 procent av det prognostiserade utredningsbehovet för aktuell period.

Om den försäkrade anmäler förhinder till en inplanerad undersökning och annan försäkrad inte hinner kallas till den reserverade tiden kan landstinget ändå få ersättning för den uteblivna undersökningen.

Försäkringskassan får meddela närmare föreskrifter om administrationen och övrig hantering när det gäller ersättningen till landstingen.

Ersättning till den försäkrade

11 § Försäkringskassan får meddela föreskrifter om ersättning för kostnader som den försäkrade har med anledning av en försäkringsmedicinsk utredning samt dennes resa och uppehälle.

Landstingens återbetalningsskyldighet

12 § Ett landsting är återbetalningsskyldigt om

1. landstinget har sökt eller tagit emot ersättning genom att lämna oriktiga uppgifter som har förorsakat att ersättningen beviljats felaktigt eller med för högt belopp, eller

2. ersättningen av något annat skäl har beviljats felaktigt eller med för högt belopp och mottagaren borde ha insett detta.

13 § Om mottagare av ersättningen är återbetalningsskyldig enligt 12 §, ska Försäkringskassan besluta att helt eller delvis kräva tillbaka ersättningen.

Ett beslut om återkrav ska fattas inom tio år från det att ett beslut om utbetalning av ersättningen enligt 9 eller 10 §§ har fattats.

14 § Om en mottagare av ersättning inte är berättigad till ersättning och denna ska betalas tillbaka, ska ränta tas ut enligt räntelagen (1975:635). Om det finns särskilda skäl, får räntekravet sättas ned.

15 § Om en mottagare av ersättning är återbetalningsskyldig och skyldig att betala ränta enligt denna förordning, får krav på återbetalning och ränta avräknas mot annan utbetalning av ersättning enligt förordningen.

16 § Försäkringskassan får meddela föreskrifter om verkställigheten av denna förordning.

Försäkringskassan ska senast den sista januari vartannat år, med början år XXXX, lämna sådana uppgifter till regeringen som kan behöva rapporteras enligt artikel 9 i kommissionens beslut 2012/21/EU.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2018.

2 Bakgrund

2.1 Inledning

Inom socialförsäkringsadministrationen behövs det ibland medicinska utredningar som kompletterar de intyg som den försäkrade själv ger in för att styrka rätten till ersättning från försäkringen. Sådana kompletterande medicinska utredningar har socialförsäkringsadministrationen över tid fått på olika sätt; genom egna utredningsresurser, privata aktörer eller hälso- och sjukvården. Sedan år 2010 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingått överenskommelser om att ge ersättning till landsting som inom föreskriven tid, fastställd av Försäkringskassan, levererar fördjupade medicinska utredningar efter beställning från Försäkringskassan. Överenskommelserna är dock tidsbegränsade och inte juridiskt bindande.

2.1.1 Från egna sjukhus till överenskommelse

År 1916 etablerades det första sjukhuset i Tranås, som inrymde en utrednings- och rehabiliteringsverksamhet, följt av ett sjukhus i Nynäshamn år 1918. Ytterligare ett sjukhus etablerades år 1923 i Åre. Dessa sjukhus hade till uppgift att bidra med medicinska underlag inför bedömning av och beslut om motsvarigheten till dagens sjuk- eller aktivitetsersättning.

Verksamheten vid Riksförsäkringsverkets sjukhus avvecklades den 1 januari 2000 för att ersättas av Försäkringsmedicinskt centrum (FMC). FMC blev en del av Östergötlands läns allmänna försäkringskassa. Kärnverksamheten vid FMC bestod i att utföra kvalificerade utredningar inom försäkringsmedicin och rehabilitering. De allmänna försäkringskassorna fick genom särskilda medel möjlighet att köpa försäkringsmedicinska utredningar från FMC eller

från andra aktörer. Efterfrågan på grundutredningar varierade kraftigt mellan olika försäkringskassor i landet men var sammantaget betydligt mindre än förväntat. Försäkringskassan framförde år 2006, i en skrivelse till regeringen att ansvarsgränserna mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården behövde förtydligas. Försäkringskassan föreslog därför att hälso- och sjukvårdens ansvar att tillhandahålla intyg och utlåtanden till Försäkringskassan skulle omfatta alla underlag som socialförsäkringen behövde. Ett sådant förtydligande skulle medföra att Försäkringskassan inte längre hade behov av särskilda medel för att köpa försäkringsmedicinska utredningar eller särskilda utlåtanden. Ett liknande förslag lämnades av Rehabiliteringsutredningen i deras slutbetänkande. Men Regeringen fattade inte beslut i enlighet med Försäkringskassans skrivelse eller Rehabiliteringsutredningens förslag och Försäkringskassan behöll därmed sina medel för att köpa försäkringsmedicinska utredningar. År 2007 överlät Försäkringskassan sin verksamhet vid Försäkringsmedicinskt centrum till företaget Manpower Hälsopartner AB och tecknade samtidigt avtal om att köpa tjänster från samma företag. Försäkringskassan upphandlade även försäkringsmedicinska utredningar från andra privata aktörer från och med 2007 och fram till 2010. Sedan 2010 regleras det genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

2.2 Försäkringsmedicinsk utredning

Med en försäkringsmedicinsk utredning avses en fördjupad medicinsk undersökning som resulterar i ett utlåtande som ska kunna fungera som underlag när Försäkringskassan ska ta ställning till en försäkrads nedsättning av arbetsförmågan i samband med bedömningen av rätten till ersättning eller förmån.

En försäkringsmedicinsk utredning beställs ofta för försäkrade som har en mångfacetterad livssituation där inte enbart sjukdom, diagnos och funktionsnedsättning är avgörande för processen. De tre olika formerna av försäkringsmedicinska utredningar som för närvarande används i ärenden rörande sjukpenning, sjukersättning och aktivitetserättning beskrivs mer utförligt nedan.

2.2.1 Särskilt läkarutlåtande (SLU)

Av Försäkringskassans riktlinjer² framgår att utredningarna avser försäkrade som får eller ansöker om ersättning på grund av sjukdom från Försäkringskassan och där det behövs en helhetsbild av hur sjukdomen påverkar förmågan till aktivitet.

Utredningen ska utföras av en legitimerad läkare med den specialistkompetens som behövs för en försäkringsmedicinsk bedömning av den försäkrades funktionstillstånd. Utöver lämplig specialistkompetens ska läkaren ha genomgått Försäkringskassans grund- och uppföljningsutbildningar i försäkringsmedicinska utredningar. För utredningar av försäkrade med en svårbedömd psykisk sjukdomsbild kan Försäkringskassan begära att läkaren ska ha specialistkompetens i psykiatri.

I det särskilda läkarutlåtandet för bedömning av medicinska förutsättningar för arbete³ ska det anges medicinsk bakgrund, uppgifter från den försäkrade, medicinsk utredning, medicinsk bedömning och uppgifter om utredningen. Det ska ske en kroppslig undersökning av den försäkrade som sedan ska ligga till grund för uppgifterna i den medicinska utredningen. De fysiska och psykiska undersökningsfynden samt observationer som framkommit vid undersökningen ska redovisas. Även andra utrednings- och testresultat ska redovisas t.ex. BMI, blodvärden, EKG, funktionstester m.m. I den medicinska bedömningen redovisas diagnoser för de sjukdomar som medför aktivitetsbegränsningar samt eventuella förändringar vad gäller tidigare angivna diagnoser. Det ska även anges om det finns medicinsk behandling som kan påverka förloppet, utan att utredande läkare lämnar förslag på några specifika behandlingar eller rehabiliteringsinsatser.

2.2.2 Teambaserad medicinsk utredning (TMU)

Av Försäkringskassans riktlinjer⁴ framgår att utredningarna avser försäkrade som har en sammansatt eller svårbedömd sjukdomsbild,

² Riktlinjer för kvalitetskrav för teambaserade medicinska utredningar (TMU) och särskilda läkarutlåtanden (SLU) som Försäkringskassan beställer från landstingen, dnr 058733-2013.

³ Försäkringskassans blankett 7264.

⁴ Riktlinjer för kvalitetskrav för teambaserade medicinska utredningar (TMU) och särskilda läkarutlåtanden (SLU) som Försäkringskassan beställer från landstingen, dnr 058733-2013.

exempelvis vid sjukskrivning för flera diagnoser (samsjuklighet) eller där fler faktorer än enbart sjukdom kan påverka arbetsförmågan. Teamutredningar utföras av följande personalkategorier⁵:

- Legitimerad läkare med den specialistkompetens som behövs för en försäkringsmedicinsk bedömning av den försäkrades funktionstillstånd. För utredningar av försäkrade med en svårbedömd psykisk sjukdomsbild ska läkaren vara specialistutbildad läkare med bred erfarenhet av patienter med psykisk ohälsa och ha kunskap om aktuella behandlingsformer och moderna terapier.
- Legitimerad psykolog med den kompetens och yrkeserfarenhet som behövs för att utreda och bedöma funktionstillstånd.
- Legitimerad sjukgymnast med den kompetens och yrkeserfarenhet som behövs för att utreda och bedöma funktionstillstånd.
- Legitimerad arbetsterapeut med den kompetens och yrkeserfarenhet som behövs för att utreda och bedöma funktions-tillstånd.

I läkarutlåtandet efter teamutredning för bedömning av medicinska förutsättningar för arbete⁶ ingår samma uppgifter och undersökningar som i SLU men även utrednings- och testresultat från sjukgymnast, psykolog och arbetsterapeut ska redovisas.

För en TMU finns det inga krav på vilka utredningsmetoder som ska användas men den kan gå till på följande sätt. Läkaren beskriver den försäkrades sjukdomshistoria och medicinering. Läkaren undersöker den försäkrade genom att bl.a. ta blodtryck, lyssna på hjärta och lungor, kontrollera neurologiska reflexer, undersöka buken och läkaren undersöker speciellt de områden där den försäkrades besvär finns genom att kontrollera rörlighet, styrka m.m. Psykologen gör en intervju och utför ett antal olika tester. Arbetsterapeuten genomför en test i form av en stationsbana. I banan ingår moment där den försäkrade ska lyfta saker, flytta saker, sortera saker samt plocka upp småsaker. Sedan får den försäkrade ut-

⁵ Samtliga professioner ska delta i Försäkringskassans grund- och uppföljningsutbildningar i försäkringsmedicinska utredningar.

⁶ Försäkringskassans blankett 7268.

föra någon form av lagerarbete, genomföra ett skruvmoment på olika höjder och göra en montering. Sjukgymnasten gör en kort undersökning av den försäkrade och sedan får den försäkrade genomgå ett så kallat TIPPA-test. I TIPPA-testet ingår vanlig gång, gå i trappor, gå upp och ned på en pall, kontroll av gripförmågan, lyft m.m.

2.2.3 Aktivitetsförmågeutredning (AFU)

Försäkringskassan fick år 2010 i uppdrag av regeringen att tillsammans med Socialstyrelsen och i samråd med Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården vidareutveckla metoder och instrument för att bedöma arbetsförmåga inför dag 180 i ett sjukfall. Mindre försök genomfördes under år 2011 vilket ledde till att AFU sedan år 2012 genomförs inom ramen för en pilotverksamhet. År 2013 gjordes en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om att göra ett något större försök i åtta landsting. För att få mer erfarenheter och möjlighet att utvärdera AFU förlängdes försöket under åren 2014 och 2015. Sedan 2015 är det sju landsting som ingår i försöket; Jönköpings läns landsting, Västerbottens läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Skåne.

AFU används i situationer när prövningen av den försäkrades arbetsförmåga vidgas till att även innefatta normalt förekommande arbete på hela arbetsmarknaden, vilket normalt sker vid dag 181 i ett sjukfall. Utredningarna är i första hand aktuella i sjukpenningärenden men utlåntagandet kan även ligga till grund för en prövning av sjukersättning i de fall omfattande begränsningar upptäcks. AFU är en metod som är utvecklad utifrån erfarenheter av SLU och TMU. Själva undersökningen baseras på ett självskattningsformulär som den försäkrade får fylla i som handlar om aktuellt medicinskt tillstånd, förmågor och syn på återgång i arbete. I undersökningen ingår en basal fysisk undersökning och i de fall det bedöms behövt en psykiatrisk intervju. Största delen av undersökningen består av en "klargörande intervju" som läkaren anpassar utifrån självskattningen, bifogade medicinska underlag och egna undersökningar. I vissa fall kan det behövas en utvidgad AFU, det är när det

finns behov av att komplettera den utredning som den bedömande läkaren gör med insatser från psykolog, sjukgymnast eller arbetsterapeut. AFU mynnar ut i ett utlåtande där en aktivitetsförmågeprofil kan sättas i relation till ett kunskapsunderlag om olika yrkens krav, som förvaltas och utvecklas av Arbetsförmedlingen. Till skillnad från SLU och TMU är de metoder som används vid AFU standardiserade.

2.3 Överenskommelser

Sedan år 2010 har staten och SKL ingått överenskommelser om att ge ersättning till landsting som levererat försäkringsmedicinska utredningar till Försäkringskassan. Överenskommelserna är frivilliga för det enskilda landstinget, vilket innebär att alla landsting inte behöver genomföra försäkringsmedicinska utredningar. Hitills har alla landsting valt att bygga upp utredningsverksamheten i egen regi, upphandlat den från en privat aktör eller en blandning av egen verksamhet och upphandlade privata aktörer. Men alla landsting gör inte alla typer av försäkringsmedicinska utredningar.

För perioden 1 november 2016 till 31 december 2017 finns en överenskommelse om försäkringsmedicinska utredningar i form av SLU, TMU och AFU (S2016/06220/SF). Sammantaget finns det 250 miljoner kronor per år avsatt för Försäkringskassans köp av de försäkringsmedicinska utredningarna. Försäkringskassan svarar för uppföljning, beräkning och utbetalning av ersättningen till landstingen som utgår enligt tabellen nedan.

Styckersättning inklusive tolkersättning utgår enligt följande:

Tabell 2.1 Ersättning per utredningsform

Belopp i kronor

Utredning	Ersättning per utredning	Ersättning för tolk per utredning
Teambaserad medicinsk utredning (TMU)	28 000	6 000
Särskilt läkarutlåtande (SLU)	14 500	—
Arbetsförmågutredning (AFU)	16 300	3 200
Utvidgad AFU Psykolog	5 000	2 650
Utvidgad AFU fysioterapeut/arbetsterapeut	3 000	1 300

Förutom en styckersättning för varje genomförd godkänd utredning utgår även ersättning till landstingen för deras centrala administration, ambulerande team, utbildningsinsatser för personal som arbetar med de försäkringsmedicinska utredningarna samt en engångsvis uppstartersättning för de landsting som inte deltagit i pilotverksamheten för AFU men som från 1 januari 2017 väljer att börja göra dessa utredningar.

2.4 Hantering vid handläggning

Alla handläggare som arbetar med de aktuella förmånerna har rätten och möjligheten att beställa försäkringsmedicinska utredningar. Hanteringen går till så att Försäkringskassans handläggare gör en beställning via e-post direkt till det landsting som den försäkrade tillhör. En kopia på beställningen skickas även till Försäkringskassans så kallade avropssamordnare, som är Försäkringskassans regionala kontaktperson.

Landstinget ska inom fem arbetsdagar via e-post meddela handläggaren och avropssamordnaren på Försäkringskassan vilken läkare eller leverantör som ska utföra utredningen. Senast två arbetsdagar efter handläggaren fått detta besked ska en skriftlig beställning tillsammans med relevanta handlingar skickas direkt till den läkare eller leverantör som landstinget anvisat. Läkarutlåtandet ska sedan komma in till Försäkringskassan senast inom fem veckor från det att relevanta handlingar kommit in till den som ska utföra utredningen.

Gemensamt för de olika typerna av fördjupade utlåtanden är att de har standardiserade frågeställningar och svar som ingår i utlåtandena. Det betyder att inga andra uppgifter än de som framgår av blanketterna ska redovisas. Försäkringskassans handläggare kan inte ställa frågor om t.ex. arbetsförmågans nedsättning eftersom det är ett försäkringsjuridiskt begrepp som Försäkringskassan själv ska ta ställning till.

När utlåtandet kommit in till Försäkringskassan biläggs det i den försäkrades akt. Utlåtandet ska innehålla läkarens bedömning angående diagnos, hur den försäkrades sjukdom påverkar funktionstillståndet, prognosen för aktivitetsbegränsningar samt eventuella medicinska risker vid utförande av någon typ av aktivitet. Det ska i utlåtandet framgå vilka undersökningsfynd och observationer som ligger till grund för bedömningen av aktivitetsbegränsningarna. Utifrån detta och övrig information i ärendet, bedömer Försäkringskassans handläggare den försäkrades arbetsförmåga och rätt till ersättning samt i vissa fall också behov och förutsättningar för arbetslivsinriktad rehabilitering. Vissa handläggare har kontakt med en försäkringsmedicinsk rådgivare⁷ både före och efter en beställning. Men det är inte den försäkringsmedicinska rådgivarens uppgift att göra bedömningen om den försäkrade ska vara sjukskriven eller inte, utan detta är handläggarens uppgift. Det finns inget krav på att involvera den försäkringsmedicinska rådgivaren eller andra experter vid beställning eller uttolkning av de försäkringsmedicinska utredningarna.

Om den försäkrade ger sitt samtycke skickas en kopia på utlåtandet till den behandlande läkaren, om denne finns angiven. Som framgår ovan så finns det en detaljerad reglering av hur de försäkringsmedicinska utredningarna ska hanteras. Men i praktiken har det trots detta visat sig finnas en hel del osäkerhet och otydligheter.

⁷ En försäkringsmedicinsk rådgivare är en läkare, anställd av Försäkringskassan, som på olika sätt stöttar handläggarna i medicinska frågor t.ex. genom att tolka läkarintyg och försäkringsmedicinska utredningar.

Utförarna av försäkringsmedicinska utredningarna

Landstingen har möjlighet att själva välja hur de ska hantera de försäkringsmedicinska utredningarna och vem/vilken som ska göra utredningarna. Drygt hälften av landstingen, elva stycken, gör utredningarna helt i egen regi, ofta som en integrerad del av en smärt- eller rehabiliteringsklinik, eller har en kombination där de gör vissa försäkringsmedicinska utredningar i den egna organisationen och andra upphandlas externt. Resten av landstingen, tio stycken, har valt att upphandla privata aktörer som gör alla försäkringsmedicinska utredningar. Anledningen till att inte fler landsting valt att göra utredningarna i egen regi är att landstingen bedömer att det inte finns utrymme eller kompetens inom den egna verksamheten att utföra utredningarna.

2.4.1 Volym och kostnader

Nedan redovisas per landsting antalet försäkringsmedicinska utredningar; 2012–2014 och antalet utredningar i förhållande till antalet sjukfall i länet längre än 180 dagar.

Tabell 2.2 Antalet genomförda försäkringsmedicinska utredningar åren 2013–2015

Landsting	2013	2014	2015	Antal sjukfall 180 dagar el längre	Andel utredningar i förhållande till sjukfall 180 dagar eller längre
Blekinge	85	88	70	1 231	6%
Dalarna	21	33	44	2 834	2%
Gotland	9	4	8	464	2%
Gävleborg	98	198	84	2 803	3%
Halland	93	177	253	2 559	10%
Jämtland	77	83	103	1 563	7%
Jönköping	129	219	228	3 404	7%
Kalmar	154	115	151	2 410	6%
Kronoberg	131	109	200	1 913	10%
Norrbottn	52	87	84	2 261	4%
Skåne	874	1059	1449	11 082	13%
Stockholm	579	667	1163	18 899	6%
Södermanland	47	40	124	2 894	4%
Uppsala	217	125	136	3 203	4%
Värmland	86	213	139	2 680	5%
Västerbotten	133	277	169	3 262	5%
Västernorrland	225	447	283	3 219	9%
Västmanland	35	54	73	2 733	3%
Västra Götaland	1170	1311	1769	19 346	9%
Örebro	89	109	150	3 521	4%
Östergötland	157	149	201	3 467	6%
Totalt	4461	5564	6 881	95 748	7%

Antalet utredningar per landsting har ökat under perioden 2013–2015, men variationen mellan landstingen är fortfarande stor. Andel utredningar i förhållande till sjukfall 180 dagar eller längre varierar från bara några få procent i Dalarna, Gotland och Västmanland till över 10 procent i Halland, Kronoberg och Skåne.

Under 2014 beställde Försäkringskassan försäkringsmedicinska utredningar till en kostnad av 102 miljoner kronor och 2015 ökade beställningarna till cirka 226 miljoner kronor och för 2016 är prognosen att de avsatta medlen för ändamålet, 250 miljoner kronor, kommer att förbrukas.

2.5 Problem med nuvarande modell

Det finns en rad problem kring de försäkringsmedicinska utredningarna som kan kopplas till bristen på långsiktighet i överenskommelserna: osäkerhet kring vilken lagstiftning som reglerar verksamheten, ojämn beställning från Försäkringskassan, Försäkringskassans handläggning och otydlig samarbetsmöjlighet mellan landstingen. Nedan redovisas mer ingående några av de problem som framkommit.

2.5.1 Överenskommelser

De överenskommelser som Sveriges Kommuner och Landsting har ingått för landstingens räkning är inte juridiskt bindande för landstingen. De flesta landsting väljer ändå att följa överenskommelserna men det finns några landsting som bara följer överenskommelserna till viss del genom att emellanåt tacka nej till att utföra försäkringsmedicinska utredningar eller som inte har tillgodosett behovet av samtliga försäkringsmedicinska utredningar. Överenskommelserna innebär i praktiken att ett eller flera landsting skulle kunna sluta att leverera försäkringsmedicinska utredningar utan någon annan påföljd än att Försäkringskassan inte kan vara säker på att få tillgång till efterfrågat beslutsunderlag. Tidsbegränsade överenskommelser medför att det inte finns möjligheter för Försäkringskassan eller landstingen att göra en långsiktig planering och utveckla verksamheten. Detta kan vara en av orsakerna till att vissa landsting har tenderat att upphandla privata aktörer i stället för att göra utredningarna i den egna verksamheten.

Eftersom överenskommelserna ofta är ettåriga kan de landsting som upphandlar tjänsterna av privata aktörer bara teckna kortare avtal. De får därför lägga ner tid och resurser för att på nytt upphandla tjänsten vilket även kan leda till att landstingen får högre kostnad då inte heller den privata aktören kan planera långsiktigt och vill ha betalt för denna osäkerhet. När överenskommelserna ska omförhandlas tar det tid och resurser i anspråk för alla inblandade parter. Överenskommelserna som verktyg för att styra

landstingens prioriteringar och arbete har också kritiserats av Riksrevisionen⁸.

Ett annat problem med de nuvarande överenskommelserna är att de reglerar ersättningen till landstingen och eftersom de saknar långsiktighet får det till följd att det är svårt för landstingen att veta vilken ersättning de på sikt kommer att få när de gör de försäkringsmedicinska utredningarna.

2.5.2 Oklar reglering

Ett annat problem är att det råder osäkert om vilka lagar och bestämmelser som är tillämpliga vid de försäkringsmedicinska utredningarna. Det finns olika åsikter huruvida de försäkringsmedicinska utredningarna omfattas av hälso- och sjukvårdslagen eller inte. Detta bidrar till osäkerhet om t.ex. patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patientskadelagen är tillämpliga. Andra frågor som bidrar till osäkerhet är bl.a. följande. Vilket skydd finns det för den försäkrades integritet när denne genomgår en försäkringsmedicinsk utredning? Vad gäller i de situationer där jäv kan bli aktuellt? Vilka bestämmelser finns det som garanterar att den försäkringsmedicinska utredningen utförs på ett opartiskt och förutsettningsslöst sätt?

2.5.3 Ojämn och liten beställning påverkar kvaliteten

Ett problem har varit att Försäkringskassan har beställt färre utredningar än vad de har prognostiserat. Det har också varit stora variationer i landet när det gäller hur många utredningar som beställts liksom fördelningen över året. De ojämna beställningarna har medfört problem för landstingen och de upphandlade privata aktörerna att anpassa sina organisationer utifrån efterfrågan. Blir det för få beställningar har de en överkapacitet som inte utnyttjas och då kan inte kompetensen hos läkare och övriga professioner upprätthållas i och med att de inte får rutin på att utföra utredningarna. Det är också en kostnad att ha outnyttjad personal och

⁸ Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej (RIR 2014:20).

att personalen inte kan utnyttjas i annan verksamhet. Vid vissa toppar kommer däremot många beställningar och då kan inte leverantörerna hålla tidskravet och det kan vara svårt att på kort varsel få tag i kompetent personal. Några landsting har inte haft kompetens att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna i den egna organisationen och de har haft svårt att få in anbud från privata aktörer när de upphandlat. Detta har bidragit till att beställda utredningar ibland inte har kunnat levereras, vilket i sin tur även minskar Försäkringskassans benägenhet att beställa utredningar.

2.5.4 Försäkringskassans handläggning

Försäkringskassans handläggare har problem att välja ut i vilka ärenden utredningarna ska beställas. De har även problem med att välja vilken typ av utredning som bäst svarar mot behoven. Många handläggare beställer utredningar så sällan att de saknar rutin för både att avgöra vilka ärenden som är aktuella och hur beställningen administrativt ska gå till. Även om handläggarna saknar de medicinska baskunskaper som oftast krävs för att både se när fördjupade försäkringsmedicinska utredningar är motiverade och hur utredningsutlåtandena ska tolkas så är det sällsynt att handläggare tar hjälp av de försäkringsmedicinska rådgivarna. Handläggning av de försäkringsmedicinska utredningarna ingår inte i utbildningen för nyanställda handläggare och det finns heller ingen vidareutbildning eller fördjupning inom området för mer erfarna handläggare. Det är dessutom osäkert på vilket sätt och i vilken omfattning som handläggarna använder den genomförda utredningen i den försäkrades ärende samt vilken påverkan de beställda utredningarna har på utgången i de olika försäkringsärendena. Det har också brustit i feedback från Försäkringskassans sida till utförarna eller landstingen på genomförda utredningar och handläggarna har inte godkänt utredningarna inom 14 dagar.

2.5.5 Otydlig samarbetsmöjlighet mellan landstingen

Det har även framkommit problem som har med landstingens möjlighet till samarbete att göra:

- Några landsting har ansett sig förhindrade att samarbeta med andra landsting på grund av lagstiftningen där det framgår att varje landsting ska ta hand om de angelägenheter som har anknytning till det egna landstingets område eller deras egna landstingsmedlemmar.
- De överenskommelser som har ingåtts mellan staten och Sveriges Kommuner och landstingen har inte varit rättsligt bindande för landstingen. Det har därmed uppstått problem med att överlåta icke obligatoriska uppgifter om landstingsmedlemmar till ett annat landsting eller att göra en upphandling.
- Det har funnits svårigheter att ordna utredningsverksamheten på ett effektivt sätt när den är utspridd i samtliga landsting. De landsting som inte utför så många försäkringsmedicinska utredningar har inte fått igång verksamheten på ett bra sätt medan andra landsting har en fungerande verksamhet med fler beställningar. Vissa landsting har problem med att tillgodose Försäkringskassans behov av t.ex. SLU med psykiatrikerkompetens, vilket beror på att det är brist på psykiatriker inom landstinget medan närliggande landsting har denna kompetens.
- I små landsting har det uppkommit problem med jäv, det vill säga att den läkare som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen tidigare har behandlat den försäkrade. Detta problem har inte varit möjligt att lösa eftersom man inte kunnat skicka den försäkrade till ett angränsande landsting.

Några landsting har dock haft ett visst samarbete genom att använda sig av samma upphandlade privata aktörer.

2.6 Ärendets gång

Den 20 mars 2014 beslutade regeringen kommittédirektiv Ansvar för försäkringsmedicinska utredningar (dir. 2014:43). En särskild utredare fick då i uppdrag att lämna förslag till hur behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta socialförsäkringsområden skulle kunna tillgodoses. I uppdraget ingick att lämna förslag till de författningsändringar som utredarens överväganden gav anledning till. Syftet med utredningen var att

tydliggöra ansvaret för att göra försäkringsmedicinska utredningar och utfärda försäkringsmedicinska utlåtanden. I första hand skulle utredaren pröva möjligheten och lämpligheten av att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar via landstingen.

Utredningen lämnade i mars 2015 sitt betänkande För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) i mars 2015 där det föreslogs ett lagstadgat ansvar för landstingen att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna med möjlighet för landstingen att samarbete med andra landsting för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.

Utredningen utgick ifrån tre övergripande ansvarsmodeller som tänkbara för att hantera ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna:

1. Försäkringskassan bygger upp en egen organisation som har ansvaret för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.
2. Försäkringskassan upphandlar försäkringsmedicinska utredningarna av privata aktörer.
3. Landstingen ansvarar för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna antingen i egen regi eller genom att upphandla dessa av privata aktörer.

Utredningen konstaterade att inte någon av modellerna var problemfri utan det fanns både för- och nackdelar med alla. Men de såg att det fanns vissa aspekter med modellerna som var viktigare än andra t.ex. objektivitet, geografisk täckning, långsiktighet, kompetens och närhet till forsknings- och utvecklingskliniker. Den samlade bedömning var att genom att ge ansvaret till landstingen skapas förutsättningarna för en långsiktigt stabil lösning. Med denna modell kan de försäkringsmedicinska utredningarna bli en del av landstingens uppbyggda eller upphandlade verksamhet. Inom landstingen finns god kompetens, en vana att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och förutsättningar för en ändamålsenlig geografisk spridning i landet. Landstingen kan vid behov upphandla verksamheten av privata aktörer. Med denna modell skapas viktiga förutsättningar för att Försäkringskassan ska kunna få de försäkringsmedicinska utredningar som de behöver.

Flera landsting har redan i dag byggt upp en verksamhet i egen regi där de gör de försäkringsmedicinska utredningarna, ofta inom

ramen för en smärt- eller rehabiliteringsklinik. Verksamhet har god geografisk spridning i landet och det vore olyckligt om den gick till spillo.

Utredningen ansåg även att det är en stor fördel att de försäkringsmedicinska utredningarna knyts till landstingens övriga arbete. För den försäkrade kan det framstå som tryggare och mer "neutralt" att bli utredd av hälso- och sjukvårdspersonal som har landstinget som huvudman än om det sker inom ramen för Försäkringskassans verksamhet. Även möjligheten att knyta de försäkringsmedicinska utredningarna till forskningsstatsningar borde öka med denna modell.

2.6.1 Remissvaren

Betänkandet har remissbehandlats och en sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2015/1590/SF). Det stora flertalet remissinstanser ställde sig positiva och tillstyrkte utredningens förslag att landstingen ska få ett lagstadgat ansvar att göra de försäkringsmedicinska utredningarna. Fler remissinstanser ansåg att det är av stor vikt att det skapas stabila och långsiktiga lösningar för de försäkringsmedicinska utredningarna. Statskontoret ansåg att regering bör vara restriktiv med att använda överenskommelser som styrmedel och att de endast ska användas vid tillfällen där regeringen ser behov av att komplettera den ordinarie styrningen.

En viktig förutsättning för att landstingen och även SKL ställde sig positiva till förslagen var dock att de ges full ekonomisk kompensation och att denna verksamhet inte tränger undan landstingens kärnverksamhet. Flera landsting påpekade också att för att de ska ha möjlighet att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna patientsäkert och med god kvalitet är det nödvändigt att Försäkringskassan lämnar en prognos över antalet utredningar som de kommer att beställa. Detta är en förutsättning för att landstingen ska kunna planera sin verksamhet.

Sju landsting⁹ ställde sig avvisande till den föreslagna modellen. De argument som de angav var att de anser sig mest fungera som en mellanhand mellan Försäkringskassan som beställare och de privata vårdgivare som de upphandlat för att göra utredningarna. Flertalet av de landsting som avvisade förslaget ansåg att en bättre lösning är att Försäkringskassan bygger upp denna verksamhet i sin egen organisation. Några av de mindre landstingen ansåg att det är svårt att tillhandahålla den kompetens som krävs för samtliga utredningar och samarbetet med andra landsting blir därför mycket viktigt. Flera landsting förordade även att ansvaret för utredningarna bör samordnas regionalt inom sjukvårdsregionerna vilket kan ge stordriftsfördelar, mindre administration och ett större utbud.

Även Rygginstitutet avvisade förslaget och de ansåg att denna verksamhet fungerade bäst när Försäkringskassan köpte de försäkringsmedicinska utredningarna direkt från vårdgivarna. De påpekade även att med detta förslag tar man i anspråk landstingens redan knappa resurser.

Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg och Stockholms läns landsting ställde sig frågande till utredningens bedömning att de försäkringsmedicinska utredningarna inte är hälso- och sjukvård. Det faktum att dessa utredningar genomförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, att den enskilde inom ramen för utredningen undersöks av personal från denna yrkesgrupp, att det inte är sällan som det vid utredningarna framkommer informationer som har betydelse för den enskildes vård och rehabilitering ger stöd för att de försäkringsmedicinska utredningarna ska anses vara hälso- och sjukvård. Även det faktum att patientskadelagen (1996:799) och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, föreslås bli tillämpliga samt att patientjournal föreslås föras anser Socialstyrelsen ger ytterligare stöd för detta. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter (SOFs 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. och redan av 1§ följer att föreskrifterna ska tillämpas på intyg som grundas på en bedömning av någons hälso-tillstånd, behov, förmåga eller annat förhållande orsakat av hälso-tillståndet och som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonalen inom verksamheter som omfattas av HSL eller tandvårdslagen

⁹ Landstinget i Uppsala län, Region Halland, Region Örebro, Landstinget Västmanland, Region Gävleborg, Landstinget Västernorrland och Region Gotland.

(1985:125). LO var tveksam till och ifrågasatte utredningens bedömning rörande att de försäkringsmedicinska utredningarna varken innebär myndighetsutövning eller hälso- och sjukvård. LO ansåg att denna fråga behöver utredas vidare. Flertalet landsting ansåg däremot i likhet med utredningen att det inte handlar om hälso- och sjukvård eftersom det inte rör sig om vård och behandling när de utför de försäkringsmedicinska utredningarna.

Socialstyrelsens remissvar

Socialstyrelsen har som komplement till sitt remissvar lämnat ett särskilt svar (S2015/1590/SF) där de framför vissa tveksamheten till delar av förslagen i betänkandet bl.a. att det är komplicerande om endast vissa delar av Patientdatalagen (PDL) blir tillämpliga eftersom författningen är uppbyggd för att tillämpas i sin helhet på vårdgivarens behandling av personuppgifter. En annan komplikation är att PDL är anpassad till verksamhet som bedrivs som hälso- och sjukvård.

Om endast vissa delar av PDL ska tillämpas kommer personuppgiftslagen (1998:204) (som inom kort kommer att ersättas av den nya dataskyddsförordningen) att bli tillämplig i betydligt större omfattning än vad som gäller för hantering av andra journaler inom hälso- och sjukvården. Vårdgivarna kommer att behöva tillämpa två olika regelsystem samtidigt för de försäkringsmedicinska utredningarnas journaler, varav enbart det ena regelsystemet är anpassat till journalföring och hantering av journaluppgifter. Det finns risk att förslaget leder till gränsdragningsvårigheter samt svårigheter för sjukvårdspersonalen att hålla reda på vilka regler som är tillämpliga. Det är också viktigt att ingen fråga hamnar ”mellan stolarna” när regleringen utformas.

De journaluppgifter som rör de försäkringsmedicinska utredningarna kommer alltså inte att omfattas av samma detaljreglering i nämnda avseenden som andra journaluppgifter som finns i vårdgivarnas journalsystem. Frågan uppkommer om de uppgifter som finns i de försäkringsmedicinska utredningarna kan komma att omfattas av ett sämre skydd än de uppgifter i journalsystemen som omfattas av PDL, trots att det kan röra sig om samma sorts uppgifter, och om det är motiverat.

2.6.2 Fortsatt arbete

Mot bakgrund av de synpunkter som bl.a. inkommit från Socialstyrelsen har Socialdepartementet gjort bedömningen att den lagtekniska lösningen som presenterades i betänkandet För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU2015:17) behöver ses över och i vissa delar omarbetas. Mot bakgrund av detta har det tillsatts en arbetsgrupp i departementet med uppgift att utarbeta nya lagförslag.

3 Gällande rätt

3.1 Inledning

Av 110 kap. 13 och 14 §§ socialförsäkringsbalken framgår vilken utredningsplikt och vilka utredningsmöjligheter som Försäkringskassan har, bl.a. i form av försäkringsmedicinska utredningar, i de fall befintligt underlag i ett ärende inte är tillräckligt. Det är dock bara i en paragraf i socialförsäkringsbalken som försäkringsmedicinska utredningar överhuvudtaget nämns. Det är i övrigt osäkert vilka lagar och bestämmelser som är tillämpliga vid de försäkringsmedicinska utredningarna. Det finns flera lagar som har koppling till definitionen av hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) t.ex. patientsäkerhetslagen (2010:659), patientdatalagen (2008:355), patientskadelagen (1996:799) och patientlagen (2014:821). Dessa lagar är tillämpliga om försäkringsmedicinska utredningar kan definieras som hälso- och sjukvård, men inte annars. De övriga lagregleringar som har betydelse för försäkringsmedicinska utredningar är personuppgiftslagen (1998:204), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förvaltningslagen (1986:223) och kommunallagen (1991:900). Även lagen (2007:1091) om offentlig upphandling bör beaktas i sammanhanget. Vi redogör dessutom för relevant EU-lagstiftning och rättspraxis på området.

3.2 Försäkringskassans utredningsplikt och utredningsbefogenheter

Lagstadgad utredningsplikt

I 110 kap. 13 § första stycket socialförsäkringsbalken anges att den handläggande myndigheten ska se till att ärendena blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver.

Av förarbetena till bestämmelsen framgår bl.a. följande. Även om den s.k. officialprincipen som innebär att myndigheten har en vidsträckt utredningsskyldighet, gällde hos Försäkringskassan tidigare ansåg regeringen vid införandet av bestämmelsen att det var av värde att principen kom till direkt uttryck i lagtexten. Regeringen anförde att detta inte förändrade Försäkringskassans serviceskyldighet. Bestämmelsen innebär att Försäkringskassan ska leda utredningen i ärendet och se till att nödvändigt material kommer in. Den innebär däremot inte att Försäkringskassan i varje ärende själv måste sköta utredningen. Även den enskilde har ett ansvar för utredningen. Trots denna uppdelning av utredningsansvaret är det dock naturligt att anse att Försäkringskassan har en vidsträckt utredningsskyldighet. Särskilt i ärenden som initierats av Försäkringskassan själv är det uppenbart att Försäkringskassan har huvudansvaret för att behövlig utredning kommer in. Även i ansökningsärenden har Försäkringskassan ett ansvar för att ärendet blir tillräckligt utrett. Är det särskilt föreskrivet att den enskilde ska svara för viss utredning, t.ex. att lämna in ett läkarintyg, har denne visserligen ett förstahandsansvar i detta hänseende. Det är uppenbarligen svårt att generellt ange utredningsskyldighetens omfattning, eftersom ärendena kan vara av varierande slag och förhållandena inom samma ärendekategori kan skifta från fall till fall. Det anses exempelvis att en försäkrad som söker en förmån i princip ska visa att han eller hon uppfyller förutsättningarna för att erhålla denna. Försäkringskassan kan i ett sådant fall fullgöra sin utredningsskyldighet genom att anvisa den enskilde hur denne bäst kan styrka sina påståenden. Försäkringskassans utredningsskyldighet blir väsentligt mera omfattande om Försäkringskassan överväger att meddela ett för den försäkrade betungande beslut, t.ex. ett beslut

om återkrav, indragning eller nedsättning av ersättning. Bestämmelsen omfattar alla slags ärenden enligt socialförsäkringsbalken.¹⁰

Enligt 110 kap. 13 § andra stycket socialförsäkringsbalken är den enskilde skyldig att lämna de uppgifter som har betydelse för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av socialförsäkringsbalken.

Av förarbetena till bestämmelsen framgår bl.a. följande. I bestämmelsen regleras den enskildes uppgiftsskyldighet i ett ärende. Ramen för uppgiftsplikten anges genom uttrycket ”frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av denna balk”. Uttrycket ska täcka såväl uppgifter som behövs för att bedöma om de grundläggande försäkringsvillkoren är uppfyllda som uppgifter som behövs för prövning av rätten till och storleken på den förmån som är i fråga. Uppgiftsskyldigheten upphör inte när ärendet avgörs utan kvarstår så länge ersättning utgår. Uppgifter om faktiska förhållanden ska vanligen lämnas på heder och samvete.¹¹

Utredningspliktens omfattning

Av praxis framgår att det är ärendets art som avgör hur långt Försäkringskassans utredningsskyldighet sträcker sig. Vilket krav på utredning som kan ställas på Försäkringskassan i sjukpenningärenden varierar beroende på bl.a. ärendets karaktär och de förutsättningar den försäkrade har att bevaka sina intressen. Försäkringskassan måste komplettera utredningen på lämpligt sätt i de ärenden som är komplicerade och om det underlag som finns tillgängligt vid tidpunkten för Försäkringskassans beslut inte ger en tillräckligt tydlig bild av den försäkrades tillstånd och arbetsförmåga.¹²

Utredningsbefogenheter enligt socialförsäkringsbalken

Av bestämmelsen i 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken framgår att när det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i

¹⁰ Jfr prop. 2008/09:200 s. 554 f.

¹¹ Jfr prop. 1996/97:121 s. 37, 2008/09:200 s. 557 och 2009/10:69.

¹² Jfr HFD 2010 ref 120.

övrigt för tillämpningen av socialförsäkringsbalken får Försäkringskassan

1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare, anordnare av personlig assistans eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter
2. besöka den försäkrade
3. begära ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig
4. begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller någon annan utredning eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

Av förarbetena framgår att bestämmelsen omfattar alla slags ersättningar enligt balken. Den är därför tillämplig för såväl sjukpenning som assistansersättning. Detta är utredningsbefogenheter som jämfört med tidigare reglering är utvidgade och nu gäller för hela socialförsäkringsområdet. Det kan finnas behov för Försäkringskassan att vidta ytterligare åtgärder t.ex. när det gäller bedömningen av rätten till en ersättning eller storleken på en ersättning som redan betalas ut. Detta ställer krav på en precisering av vilka utredningsbefogenheter som Försäkringskassan har för att kunna bedöma vad den försäkrade egentligen har rätt till. Det finns därför regler om vilka befogenheter som Försäkringskassan kan använda för att vidta sådana fördjupade åtgärder.¹³

Enligt 110 kap. 14 § punkten 3 socialförsäkringsbalken får Försäkringskassan begära ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig om det behövs för att bedöma rätten till ersättning eller rehabilitering. Av Försäkringskassans vägledning framgår att Försäkringskassan för närvarande använder, som det tidigare har framgått, tre typer av försäkringsmedicinska utredningar: särskilt läkarutlåtande (SLU), ett läkarutlåtande efter teambaserad medicinsk utredning eller en aktivitetsförmågeutredning. Gemensamt för de olika typerna av försäkringsmedicinska

¹³ Jfr prop. 2008/09:200 s. 557 f.

utredningar är att de ska belysa om sjukdomen påverkar den försäkrades förmåga till aktivitet. Vid ett SLU kan läkaren vid behov under utredningen ta hjälp av kompletterande kompetens, till exempel en sjukgymnast eller en psykolog.¹⁴

Av förarbetena framgår att regeringen anser att huvudregeln bör vara att det är en läkare med fördjupad utbildning i försäkringsmedicin som utfärdar ett särskilt läkarutlåtande.¹⁵

Enligt 110 kap. 14 § punkten 4 socialförsäkringsbalken får Försäkringskassan begära att den försäkrade genomgår en försäkringsmedicinsk utredning och tillhörande undersökningar för bedömning av hans eller hennes medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering för att fortsättningsvis ha rätt till en förmån.

Av förarbetena till bestämmelsen framgår att det är i första hand utredningar som för den försäkrade är mindre ingripande som Försäkringskassan kan begära att han eller hon deltar i. Det kan vara undersökningar av specialistläkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter eller liknande. Ju mer ingripande utredningen är för den försäkrade, desto mer måste Försäkringskassan beakta principerna inom hälso- och sjukvården om den enskildes integritet och möjlighet till medverkan, och inflytande över utredning och behandling. Försäkringskassan måste även beakta andra faktorer än ekonomiska som kan innebära svårigheter för den försäkrade att t.ex. vara borta från hemmet i flera dagar.¹⁶

Lagtext som uttryckligen reglerar försäkringsmedicinska utredningar

Den enda bestämmelse som uttryckligen tar upp försäkringsmedicinska utredningar är 110 kap. 22 § socialförsäkringsbalken. Där framgår det att som villkor för rätt till eller ökning av sjukersättning eller aktivitetsersättning får det anges att den försäkrade under högst 30 dagar ska vara intagen på ett visst sjukhus eller vistas på en vårdinrättning för försäkringsmedicinsk utredning. Bestämmelsen

¹⁴ Jfr Försäkringskassans vägledning 2004:2, version 21.

¹⁵ Jfr prop. 2002/03:89 s. 31.

¹⁶ Prop. 1994/95:147 s. 49 f.

kompletterar bl.a. utredningsbestämmelsen i 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken.

Den enskildes deltagande i den försäkringsmedicinska utredningen

Den bestämmelse som kan vara av betydelse för den försäkrades deltagande i den försäkringsmedicinska utredningen är 110 kap. 53 § socialförsäkringsbalken. Där anges bl.a. att ersättning får dras in eller sättas ned om den som är berättigad till ersättningen utan giltig anledning vägrar att medverka till utredningsåtgärder enligt bl.a. 110 kap. 14 §.

Av 2 kap. 6 § regeringsformen framgår att var och en är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp.

Enligt förarbetena till bestämmelsen räknas som kroppsligt ingrepp kirurgiska operationer, kastrering m.m., men också läkarundersökningar och när man tar blodprov och fingeravtryck. Om t.ex. en läkarundersökning ställs upp som villkor för en förmån eller anställning räknas den inte som påtvingad.¹⁷

3.3 Förhållandet till hälso- och sjukvårdslagen

3.3.1 Vad ingår i begreppet hälso- och sjukvård?

Den grundläggande definitionen av begreppet hälso- och sjukvård finns i 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter, dvs. ambulans och liknande transporter.

Uttalanden i förarbeten om definitionen av hälso- och sjukvård

Förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen från år 1982 gäller fortfarande och av dessa framgår det att begreppet hälso- och sjukvård inte ska ges alltför vid tolkning. I stället bör hälso- och sjukvården i

¹⁷ Prop. 1994/95:147 s. 49.

princip begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med personal med administrativ, teknisk, farmaceutisk, psykologisk eller social kompetens. Med medicinskt utbildad personal avses även personal, vars utbildning inriktas på patientomvårdnad och rehabilitering.

Definitionen av hälso- och sjukvård anses även omfatta förebyggande åtgärder som är både miljöinriktade och individinriktade. Bland de individinriktade förebyggande åtgärderna finns även åtgärder för att hitta hälsoproblem t.ex. riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsouppllysning samt mödra- och barnhälsovård. Hälso- och sjukvården har även tidigare ansetts omfatta såväl öppen som sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barns börd, åtgärder i samband med abort och sterilisering och sjuktransporter.¹⁸

3.3.2 Övrig lagstiftning med koppling till hälso- och sjukvårdslagen

Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen syftar enligt 1 § till att värna om patienternas säkerhet vid hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. Lagen innehåller vidare bestämmelser om bl.a. vårdgivares skyldighet att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal och Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn.

Med hälso- och sjukvård avses, enligt 2 §, verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen.

Med uttrycket ”jämförlig verksamhet” avses sådan verksamhet som regleras i 5 kap. och 7 kap. 2 § samt verksamhet vid enheter för rättspsykiatriska undersökningar.¹⁹

För hälso- och sjukvård som bedrivs i enskild regi finns bestämmelser om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen.

¹⁸ Prop. 1981/82:97 s. 44 och s. 110 ff.

¹⁹ Prop. 2009/10:210 s. 188.

Patientskadelagen

Patientskadelagen gäller skador som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Patientskadelagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring). I lagen avses sådan verksamhet som omfattas av bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och annan liknande medicinsk verksamhet, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen.

Av förarbetena till lagen framgår att med annan liknande medicinsk verksamhet avses t.ex. levandeundersökningar i rättsmedicinskt syfte, rättspsykiatriska undersökningar samt medicinsk forskning på människor.²⁰

Patientdatalagen

Patientdatalagen tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. Hälso- och sjukvård definieras på samma sätt som i hälso- och sjukvårdslagen.

Patientlagen

Patientlagen syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen innehåller bestämmelser om tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet, fast vårdkontakt och individuell planering, val av behandlingsalternativ och hjälpmedel, ny medicinsk bedömning, val av utförare, personuppgifter och intyg, synpunkter, klagomål och patientsäkerhet.

²⁰ Prop. 1995/96:187 s. 78.

3.4 Övrig lagstiftning

3.4.1 Myndighetsutövning

När offentliga myndigheter utövar makt över enskilda benämns detta ofta som myndighetsutövning, vilket är ett begrepp som även används i ett flertal olika lagstiftningar, främst i förvaltningslagen men även i andra lagar. Begreppet är dock inte definierat i lag i dag utan för att finna en definition av begreppet måste man söka i den gamla förvaltningslagens 3 § (ÄFL 1971:290). Där framgår att myndighetsutövning är "utövning av befogenhet att för enskild bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinpåföljd, avskedande eller annat jämförbart förhållande". Denna definition gäller även i den nya förvaltningslagen trots att definitionen tagits bort i lagtexten.²¹

Gemensamt för all myndighetsutövning är, att det rör sig om beslut eller andra åtgärder, som ytterst är uttryck för samhällets maktbefogenheter i förhållande till medborgarna. Det behöver dock inte vara fråga om åtgärder som medför förpliktelser för enskilda.

Myndighetsutövning kan även föreligga i form av gynnande beslut, t.ex. tillstånd att driva viss verksamhet, befrielse från viss i författning stadgad förpliktelse och beviljande av social förmån. Karakteristiskt är emellertid att den enskilde på visst sätt befinner sig i ett beroendeförhållande

Om ett ärende uteslutande gäller lämnande av råd eller upplysningar eller andra oförbindande besked, är förvaltningslagens särskilda bestämmelser inte tillämpliga. Med uttrycket "bestämma om förmån" blir de särskilda bestämmelserna i allmänhet inte tillämpliga när en myndighet avger remissyttrande till en annan myndighet. Uttrycket "bestämma om" syftar inte bara på sådana avgöranden då myndigheten skiljer ärendet från sig genom prövning i sak utan även på de fall då ärendet avskrivs eller inte prövas i sak. Den precisering av begreppet myndighetsutövning som gjorts i det föregående utgår från förutsättningen att myndigheten grundar sin

²¹ Prop. 1985/86:80 s. 55.

befogenhet att bestämma för enskild på författning eller på beslut av Kungl. Maj:t eller riksdagen.²²

I praxis har man bedömt att utfärdande av läkarintyg för den som ansöker om taxiförarlegitimation eller tillstånd till färdtjänst, läkares deltagande i avstämningsmöten hos Försäkringskassan eller viss rådgivning via internet inte har varit myndighetsutövning.²³

Den myndighetsutövning som förekommer inom t.ex. hälso- och sjukvården är i de situationer där det finns särskilt lagstöd genom bestämmelser om t.ex. tvångsvård och smittskydd.²⁴

3.4.2 Behandling av personuppgifter

Försäkringskassan, landsting och även privata vårdgivare som ett landsting överlåtit uppdraget att utföra försäkringsmedicinska utredningar till behöver i samband med utredningarna behandla personuppgifter.

Försäkringskassan kan utföra den personuppgiftsbehandling som är nödvändig för de försäkringsmedicinska utredningarna med stöd av bestämmelserna i 114 kap. socialförsäkringsbalken. Detta följer bl.a. av 114 kap. 2, 7, 9 och 11 §§ socialförsäkringsbalken. Den personuppgiftsbehandling som ett landsting eller en privat vårdgivare utför vid en försäkringsmedicinsk utredning görs med stöd av personuppgiftslagen, om patientdatalagens bestämmelser inte är tillämpliga.

Syftet med personuppgiftslagen, enligt 1 §, är att skydda människor så att deras personliga integritet inte kränks genom behandling av personuppgifter. Enligt 5 § personuppgiftslagen gäller lagen behandling av personuppgifter, som är helt eller delvis automatiserad. Lagen gäller även för annan behandling av personuppgifter (manuell behandling) om uppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier. Personuppgifter är all slags information som direkt eller indirekt

²² Kungl. Maj:ts prop. med förslag till lag om allmänna förvaltningsdomstolar, 1971:30 s. 331 ff.

²³ Jfr HFD 2007 ref. 88 I–III.

²⁴ Förvaltningsrättslig Tidskrift, 1991 s. 317, "Något om myndighetsutövning inom hälso- och sjukvården" av Jan Sahlin.

kan hänföras till en fysisk person som är i livet enligt 3 §. I 10 § personuppgiftslagen regleras när behandling av personuppgifter är tillåten. Vad det gäller känsliga personuppgifter som rör t.ex. hälsa får de behandlas om den registrerade har lämnat sitt uttryckliga samtycke till behandlingen enligt 15 §, dvs. det ska inte vara ett tyst eller hypotetiskt samtycke. Känsliga personuppgifter får också behandlas om behandlingen är nödvändig enligt något av kriterierna i 16 §. Den registrerade ska få information om behandlingen av uppgifterna enligt 23–25 §§ personuppgiftslagen, t.ex. vilka uppgifter som kommer lämnas till Försäkringskassan och varför.

3.4.3 Sekretess och tystnadsplikt

Sekretess inom Försäkringskassan

Sekretess gäller hos Försäkringskassan enligt 28 kap. 1 § första stycket offentlighets- och sekretesslagen, för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs och uppgiften förekommer i ärende enligt lagstiftningen om t.ex. allmän försäkring, allmän pension, arbets-skadeförsäkring, handikappersättning och vårdbidrag.

Av förarbetena till bestämmelsen framgår att uttrycket personliga förhållanden i princip omfattar alla uppgifter som kan hänföras till den enskilde och kan gälla allt från uppgift om civilstånd och adress till arbetsförmåga och medicinsk diagnos. Även ekonomiska förhållanden som sjukpenninggrundande inkomst och sjukpenning faller under begreppet personliga förhållanden.²⁵

Sekretess inom hälso- och sjukvården

Enligt 25 kap. 1 § första stycket offentlighets- och sekretesslagen gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller

²⁵ Prop. 1979/80:2 Del A s. 84 och 189.

någon närstående lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, exempelvis rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, befruktning utanför kroppen, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, omskärelse och åtgärder mot smittsamma sjukdomar.

Av förarbetena till bestämmelsen framgår att med annan medicinsk verksamhet åsyftas i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen verksamhet som inte primärt har vård- eller behandlingssyfte. I lagtexten anges några verksamheter av särskild betydelse, men som framgår av lagen är det endast exempel. Att lämna en uttömmande uppräkningslista av alla de verksamheter som bestämmelsen bör omfatta är inte möjligt. För att så långt möjligt undanröja tvekan om sekretessens omfattning i vissa speciella fall har det i lagtexten angetts några verksamheter som är av särskild betydelse.²⁶

Sekretess och tystnadsplikt hos enskilda vårdgivare

Offentlighets- och sekretesslagen är inte tillämplig för enskilda vårdgivare. Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får inte obehörigen röja vad denne fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen.

Det framgår av lagens förarbeten att det vid tolkning av vad som är ett obehörigt röjande av uppgifter har ansetts naturligt att söka ledning i offentlighets- och sekretesslagens regler. Ståndpunkten från lagstiftarens sida är att den enskilde ska ha samma skydd för sin personliga integritet vare sig han eller hon behandlas av en offentlig eller privat vårdgivare.²⁷ Hälso- och sjukvårdspersonal hos enskilda vårdgivare ska kunna läsa om de sekretessbrytande bestämmelserna för det offentliga verksamheten för att bedöma om dessa är möjliga att hämta ledning ur.

²⁶ Prop. 1979/80:2 Del A s. 167.

²⁷ Jfr prop. 2007/08:126 s.46, 132 f samt s. 248, 2005/06:141 s. 63, 2005/06:161 s. 82 och 93 och 1980/81:28 s. 28.

Sekretessbrytande bestämmelser

Trots att en uppgift i många fall är sekretessbelagd kan den i vissa situationer ändå lämnas ut. Det beror på att det finns en rad olika bestämmelser som bryter sekretess. Ofta grundar sig detta på att det finns en uppgiftsskyldighet för en viss myndighet och att uppgiften behövs för ett visst syfte.

Landstingen har en skyldighet att på begäran lämna uppgifter som avser en namngiven person till Försäkringskassan när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av socialförsäkringsbalken enligt 110 kap. 31 § socialförsäkringsbalken dvs. sjukpenning, pension m.m. Av ett förarbetsuttalande och från ett beslut från Justitieombudsmannen framgår att den nu aktuella regleringen har sekretessbrytande effekt när det avser uppgifter som lämnas från en myndighet till en annan myndighet. Sekretessen bryts således bl.a. inom all statlig, landstingskommunal eller kommunal sjukvård, t.ex. beträffande uppgifter ur patientjournaler rörande den försäkrade. Med namngiven person torde endast avses den försäkrade själv. Försäkringskassan bör dock vara restriktiv med att begära ut patientjournaler då dessa kan innehålla mer information än vad Försäkringskassan behöver.²⁸

Enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen hindrar sekretess inte att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning.

Av förarbetena till lagen framgår att Försäkringskassan kan behöva lämna ut sekretessbelagda uppgifter till en utomstående medicinsk expert för att få in ett yttrande som Försäkringskassan har begärt. Sekretessen hindrar inte att en uppgift lämnas till en privat vårdgivare eller till en annan myndighet, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet enligt 10 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen. Fler uppgifter än nödvändigt får inte lämnas ut eftersom bestämmelsen bör tillämpas restriktivt.²⁹

²⁸ Jfr JO 2008/09 s. 345 och prop. 2012/13:1 utg.omr. 9, s. 233.

²⁹ Prop. 1979/80:2 del A s. 465.

Vem sekretessen riktar sig till

Förbudet att röja eller utnyttja sekretessbelagda uppgifter riktar sig till den myndighet där uppgiften finns och till personalen på den myndigheten (2 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen).

Sekretessbestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen innebär att inom Försäkringskassan kan det exempelvis vara en handläggare eller en försäkringsmedicinsk rådgivare som inte får avslöja uppgifter, vare sig muntligt eller genom att lämna ut en allmän handling eller på annat sätt. Detsamma gäller även hälso- och sjukvårdspersonalen samt att de också har tystnadsplikt enligt patientsäkerhetslagen. Eftersom patientsäkerhetslagen har företrädare framför principen om rätten att meddela och offentliggöra uppgifter enligt 44 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen, finns det i stort sett inte någon sådan rätt för hälso- och sjukvårdspersonalen, oavsett om den är verksam i offentlig eller privat verksamhet.

3.4.4 Bestämmelser om objektivitet och jäv

Objektivitet

Av 1 kap. 9 § regeringsformen framgår att förvaltningsmyndigheter i sin verksamhet ska beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saktlighet och opartiskhet.

Jäv

Reglerna i 11 och 12 §§ förvaltningslagen om jäv gäller bara vid förvaltningsmyndigheters handläggning av ärenden och riktar sig till den som på något sätt kan påverka ärendets utgång. Reglerna gäller inte bara den som beslutar i ett ärende, utan även de som har sådan befattning med ärendet att de kan påverka ärendets utgång. Reglerna talar om när den som ska handlägga ett ärende ska anses ha ett sådant intresse i ärendet att hans eller hennes opartiskhet kan ifrågasättas. Klara fall av jäv är t.ex. om ärendets utgång kan väntas medföra synnerlig nytta eller skada för en närstående. Utgångspunkten är att den som är jävig inte får handlägga eller delta i beredningen av ett ärende eller en ansökan. Den som känner till en

omständighet som kan utgöra jäv mot honom eller henne är skyldig att självmant meddela detta.

Enligt Försäkringskassans riktlinjer är syftet med de försäkringsmedicinska utredningarna att få ett fördjupat medicinskt underlag från en läkare och ett utredningsteam med särskild kompetens i försäkringsmedicin och att utredningen genomförs på ett neutralt och förutsättningslöst sätt. Det betyder att läkaren och teamet inte ska ha eller inte har haft någon behandlingskontakt med den försäkrade tidigare. Det betyder också att läkaren och teamet inte ska vara anställda eller ha varit anställda det senaste året på Försäkringskassan eller hos uppdragstagare till Försäkringskassan. Dessa riktlinjer syftar till att läkares eller utredningsteams opartiskhet och objektivitet inte ska kunna ifrågasättas på samma sätt som om läkare och utredningsteam är anställda av Försäkringskassan.³⁰

3.4.5 Möjligheten till samarbete mellan landstingen m.m.

Det finns för närvarande inget samarbete mellan olika landsting om utförandet av försäkringsmedicinska utredningar. Det förekommer dock att ett landsting använder samma privata aktörer som ett annat landsting t.ex. Region Skåne och Blekinge.

Lokaliseringsprincipen

Kommuner och landsting får själva ta hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte ska handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan enligt 2 kap. 1 § kommunallagen (lokaliseringsprincipen).

Av praxis framgår att för att ett landsting via ett avtal ska ta på sig en uppgift gäller att reglerna i 2 kap. 1 § kommunallagen om gränserna för den kommunala kompetensen ska respekteras. En förutsättning för att ett landsting ska kunna engagera sig i anbuds-

³⁰ Riktlinjer för kvalitetskrav för teambaserade medicinska utredningar (TMU) och särskilda läkarutlåtanden (SLU) som Försäkringskassan beställer från landstingen, diarienummer 058733-2013.

givning i en offentlig upphandling av t.ex. utförande av försäkringsmedicinska utredningar är att landstinget disponerar eller avser att skaffa de materiella och personella resurser som behövs för ändamålet. Att behålla eller skapa en sådan organisation för att kunna delta i en upphandling av en tjänst som landstinget inte har ansvar för utgör inte en sådan angelägenhet av allmänt intresse som kommunen har rätt att engagera sig i.³¹

Den kommunala självstyrelsen

I 1 kap. 1 § kommunallagen anges att landsting sköter på demokrati- och den kommunala självstyrelsens grund de angelägenheter som anges i kommunallagen eller i särskilda föreskrifter. Det framgår även av 14 kap. 2 § regeringsformen att landsting sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Närmare bestämmelser om detta finns i regeringsformen. På samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag. En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den enligt 14 kap. 3 § regeringsformen.

Samarbetsmöjligheter enligt hälso- och sjukvårdslagen

Enligt 4 § hälso- och sjukvårdslagen ska landstinget erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård om någon som vistas inom landstinget behöver sådan vård oavsett vilket landsting som har ansvaret för den personen. Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det.

Möjligheter för landsting att upphandla privata aktörer

Av 12 kap. 4 § regeringsformen framgår att förvaltningsuppgifter kan överlämnas åt kommuner. Förvaltningsuppgifter kan även

³¹ Jfr HFD 2003 ref 98.

överlämnas åt andra juridiska personer och enskilda individer. Innefattar uppgiften myndighetsutövning, får ett överlämnande göras endast med stöd av lag. Av 3 kap. 16 § kommunallagen framgår att kommuner och landsting får efter beslut av fullmäktige lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ. Om det i lag eller förordning anges att angelägenheten ska bedrivas av en kommunal nämnd eller om den innefattar myndighetsutövning, får den dock inte överlämnas med stöd av denna bestämmelse.

En upphandlande myndighet som ska tillhandahålla en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse kan alltså välja att antingen utföra tjänsten själv eller att uppdra åt någon annan att tillhandahålla tjänsten mot ersättning. Om en kommun eller ett landsting väljer att lägga ut en verksamhet på entreprenad ska detta som huvudregel ske med stöd av bestämmelserna i lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU). Vid upphandling av s.k. B-tjänster, t.ex. hälsovårds- och socialtjänster, tillämpas 15 kap. i lagen.

Nuvarande LOU genomför 2004 års EU-direktiv om upphandling. Nya EU-direktiv³² på upphandlingsområdet trädde dock i kraft under 2014. Regeringen har i proposition 2015/16:195 lämnat förslag till genomförande av de nya direktiven bl.a. genom en ny lag om offentlig upphandling. Genom de nya direktiven ersätts regleringen av B-tjänster genom särskilda regler för upphandling av sociala tjänster och andra särskilda tjänster. Direktivens bestämmelser föreslås i propositionen genomföras genom motsvarande reglering som för nuvarande B-tjänster. De nya lagarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2017. Valfärdsutredningen, som lämnade sitt delbetänkande den 8 november 2016, har dock haft i uppdrag att se över hur reglerna för upphandling av sociala tjänster och andra särskilda tjänster kan göras enklare och mer flexibla.

Genom de nya direktiven införs ett nytt undantag för kontrakt som ingås mellan uteslutande två eller flera upphandlande myndigheter och som avser ett samarbete mellan myndigheterna (artikel 12.4 i det nya upphandlingsdirektivet). Bestämmelserna bygger på EU-domstolens praxis. För att ett kontrakt ska vara undantaget krävs att följande villkor är uppfyllda:

³² Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG.

- Kontraktet inrättar eller genomför ett samarbete mellan de deltagande upphandlande myndigheterna för att säkerställa att de offentliga tjänster som de ska utföra tillhandahålls med målet att uppnå myndigheternas gemensamma mål.
- Genomförandet av samarbetet styrs endast av överväganden som sammanhänger med ett allmänintresse.
- De deltagande upphandlande myndigheterna utövar verksamhet på den öppna marknaden i en omfattning som understiger 20 procent av de verksamheter som berörs av samarbetet.

I ingressen till det nya upphandlingsdirektivet (beaktandesats 33) anges att upphandlande myndigheter bör kunna välja att tillhandahålla sina offentliga tjänster gemensamt genom samarbete utan skyldighet att använda en viss juridisk form. Ett sådant samarbete kan omfatta alla typer av verksamhet som sammanhänger med fullgörandet av tjänster och ansvar som förelagts de deltagande myndigheterna eller som de påtagit sig ansvaret för, t.ex. obligatoriska eller frivilliga uppgifter för lokala eller regionala myndigheter eller tjänster som genom lag ålagts vissa organ. De tjänster som tillhandahålls av de olika deltagande myndigheterna måste inte nödvändigtvis vara identiska; de kan också komplettera varandra.

Regeringen har i prop. 2015/16:195 föreslagit att artikeln ska genomföras i svensk rätt genom bestämmelser i de nya lagarna om undantag för upphandling mellan upphandlande myndigheter, se 2 kap. 17 och 18 §§ i förslaget till ny lag om offentlig upphandling (prop. 2015/16:195 del 1 s. 29 f.)

3.5 EU-rätten

3.5.1 Inledning

När nationella regler fastställs måste de vara förenliga med EU-rätten. Av denna anledning finns det skäl att klassificera vilken typ av tjänst försäkringsmedicinska utredningar är ur ett EU-rättsligt perspektiv samt avgöra vilka EU-rättsliga regler som ska tillämpas för att det inte ska strida mot EU-rätten.

De frågeställningar som behöver besvaras med hänsyn till EU-rätten är

- om statsstödsreglerna ska tillämpas på verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar och
- om försäkringsmedicinska utredningar är en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse.

Vi redogör här för relevant EU-lagstiftning och rättspraxis som grundas på ett rättsutlåtande.³³

3.5.2 Statligt stöd

I fördraget om den Europeiska unionens funktionssätt (EUF) finns i artiklarna 107–109 bestämmelser om statligt stöd som ska säkerställa att konkurrensen inom den inre marknaden inte snedvrids.

Det bör observeras att stödet kan komma direkt från staten eller från regionala eller lokala organ inom landet. Det som betecknas ”statligt stöd” omfattar alltså allt offentligt stöd i vid bemärkelse.

För att en ekonomisk överföring av något slag ska kunna kvalificeras som statligt stöd i EU-rättslig mening måste fyra villkor vara uppfyllda:

1. Det måste vara fråga om en selektiv ekonomisk förmån, dvs. ett visst företag eller viss produktion måste gynnas.
2. Förmånen måste finansieras direkt eller indirekt genom offentliga medel.
3. Förmånen måste snedvrida eller hota att snedvrida konkurrensen.
4. Förmånen måste påverka handeln mellan medlemsstaterna.

³³ Rättsutlåtande angående försäkringsmedicinska utredningar av Jörgen Hettne som är docent i EU-rätt och tf. direktör vid Svenska institutet för europapolitiska studier (Sieps) och Maria Fritz som är doktorand i EU-rätt vid Institutionen för handelsrätt vid Lunds universitet.

3.5.3 Begreppet företag

EU-domstolen har genomgående definierat företag som enheter som utövar ekonomisk verksamhet, oberoende av deras rättsliga ställning och hur de finansieras. Kvalificeringen av en viss enhet som ett företag hänger därför samman med vilken typ av verksamhet den bedriver. Detta får flera konsekvenser:

1. Det är inte avgörande vilken status enheten har enligt nationell lagstiftning.
2. Två separata juridiska personer kan anses utgöra en ekonomisk enhet. Hela den ekonomiska enheten betraktas då som ett företag.
3. Tillämpningen av EU:s regler är inte beroende av om enheten har skapats för att generera vinst. Enligt EU-domstolarnas rättspraxis kan även ideella organisationer erbjuda varor och tjänster på en marknad.
4. Klassificeringen av en enhet som företag är alltid relaterad till en särskild verksamhet. Ett företag som utför både ekonomisk och icke-ekonomisk verksamhet är att betrakta som ett företag endast i fråga om den verksamhet som är ekonomisk.

För att klargöra skillnaden mellan ekonomisk och icke-ekonomisk verksamhet har EU-domstolen konsekvent slagit fast att all verksamhet som går ut på att erbjuda varor och tjänster på en marknad utgör ekonomisk verksamhet. Frågan om det finns en marknad för en viss tjänst beror på hur en viss tjänst organiseras i den berörda medlemsstaten. Mot denna bakgrund gäller t.ex. reglerna om statligt stöd endast om en viss verksamhet tillhandahålls i en marknadsmiljö. Som framgått kan tjänstens ekonomiska art skilja sig åt från en medlemsstat till en annan.

En myndighets beslut att inte tillåta tredje man att tillhandahålla en viss tjänst (t.ex. därför att den vill tillhandahålla tjänsten inom ramen för sin egen organisation) utesluter inte heller förekomsten av en ekonomisk verksamhet. Trots en sådan avskärmning av marknaden kan en ekonomisk verksamhet existera om andra aktörer har vilja och kapacitet att tillhandahålla tjänsten på den berörda marknaden.

3.5.4 Begreppet "tjänster av allmänt intresse"

Tjänster av allmänt intresse

Tjänster av allmänt intresse omfattar både tjänster av allmänt ekonomiskt intresse och icke-ekonomiska tjänster av allmänt intresse³⁴. Tjänster av allmänt intresse är bl.a. hälso- och sjukvård, renhållning, bibliotek och utbildning i viss utsträckning. EU-domstolen har uppställt ett antal kriterier som ska vara uppfyllda för att en tjänst ska anses som allmännyttig³⁵. Tjänsten ska

- vara betydelsefull för konsumenterna
- vara öppen för alla konsumenter
- tillhandahållas på likartade villkor.

Icke-ekonomiska tjänster av allmänt intresse

Icke-ekonomiska tjänster är tjänster som inte är av ekonomisk art. Två verksamhetskategorier har fastställts vara icke-ekonomiska.

1. Verksamhet kopplad till utförandet av statliga befogenheter
2. Viss verksamhet av social natur

Ett skäl till att kvalificera en viss verksamhet som icke-ekonomisk är att granska i vilken mån den innefattar myndighetsutövning om den är förenad med "offentlig makt". Enligt artikel 51 EUF undantas nämligen verksamhet som hos medlemsstaten, om än endast tillfälligt, är förenad med utövandet av offentlig makt. Enligt EU-domstolen avser offentlig makt endast särskilda verksamheter och inte hela yrkesgrupper³⁶. Artikel 51 EUF har överlag tolkats snävt. EU-domstolen har fastställt att den inte omfattar verksamheter som har en rent stödjande och förberedande karaktär i förhållande till utövandet av offentlig makt eller verksamheter som har

³⁴ Protokoll nr 26 om tjänster av allmänt intresse.

³⁵ Jfr mål C-393/92, *Commune d'Almelo m.fl. mot NV Energiebedrijf Ijsselmij*, punkt 48.

³⁶ Se mål C-355/98, *kommissionen mot Belgien*, mål C-114/97, *kommissionen mot Spanien*, mål C-42/92, *Adrianus Thijssen mot Controledienst voor de verzekeringen*, och mål C-2/74, *Jean Reyners mot belgiska staten*.

en rent teknisk karaktär, såsom programmering och drift av databehandlingssystem³⁷.

Offentlig maktutövning, såsom begreppet har definierats i EU-domstolens rättspraxis, sammanfaller i stort med den svenska termen myndighetsutövning. Det bör dock inte sättas ett likhets-tecken mellan de bägge begreppen, eftersom ”offentlig makt” i artikel 51 EUF är en autonom EU-rättslig term vars innebörd är beroende även av EU-domstolens framtida rättspraxis³⁸.

Hälso- och sjukvård är verksamhet som är ekonomisk i vissa medlemsstater och icke-ekonomisk i andra stater. Viss verksamhet av social natur, som t.ex. hälso- och sjukvård kan anses utgöra icke-ekonomisk verksamhet. Det gäller t.ex. organiseringen av allmänna sjukhus som är en integrerad del av det nationella hälso- och sjukvårdssystemet och som nästan helt bygger på solidaritetsprincipen, finansieras direkt med sociala avgifter och andra statliga medel och vars tjänster är gratis för dem som är anslutna till systemet på grundval av principen om allmän täckning³⁹.

Fördragens regler om fri rörlighet och konkurrens är inte tillämpliga på åtgärder som rör icke ekonomiska tjänster.

Tjänster av allmänt ekonomiskt intresse

I kommissionens kvalitetsram⁴⁰ förtydligas att tjänster av allmänt ekonomiskt intresse är ekonomisk verksamhet vars resultat är till övergripande del allmän nytta och som marknaden inte skulle tillhandahålla utan offentligt ingripande (eller endast på andra villkor vad avser kvalitet, säkerhet, överkomlighet, likabehandling och allmän tillgång). Den allmännyttiga skyldigheten läggs på leverantören i form av ett uppdrag som grundar sig på ett allmännyttig-

³⁷ Se mål C-42/92, Adrianus Thijssen mot Controledienst voor de verzekering en mål C-3/88, kommissionen mot Italien.

³⁸ Prop. 2008/09:187, s. 45. För en fördjupad analys av skillnaden mellan myndighetsutövning och offentlig makt, se Höök, J., Dags att mönstra ut begreppet myndighetsutövning? i Allmänt och enskilt: Festskrift till Lena Markusson (Iustus 2013) s. 177.

³⁹ Se mål T-319/99, FENIN mot kommissionen.

⁴⁰ Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, Rådet, Europeiska ekonomiska sociala kommittén samt regionkommittén, En kvalitetsram för tjänster av allmänt intresse i Europa, KOM (2011) 900 slutlig.

hetskriterium, som säkerställer att leverantören tillhandahåller tjänsterna under former som överensstämmer med uppdraget.

Av artikel 106.2 EUF framgår att företag som anförtrotts att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse eller som har karaktären av fiskala monopol ska vara underkastade reglerna i fördragen, särskilt konkurrensreglerna, i den mån tillämpningen av dessa regler inte rättsligt eller i praktiken hindrar att de särskilda uppgifter som tilldelats dem fullgörs. Utvecklingen av handeln får inte påverkas i en omfattning som strider mot unionens intresse. Artikel 106.2 innebär att fri rörlighet och konkurrens ibland kan inskränkas till förmån för allmänna intressen.

I kommissionens meddelande⁴¹ om statligt stöd för ersättning för tillhandahållande av tjänster av allmänt ekonomiskt intresse klargörs centrala begrepp i samband med statligt stöd för allmännyttiga tjänster. Kommissionens beslut⁴² förklarar vissa typer av ersättningar för en allmännyttig tjänst, som utgör statligt stöd, förenliga med fördraget i enlighet med artikel 106.2 EUF och undantar dem från anmälningsskyldigheten enligt artikel 108.3 EUF. I kommissionens rambestämmelser⁴³ anges på vilka villkor statligt stöd för tjänster av allmänt ekonomiskt intresse som inte omfattas av beslutet kan förklaras förenligt med den inre marknaden enligt artikel 106.2 EUF. Stöd enligt rambestämmelserna måste anmälas till kommissionen för godkännande. Kommissionen har emellertid i en förordning föreskrivit villkor enligt vilka försumbart stöd⁴⁴ till företag som tillhandahåller tjänster av allmänt intresse inte ska anses uppfylla alla villkor i artikel 107.1 i EUF och därmed inte heller utgör statligt stöd. Med försumbart stöd anses ett belopp som inte överstiger 500 000 euro per företag under en treårsperiod.

⁴¹ Meddelande från kommissionen om tillämpningen av Europeiska unionens regler om statligt stöd på ersättning för tillhandahållande av tjänster av allmänt ekonomiskt intresse, EUT C 8, 11.1.2012, s. 4.

⁴² Kommissionens beslut 2012/21/EU av den 21 december 2011 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (EUT L 7, 11.1.2012, s. 3).

⁴³ Meddelande från kommissionen – Europeiska unionens rambestämmelser för statligt stöd i form av ersättning för offentliga tjänster (2011) EUT C 8, 11.1.2012, s. 15.

⁴⁴ Kommissionens förordning (EU) nr 360/2012 av den 25 april 2012 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse som beviljas företag som tillhandahåller tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (EUT L 114, 26.4.2012, s. 8).

I vissa medlemsstater erbjuder sjukhus och andra vårdgivare sina tjänster mot ersättning, antingen direkt från patienterna eller via deras försäkring. I sådana system förekommer det ett visst mått av konkurrens mellan sjukhus när det gäller tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänster. Om så är fallet kan en vårdtjänst inte kvalificeras som icke-ekonomisk bara därför att den tillhandahålls av ett offentligt sjukhus. EU-domstolarna⁴⁵ har också klargjort att vårdtjänster som oberoende läkare och andra privatpraktiserande läkare tillhandahåller mot ersättning på egen risk ska betraktas som ekonomisk verksamhet.

Altmark

I det betydelsefulla målet Altmark⁴⁶ var frågan om bussbolaget Altmark Trans kunde erhålla ett offentligt bidrag för att bedriva linjetrafik i den tyska regionen Landkreis Stendal utan att detta betraktades som statligt stöd i EU-rättslig mening. Domstolen påpekade att det krävdes att företaget i fråga gynnades ekonomiskt och fick en mer fördelaktig konkurrensställning än konkurrerande företag för att ersättningen skulle betraktas som statligt stöd. Det var inte uteslutet att den aktuella linjetrafiken var så pass olönsam att den inte kunde bedrivas under normala konkurrensvillkor och att ett offentligt bidrag därmed kunde vara berättigat. EU-domstolen ställde dock upp ett antal villkor för att kontrollera att så verkligen var fallet:

- Företaget i fråga skulle ha ålagts en skyldighet att tillhandahålla allmännyttiga tjänster och denna skyldighet skulle vara klart definierad.
- De kriterier på grundval av vilka ersättningen beräknades skulle vara fastställda i förväg på ett objektivet och öppet sätt.
- Ersättningen fick inte överstiga vad som krävdes för att täcka hela eller delar av de kostnader som hade uppkommit i samband med skyldigheten att tillhandahålla allmännyttiga tjänster, med

⁴⁵ Se de förenade målen C-180 till C-184/98, Pavlov m.fl., punkterna 75 och 77.

⁴⁶ Mål C-280/00 Altmark Trans GmbH och Regierungspräsidium Magdeburg mot Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH.

hänsyn tagen till de intäkter som därvid hade erhållits och till en rimlig vinst på grund av fullgörandet av denna skyldighet.

- I frånvaro av ett offentligt upphandlingsförfarande, skulle storleken av den nödvändiga ersättningen fastställas på grund av en undersökning av de kostnader som ett genomsnittligt och välskött företag normalt skulle ha haft med tillägg för en rimlig vinst.

Ersättning som ges till företag som utför allmännyttiga tjänster är, om alla villkor i Altmarkdomen är uppfyllda, inte att betrakta som statligt stöd. Ersättning utgör dock statligt stöd om den t.ex. utgör överkompensation, dvs. den överstiger de kostnader som företaget ådrar sig i utförandet av den allmännyttiga tjänsten.

4 Förslag och bedömningar

4.1 Val av modell

Det finns tre övergripande ansvarsmodeller som kan vara tänkbara för att hantera ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna:

1. Försäkringskassan bygger upp en egen organisation som har ansvaret för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.
2. Försäkringskassan upphandlar försäkringsmedicinska utredningarna av privata aktörer.
3. Landstingen ansvarar för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna antingen i egen regi eller genom att upphandla dessa av privata aktörer.

Inte någon av modellerna är problemfri utan det finns både för- och nackdelar med alla. FörMed-utredningen⁴⁷ gjorde den samlade bedömningen att den tredje modellen där Landstingen ansvarar för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna är att föredra framför de andra modellerna. Arbetsgruppen ser ingen anledning till att, när det gäller val av modell, göra någon annan bedömning.

När de försäkringsmedicinska utredningarna görs är några aspekter särskilt viktiga och det handlar t.ex. om objektivitet, geografisk spridning, långsiktighet, kompetens och närhet till forsknings- och utvecklingskliniker. Många landsting har redan i dag byggt upp verksamhet i egen regi där de gör försäkringsmedicinska utredningar, ofta inom ramen för en smärt- eller rehabiliteringsklinik. Det är verksamheter med god geografisk spridning i landet och det vore olyckligt om den gick till spillo. Vi anser även att det

⁴⁷ FörMed-utredningen S 2014:09.

är en stor fördel att de försäkringsmedicinska utredningarna knyts till landstingens övriga arbete. För den försäkrade kan det framstå som tryggare och mer "neutralt" att bli utredd av hälso- och sjukvårdspersonal som har landstinget som huvudman än om det sker inom ramen för Försäkringskassans verksamhet. Även möjligheten till samarbete mellan landsting för bättre samordning och resursutnyttjande borde öka med denna modell liksom möjligheten att knyta de försäkringsmedicinska utredningarna till forskningssatsningar. Arbetsgruppen bedömer att denna modell skapar förutsättningar för en relativt decentraliserad lokalisering av verksamheten i landet, till nytta för de försäkrade som därmed heller inte riskerar att få alltför långa resvägar.

Av remissvaren på betänkandet För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) framgår det att SKL och en majoritet av landstingen liksom i stort sett alla andra remissinstanser tillstyrker den föreslagna ansvarsmodellen. Ett flertal remissinstanser påpekar vikten av att landstingen får en stabil och långsiktig lösning för att på bästa sätt kunna göra de försäkringsmedicinska utredningarna.

4.2 Förslag till lag om försäkringsmedicinska utredningar

4.2.1 Inledande bestämmelser

Arbetsgruppens förslag: En lag om försäkringsmedicinska utredningar ska införas. Lagen ska innehålla bestämmelser om ansvar och befogenheter m.m. vid utredning av en försäkrads arbetsförmåga enligt socialförsäkringsbalken. Med försäkrad ska avses detsamma som i socialförsäkringsbalken.

En försäkringsmedicinsk utredning ska vara en medicinsk undersökning av en försäkrad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En sådan undersökning ska dokumenteras i ett utlåtande som ska kunna användas som underlag vid Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga.

Arbetsgruppens bedömning: En försäkringsmedicinsk utredning bör inte vara att betrakta som hälso- och sjukvård.

När ett landsting eller en privat utförare genomför en försäkringsmedicinsk utredning på Försäkringskassans begäran bör det inte vara att anse som myndighetsutövning.

Skälen för arbetsgruppens förslag och bedömning: Det är viktigt att de försäkringsmedicinska utredningarna regleras i en stabil form. Även om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i stort har fungerat väl inom sjukförsäkringsområdet, är det angeläget med en lösning som ger stabila förutsättningar för verksamheten. En överenskommelse är inte juridiskt bindande för landstingen. De flesta landsting väljer ändå att följa överenskommelserna men det finns några landsting som bara följer överenskommelserna till viss del genom att emellanåt tacka nej till att utföra försäkringsmedicinska utredningar eller som inte har tillgodosett behovet av samtliga försäkringsmedicinska utredningar. Överenskommelserna innebär i praktiken att ett eller flera landsting skulle kunna sluta att leverera försäkringsmedicinska utredningar utan någon annan påföljd än att Försäkringskassan inte kan vara säker på att få tillgång till efterfrågat beslutsunderlag.

Tidsbegränsade överenskommelser medför att det inte finns möjligheter för Försäkringskassan eller landstingen att göra en långsiktig planering och utveckla verksamheten. För de landsting som upphandlar tjänsterna av privata aktörer innebär det att de bara kan teckna kortare avtal. De får därför lägga ner tid och resurser för att på nytt upphandla tjänsten, det kan även leda till att landstingen får högre kostnad för att göra utredningarna då inte heller den privata aktören kan planera långsiktigt och vill ha betalt för denna osäkerhet. Med en lagreglering av ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna skapas goda förutsättningar för en långsiktigt stabil lösning till nytta för Försäkringskassan, landstinget och den försäkrade.

Med en försäkringsmedicinsk utredning avses en medicinsk undersökning av en försäkrad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Undersökningen ska dokumenteras i ett utlåtande. Med medicinsk undersökning avses ett personligt möte mellan den försäkrade och en eller flera personer som har medicinsk utbildning och kompetens att bedöma en persons arbetsför-

måga. Utlåtandet ska kunna användas av Försäkringskassan som underlag vid prövning av den försäkrades arbetsförmåga i samband med bedömningen av rätten till ersättning. Utlåtandet ska vara skriftligt och innehålla medicinska iakttagelser och bedömningar om den försäkrades fysiska och psykiska status som är relevanta för bedömningen av arbetsförmågan.

En förklaring av vad en försäkringsmedicinsk utredning är behövs för att tydliggöra att en sådan inte är att betrakta som hälso- och sjukvård enligt definitionen i 1 § hälso- och sjukvårdslagen eftersom det i en försäkringsmedicinsk utredning inte ingår åtgärder som syftar till att vårda eller behandla en patients sjukdomar och skador. En försäkringsmedicinsk utredning syftar till att utreda en försäkrad persons fysiska och psykiska status för att i ett försäkringsärende kunna bedöma dennes arbetsförmåga, dvs. den försäkrades individuella förutsättningar att kunna återgå till arbete efter en lång tids sjukskrivning. En försäkringsmedicinsk utredning förutsätter dock medicinsk kompetens av den som undersöker den försäkrade. Sådan kompetens finns normalt inom hälso- och sjukvården. Det torde därför vara fråga om legitimerade läkare, psykologer, fysioterapeuter och arbetsterapeuter som i första hand ska utföra eller medverka vid försäkringsmedicinska utredningar. Medverkan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal medför dock inte att en sådan utredning betraktas som hälso- och sjukvård. Förutom sin medicinska kompetens behöver den legitimerade personalen även kompletterande utbildning i s.k. försäkringsmedicin som tillhandahålls av Försäkringskassan.

En försäkringsmedicinsk utredning är en del av en försäkringsutredning som kräver medicinsk kompetens. Personalen som utför den försäkringsmedicinska utredningen förväntas ha ett eller flera personliga möten med den försäkrade utan att denne betraktas som en patient eftersom den försäkrade inte ska vårdas och behandlas för några sjukdomar eller skador.

En försäkringsmedicinsk utredning är inte heller att betrakta som myndighetsutövning. I en försäkringsmedicinsk utredning tar man inte ställning till om den försäkrade ska ha rätt till ersättning eller inte, utan den innehåller en beskrivning av den försäkrades funktions- och aktivitetsförmåga. När det försäkringsmedicinska utlåtandet skickas till Försäkringskassan efter den försäkringsmedicinska utredningen är det att jämföras med en form av ytt-

rande. Det är sedan upp till Försäkringskassan att avgöra vilken betydelse det försäkringsmedicinska utlåtandet har i den försäkrades ärende. Det försäkringsmedicinska utlåtandet utgör därmed endast en del av Försäkringskassans totala beslutsunderlag. Den slutsats vi kommer fram till är att en försäkrads ärende bereds hos Försäkringskassan som fattar ett beslut i ärendet. Arbetsgruppens bedömning är att all myndighetsutövning sker hos Försäkringskassan och inte hos det landsting eller den privata utförare som gör den försäkringsmedicinska utredningen.

4.2.2 Information till den försäkrade

Arbetsgruppens förslag: Inför en försäkringsmedicinsk utredning ska Försäkringskassan informera den försäkrade om vad en sådan utredning innebär, vilket underlag som kommer att överlämnas till den som ska utföra utredningen, att en utredning som kommer att innefatta läkarundersökning eller annat kroppsligt ingrepp endast får genomföras om den försäkrade samtycker till det och på vilket sätt utredningen kommer att ligga till grund för Försäkringskassans beslut om rätten till ersättning eller förmån.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Det är mycket viktigt att Försäkringskassan upplyser den försäkrade om anledningen till att han eller hon ska genomgå en försäkringsmedicinsk utredning, hur den kommer att genomföras och vad den kommer att användas till samt konsekvenserna om den försäkrade väljer att inte genomgå utredningen.

Försäkringskassan måste upplysa den försäkrade om vad en försäkringsmedicinsk utredning innebär dvs. vad utredningen går ut på, vilka eventuella tester och undersökningar som den försäkrade förväntas genomgå. För den försäkrade är det även viktigt att få information om vilka rättigheter och skyldigheter den försäkrade har i förhållande till Försäkringskassan, t.ex. att den försäkrades ersättning kan dras in eller sättas ned enligt 110 kap. 53 § socialförsäkringsbalken om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till utredningsåtgärder. Försäkringskassan ska även upplysa om vilket underlag som kommer att skickas till utföraren av

den försäkringsmedicinska utredningen eftersom det kan finnas underlag hos t.ex. behandlande läkare som inte kommit in till Försäkringskassan som den försäkrade vill att utföraren ska ha tillgång till. Försäkringskassan kan alltid begära att den försäkrade ska genomgå en försäkringsmedicinsk utredning. Arbetsgruppen gör dock bedömningen att på grund av det grundlagsskyddade förbudet mot påtvingat kroppsligt ingrepp i 2 kap. 6 § regeringsformen kan Försäkringskassan inte kräva att den försäkrade genomgår en sådan utredning. Om den försäkrade inte medverkar i en försäkringsmedicinsk utredning riskerar han eller hon dock att ersättningen dras in.

4.2.3 Utredningsformer och undersökningsmetoder

Arbetsgruppens förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om olika former av försäkringsmedicinska utredningar och olika undersökningsmetoder som får användas vid utredning av en försäkrad.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Det är i huvudsak utformningen av förmånerna inom socialförsäkringen som ställer krav på innehållet i de försäkringsmedicinska utredningarna. Det finns många olika tester och utredningsmetoder som skiljer sig åt både vad avser tidsåtgång och omfattningen av undersökningen beroende på vilken förmån det gäller. Om en försäkringsmedicinsk utredning behöver ändras eller utvecklas ska frågan om vilka metoder och tester som ska användas utarbetas av de myndigheter som har den mest relevanta kompetens på området. Det är även viktigt att det är förutsägbart vilken omfattning en försäkringsmedicinsk utredning har då detta har betydelse för landstingen när de ska anpassa sin verksamhet.

Vid t.ex. aktivitetsförmågutredningar (AFU) är det i dag specificerat av Försäkringskassan i "Manual för genomförande av Aktivitetsförmågutredningar (AFU)" vilka olika standardiserade tester som ska användas av personalen som utför den försäkringsmedicinska utredningen. Däremot när det gäller ett särskilt läkarutlåtande (SLU) och en teambaserad medicinsk utredning (TMU) finns det inte några krav på vilka särskilda utredningsmetoder som

ska användas utan det är upp till läkaren att komplettera med de ytterligare undersökningar som kan behövas för att kunna bedöma hur sjukdomen påverkar den försäkrades förmåga att utföra relevanta aktiviteter.

I betänkandet kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) föreslogs att Försäkringskassan i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med landstingen skulle fastställa de metoder som ska användas i de försäkringsmedicinska utredningarna, av remissvaret från Socialstyrelsen framgår att de tillstyrker förslaget. Av Försäkringskassans remissvar framgår att de anser att det finns ett värde i att tydliggöra på vilket sätt metoderna som används i en försäkringsmedicinsk utredning ska tas fram. Försäkringskassan ansåg även att det ska fastslås vem som har rätt att avgöra vilken metod som ska användas om det finns motstridiga åsikter i frågan.

Arbetsgruppen föreslår att det i förordning preciseras vilka olika former av försäkringsmedicinska utredningar som ska tillämpas men att Försäkringskassan får meddela de närmare föreskrifterna om undersökningsmetoder m.m. Skälet till att Försäkringskassan ska inhämta Socialstyrelsens synpunkter är att undersökningsmetoder som ska tillämpas vid försäkringsmedicinska utredningar bör, så långt det är möjligt, bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet eftersom det vid sådana utredningar i princip krävs samma medicinska kompetens som vid undersökningar inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har en exklusiv tillgång till medicinsk expertis och mångårig erfarenhet av normeringsarbete inom hälso- och sjukvårdsområdet. Socialstyrelsens kompetens och erfarenhet inom detta område bör därför tillvaratas. Även landstingen ska ges möjlighet att lämna sina synpunkter på förslag till sådana föreskrifter genom att de remitteras på sedvanligt sätt.

Omfattningen och innehållet i försäkringsmedicinska undersökningar bör kunna varieras beroende på de behov som Försäkringskassan har i sitt ersättningsärende och kassan bör därför kunna välja mellan olika utredningsformer.

4.2.4 Underlag för utredning

Arbetsgruppens förslag: När en försäkringsmedicinsk utredning behövs ska Försäkringskassan tillhandahålla nödvändigt underlag till den som ska utföra utredningen. Försäkringskassan ska vidare informera utföraren om den försäkrade har särskilda behov som måste beaktas i samband med utredningen.

Skälen för arbetsgruppens förslag: När Försäkringskassan beställer en försäkringsmedicinsk utredning av landstinget måste Försäkringskassan tillhandahålla det underlag som behövs för utredningen. Försäkringskassan ska vid urvalet av underlaget beakta objektivitetsprincipen. Det är dock den som genomför undersökningen av den försäkrade som självständigt avgör vilket uppgifter i det bifogade underlaget som är relevant för bedömningen av den försäkrade. I vissa fall kan det förekomma att underlaget måste kompletteras, sådan komplettering ska dock göras med hjälp av Försäkringskassan. Försäkringskassan ska då införskaffa det efterfrågade underlaget, om det finns. Försäkringskassan har enligt 110 kap. 14 § bl.a. möjlighet att göra förfrågan hos den försäkrades läkare för att hämta in behövliga uppgifter eller begära ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig.

Arbetsgruppen vill särskilt poängtera vikten av att Försäkringskassan lämnar landstinget eller den privata aktör som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen information om när den försäkrade har särskilda behov av något slag. Det kan vara en försäkrad som inte behärskar det svenska språket eller som är allvarligt syn- hörsel- eller talskadad. Det är av stor vikt att den försäkrade förstår och kan göra sig förstådd under den försäkringsmedicinska utredningen då den försäkrades synpunkter och bedömning av sin egen förmåga har betydelse för utredningen. Det är även viktigt att den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen har nödvändig information om den försäkrade för att undvika onödiga kostnader och tidsspillan.

4.2.5 Landstingets skyldigheter

Arbetsgruppens förslag: Landstinget ska på begäran av Försäkringskassan tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar avseende försäkrade som är bosatta inom landstinget. Detsamma ska gälla i fråga om försäkrade som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom landstinget.

De skyldigheter som ankommer på ett landsting ska även gälla en kommun som inte ingår i ett landsting.

Skälen för arbetsgruppens förslag: De försäkringsmedicinska utredningarna utgår från de utredningsbefogenheter som framgår av 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken. Försäkringskassan måste kunna använda de utredningsåtgärder som behövs för att skaffa sig ett bra beslutsunderlag och uppfylla sin utredningsplikt. Lagen tillämpas när det behövs ytterligare utredning för att kunna bedöma rätten till ersättning eller förmån enligt socialförsäkringsbalken. Då kan Försäkringskassan begära en försäkringsmedicinsk utredning, dvs. en fördjupad medicinsk utredning, med stöd av sina utredningsbefogenheter enligt 110 kap. 14 §, se kap 3.2. När en försäkringsmedicinsk utredning ska göras är flera aktörer involverade. Försäkringskassan beställer en utredning från det aktuella landstinget och sedan är det landstinget, ett annat landsting eller en privat aktör som ska göra utredningen. Det är ytterst viktigt att samspelet mellan dessa olika aktörer fungerar på ett smidigt och tillförlitligt sätt för att slutprodukten ska bli bra. Regeringen får meddela verkställighetsföreskrifter om den mer detaljerade regleringen av den praktiska hanteringen av de försäkringsmedicinska utredningarna.

4.2.6 Landstingens samverkan

Arbetsgruppens förslag: Landstinget ska få sluta avtal med ett annat landsting eller någon annan om att ta över uppgiften att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar. Avtalet ska ange de villkor som gäller för överlämnandet och utförandet av

uppgifterna. Ett landsting ska få åta sig att utföra de uppgifter som ett annat landsting ansvarar för.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Ett landsting bör genom ett avtal få utföra de uppgifter som ankommer på ett annat landstingen enligt denna lag. Flera landsting vill kunna samarbeta med ett annat landsting och det finns landsting som är villiga att ta emot försäkrade från ett annat landsting. För närvarande är inte alla landsting intresserade av att utföra försäkringsmedicinska utredningar i egen regi. En samarbetsmöjlighet mellan landstingen kan medföra att inte alla landsting utför försäkringsmedicinska utredningar. Detta leder till att det blir större volymer för de landsting som har utredningsverksamhet. Fördelarna med det kan vara att

- landstingen kan utveckla och effektivisera verksamheten,
- landstingen kan öka kompetensen hos sin personal genom att de får större volymer och därmed mer rutin i att utföra utredningar,
- det blir lättare att tillgodose kraven på specialistkunskaper,
- landstingen kan göra större upphandlingar och
- problematiken med jäv kan minskas.

En viktig legal princip är att ett landsting inte kan, vare sig inom det egna eller i andra landsting, köpa vårdtjänster av en privat vårdgivare utan att tillämpa lagen (2007:1091) om offentlig upphandling eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Vi vill framhålla att när landstingen upphandlar privata aktörer för att utföra försäkringsmedicinska utredningar ska lagen om offentlig upphandling tillämpas. Försäkringsmedicinska utredningar är inte en B-tjänst i form av hälsovård och socialtjänster enligt kategori 25 i bilaga 3 till lagen. Detta innebär att lagen om valfrihetssystem inte blir tillämplig. Det finns dessutom ingen valfrihet för den försäkrade att själv välja utförare av den försäkringsmedicinska utredningen som inom hälso- och sjukvård.

Landstingen bör, i likhet med hälso- och sjukvården, kunna lägga ut försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet på entreprenad till en eller flera privata aktörer. Landstinget har dock kvar det

övergripande ansvaret för verksamheten och ska upphandla verksamheten enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling och följa upp och kontrollera verksamheten.

Enligt 2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900) får kommuner och landsting själva ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunen eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte ska hanteras enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan (lokaliseringsprincipen). Men det faktum att de uppgifter som ett landsting ansvarar för enligt denna lag får utföras av ett annat landsting innebär ett undantag av denna princip. Ett landsting kan alltså överenskomma med ett annat landsting att de försäkringsmedicinska utredningarna som ska utföras på försäkrade som är bosatta eller kvarskrivna inom det egna landstinget ska, mot ersättning, utföras av ett annat landsting. Landstinget har dock kvar det övergripande ansvaret för verksamheten på samma sätt som om landstinget skulle lagt ut verksamheten på entreprenad till en privat aktör.

Ett landsting får alltså välja att driva försäkringsmedicinska utredningar i egen regi, i samverka med ett eller flera landsting men även att upphandla verksamheten hos en eller flera privata aktörer eller som en kombination av dessa varianter.

4.2.7 Verksamheten och dess ledning

Arbetsgruppens förslag: I verksamhet där det utförs försäkringsmedicinska utredningar ska det finnas en person som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef). Det ska även finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Inom hälso- och sjukvård ska det finnas någon som svarar för verksamheten dvs. en verksamhetschef. Detta gäller både inom offentlig hälso- och sjukvård, vare sig denna bedrivs av landstingen, kommunerna eller staten, och inom enskild vård, t.ex. sjukhus som drivs i privat regi. Det gäller också inom t.ex. företagshälsovården. De landsting och privata aktörer som ska göra de försäkringsmedicinska utredningarna bedriver för

det mesta även hälso- och sjukvård och har därmed en verksamhetschef eller motsvarande. Om t.ex. en privat aktör bara skulle göra försäkringsmedicinska utredningar måste det ändå finnas någon som har en ledningsfunktion motsvarande verksamhetschefens. Verksamhetschefen ska därmed vara en fysisk person som har den kompetens och utbildning som krävs för att leda och ansvara för verksamheten. Däremot finns inget krav på att verksamhetschefen ska ha medicinsk kompetens. Kravet på en verksamhetscheffsansvarig gäller oavsett om verksamheten bedrivs i landstingets regi eller av en privat utförare.

Kravet på att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att säkerställa kvaliteten i verksamheten innebär att verksamheten bör vara av permanent karaktär och inte endast tillfällig, dvs. att verksamheten endast åtar sig enstaka uppdrag avseende försäkringsmedicinska utredningar.

4.2.8 Personalens kompetens och utbildning

Arbetsgruppens förslag: Den personal som utför den försäkringsmedicinska utredningen ska ha den kompetens och utbildning som krävs för att bedöma den försäkrades arbetsförmåga. Personalen ska visa den försäkrade omtanke och respekt.

Regeringen ska få meddela föreskrifter om vilka krav på kompetens som gäller vid försäkringsmedicinska utredningar.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela ytterligare föreskrifter om vilka krav som ska ställas på personalens utbildning.

Skälen för arbetsgruppens förslag: För Försäkringskassan är det viktigt att den försäkringsmedicinska utredningen håller en hög kvalitet och kommer att vara ett bra beslutsunderlag. Det är därför av flera skäl viktigt att den personal som utför utredningen har tillräcklig kompetens och utbildning. Arbetsgruppen anser att det inte är möjligt att i lag fastställa närmare krav på utbildning och kompetens då detta varierar mellan de olika försäkringsmedicinska utredningarna och att kraven kan förändras över tiden. Det kan även tillkomma nya typer av försäkringsmedicinska utredningar där det kan ställas andra krav.

Arbetsgruppen anser vidare att det inte heller är möjligt att i lag peka ut några specifika yrkesgrupper som ska göra de försäkringsmedicinska utredningarna då även detta kan variera över tid och mellan olika utredningstyper. Men för att kunna bedöma en persons arbetsförmåga på ett noggrant och omsorgsfullt sätt torde det krävas både medicinsk utbildning och erfarenhet från hälso- och sjukvården. För att utföra försäkringsmedicinsk utredning bör det därför krävas legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med adekvat utbildning. I första hand torde det vara fråga om läkare med kompletterande utbildning i försäkringsmedicin men även andra yrkesutövare kan vara aktuella t.ex. arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Det är därför lämpligt att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka krav på utbildning som gäller vid de olika försäkringsmedicinska utredningarna men att endast regeringen får meddela föreskrifter om vilka krav på kompetens som ska gälla vid de olika försäkringsmedicinska utredningarna.

Arbetsgruppen vill även förtydliga att den försäkrade ska visas omtanke och respekt vid utförandet av den försäkringsmedicinska utredningen. Inom hälso- och sjukvården finns det sedan lång tid krav på att visa patienten omtanke och respekt. Detta framgår av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

4.2.9 Dokumentation

Arbetsgruppens förslag: Iakttagelser och bedömningar i samband med en utredning av en försäkrads arbetsförmåga ska dokumenteras i ett skriftligt utlåtande. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om krav på utlåtandet, dess utformning och innehåll.

Den som efter en undersökning av den försäkrade upprättar ett utlåtande avseende dennes arbetsförmåga ska iaktta saklighet och opartiskhet.

Utlåtande och andra dokumenterade uppgifter om den försäkrade ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte har tillgång till dem.

Det underlaget som den som utför utredningen har fått låna av Försäkringskassan ska återlämnas snarast efter avslutad ut-

redning. Ett utlåtande ska bevaras minst tio år efter det att det upprättades.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Bedömningar av en försäkrads arbetsförmåga bör dokumenteras i ett utlåtande. Som framgår av 4 kap. 3 § ska den som utför en försäkringsmedicinsk utredning få ett underlag från Försäkringskassan. Underlaget ska bl.a. innehålla uppgifter om den försäkrades hälsotillstånd m.m. Efter avslutad undersökning ska den som utfört undersökningen upprätta ett skriftligt utlåtande om den försäkrades arbetsförmåga och återlämna underlaget till Försäkringskassan. Eftersom en försäkringsmedicinsk utredning inte är att anse som hälso- och sjukvård behöver personalen inte föra någon patientjournal över den försäkrades undersökning, dokumentationen bör göras i utlåtandet.

Ett utlåtande bör utfärdas av den eller de som deltagit i utredningen och har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården samt har specialistkompetens som är adekvat för att bedöma aktuella sjukdomar eller skador som ska utredas och har försäkringsmedicinsk utbildning.

Enligt Försäkringskassans riktlinjer ska en ansvarig läkare redovisa sin utredning och bedömning i ett särskilt angivet utlåtande. Detta krav bör även framgå av lagreglerna i och med att det är det försäkringsmedicinska utlåtandet som ska skickas till Försäkringskassan och som kommer att ingå som en del av Försäkringskassans beslutsunderlag. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka krav som ska finnas på dokumentationen i utlåtandet.

Efter avslutad utredning ska utlåtandet översändas till Försäkringskassan för att utgöra underlag vid bedömning av den försäkrades arbetsförmåga. Utföraren av den försäkringsmedicinska utredningen ska dock behålla en kopia av det utlåtande som upprättats. Ett landsting i egenskap av myndighet måste följa bestämmelser om bevarande och gallring av allmänna handlingar enligt arkivlagen (1990:783) och dess tillhörande författningar. Huvudregeln för allmänna handlingar är att de ska bevaras. Eftersom privata utförare inte omfattas av arkivlagen bör det införas en bestämmelse som anger en minimitid att bevara utlåtanden som upprättats av privata utförare. Skäl för att kräva en skyldighet att bevara utlåtanden är bl.a. för att möjliggöra uppföljning, utvärdering och tillsyn av pri-

vata utredningsverksamheter. Även forskningen kan ha ett intresse av att ta del av dessa utlåtanden. Skyldigheten att bevara ett upprättat utlåtande riktar sig mot privata verksamheter och det blir därför verksamhetschefen som ska säkerställa att så sker. För landsting som utför försäkringsmedicinska utredningar i egen regi är ett utlåtande att betrakta som en allmän handling och då gäller arkivlagens bestämmelser.

När Försäkringskassan bedömer att de behöver en försäkringsmedicinsk utredning går det en signal till det ansvariga landstinget. Landstinget svarar Försäkringskassan med besked om vilken läkare eller leverantör som ska göra utredningen. Försäkringskassan skickar sedan utvalda underlag angående den försäkrade som ska genomgå utredningen till den som ska göra den försäkringsmedicinska utredningen. Resultatet som framkommit från den försäkringsmedicinska utredningen dokumenteras i ett utlåtande. Utlåtandet skickas till Försäkringskassan liksom det underlag som Försäkringskassan skickade angående den försäkrade inför utredningen. En kopia av utlåtandet ska behållas hos den utförande enheten.

För att stärka skyddet för de uppgifter om försäkrade som förekommer i utlåtande, i de underlag som skickats från Försäkringskassan eller som i övrigt dokumenteras av verksamheten föreslår vi att det införs en bestämmelse om att verksamheten som utför en försäkringsmedicinsk utredning ska se till att uppgifterna hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Detta innebär att obehöriga personer, t.ex. andra försäkrade, anhöriga eller övrig personal, inte ska kunna komma åt uppgifterna. Bestämmelsen avser både manuell hantering och automatiserad behandling av uppgifterna. För automatiserad behandling av personuppgifter finns vidare bestämmelser i personuppgiftslagen, PUL. Snarast efter det att en utredning är avslutad ska det underlag som Försäkringskassan tillhandahållit utföraren av den försäkringsmedicinska utredningen återlämnas till Försäkringskassan. Det underlag som behövs för att utföra en försäkringsmedicinsk undersökning tillhör Försäkringskassan och är endast utlånat till den som ska utföra utredningen

4.2.10 Behandling av personuppgifter

Arbetsgruppens förslag: Personuppgiftslagen ska gälla vid behandling av personuppgifter om inte annat följer av förslaget till ny lag. Behandling av personuppgifter ska få utföras även om den försäkrade motsätter sig den.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Personuppgiftslagen (1998:204) PUL har till syfte att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks när personuppgifter behandlas. I PUL anges vissa grundläggande krav för all behandling av personuppgifter. Personuppgifter får bara samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och de får inte behandlas för något ändamål som är oförenligt med det ändamål för vilket de samlades in (den s.k. finalitetsprincipen). De personuppgifter som behandlas ska vara adekvata och relevanta i förhållande till ändamålet med behandlingen, och fler personuppgifter får inte behandlas än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med behandlingen. Vidare ska de personuppgifter som behandlas vara riktiga och, om nödvändigt, aktuella och alla rimliga åtgärder ska vidtas för att rätta, blockera eller utplåna sådana uppgifter som är felaktiga eller ofullständiga med hänsyn till ändamålen med behandlingen. Personuppgifter får som regel inte heller bevaras under längre tid än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen med behandlingen (9 § PUL). Lagen innehåller vidare bestämmelser om säkerheten vid behandling av personuppgifter (30–32 §§ PUL). Begreppet "behandlas" är brett, det omfattar insamling, registrering, lagring, bearbetning, spridning, utplåning, m.m. PUL innehåller ett antal detaljerade hanteringsregler t.ex. grundläggande krav som ska vara uppfyllda då personuppgifter behandlas, bestämmelser om vad som är tillåten behandling och om skyldighet att informera de registrerade. Dessa regler gäller för behandling av personuppgifter i strukturerat material som traditionella dataregister, databaser och ärende- och dokumenthanteringssystem.

Det finns idag inget gemensamt IT-system för hanteringen av uppgifter vid försäkringsmedicinska utredningar. Medicinska underlag och utlåtanden som går mellan parterna skickas i pappersform per post. Arbetsgruppen har fått information om att Försäk-

ringskassan planerar en förstudie under 2017 för ett IT-stöd för försäkringsmedicinska utredningar.

För att tydliggöra vad som gäller vid behandling av personuppgifter bör en bestämmelse införas som anger att PUL ska gälla om inte annat följer av denna lag. Behandling av personuppgifter hos landstingen eller hos annan utförare som landstinget har slutit avtal med ska göras i enlighet med PUL. Eftersom en försäkringsmedicinsk utredning inte är att betrakta som hälso- och sjukvård blir inte patientdatalagen (2008:355) tillämplig. Försäkringskassans personuppgiftsbehandling vid försäkringsmedicinska utredningar avser myndighetens verksamhet i fråga om förmåner och ersättningar och regleras därför i 114 kap. socialförsäkringsbalken, SFB. I de fall inte annat följer av 114 kap. SFB gäller dock PUL även för Försäkringskassan.

Personuppgiftsansvarig är den som bestämmer ändamålen och medlen för behandling av personuppgifter. Försäkringskassan är personuppgiftsansvarig för den behandling som myndigheten utför i sina IT-stöd. Landstinget och den utförare som landstinget slutit avtal med är personuppgiftsansvarig för den personuppgiftsbehandling som de utför i sina respektive IT-stöd. Som tidigare nämnts finns idag inget gemensamt IT-stöd för hantering av de försäkringsmedicinska utredningarna, men ett sådant stöd planeras. Vem som kommer att anses som personuppgiftsansvarig för personuppgifter i det framtida gemensamma IT-stödet påverkas naturligtvis av hur stödet kommer att utformas.

Enligt PUL är det bara tillåtet att behandla personuppgifter om den registrerade har lämnat sitt samtycke eller om någon annan grund enligt 10 § PUL är uppfylld.

Vid en försäkringsmedicinsk utredning får den försäkrade anses vara i en beroendeställning, om samtycke inte ges till en försäkringsmedicinsk utredning kan detta resultera i att den försäkrade inte beviljas den förmånen som han eller hon har ansökt om. Ett samtycke som den försäkrade ger kan således komma att sakna den frivillighet som krävs för att utgöra grund för behandling av personuppgifter. Behandling av den försäkrades personuppgifter kan därför inte göras enbart med stöd av den försäkrades samtycke.

I 10 § b PUL anges att behandling av personuppgifter får göras för att den personuppgiftsansvarige ska kunna fullgöra en rättslig skyldighet. Landstingen får genom den föreslagna lagen en rättslig

skyldighet att utföra försäkringsmedicinska utredningar för de som är bosatta i landstinget. Det får dock anses mer tveksamt om också andra utförare med stöd av det avtal som har tecknats med ett landsting kan anses ha en rättslig skyldighet att behandla personuppgifter i dessa fall. I 10 § d PUL anges att personuppgifter får behandlas för att en arbetsuppgift av allmänt intresse ska kunna utföras. Att en begäran om socialförsäkringsförmåner blir utredd i den omfattning som ärendet kräver, så att korrekt ersättning kan beviljas, måste anses utgöra ett allmänt intresse. Allmänhetens förtroende för socialförsäkringen grundar sig på att rätt ersättning betalas ut till en berättigad person och att statens medel inte används för att betala ut socialförsäkringsförmåner till dem som inte uppfyller kraven i regelverket. Utförandet av en försäkringsmedicinsk utredning bör därför kunna anses vara en arbetsuppgift av allmänt intresse.

Arbetsgruppens bedömning är att det för att få en ändamålsenlig verksamhet är nödvändigt att en försäkringsmedicinsk utredning kan genomföras även om den försäkrade motsätter sig att hans eller hennes personuppgifter behandlas. En utredning bör därför få genomföras även om den försäkrade motsätter sig att t.ex. ett visst läkarintyg ingår i det underlag som Försäkringskassan skickar till landstinget eller annan utförare. En läkarundersökning eller ett annat kroppsligt ingrepp föreslås dock bara få utföras inom ramen för de försäkringsmedicinska utredningarna om den försäkrade själv samtycker till detta. I de fall en försäkrad inte samtycker till en läkarundersökning eller ett kroppsligt ingrepp ska en sådan inte utföras och då blir det inte heller aktuellt att genomföra en försäkringsmedicinsk utredning.

Vid en försäkringsmedicinsk utredning kommer känsliga personuppgifter om hälsa att behöva behandlas. Grunden till att Försäkringskassan begär en försäkringsmedicinsk utredning är att myndigheten ska ta ställning till ett anspråk om en förmån som en försäkrad ansökt om t.ex. sjukpenning. Känsliga personuppgifter om hälsa får behandlas hos Försäkringskassan med stöd av 114 kap. 11 § SFB eftersom de får anses nödvändiga för handläggningen av t.ex. ett sjukpenningärende. Känsliga personuppgifter får hos landstingen eller annan utförare behandlas med stöd av 16 § första stycket c PUL. Det får anses nödvändigt att då behandla känsliga

personuppgifter för att den försäkrades rättsliga anspråk om en socialförsäkringsförmån ska kunna fastställas.

Dagens hantering

När en försäkringsmedicinsk utredning görs i egen regi hos ett landsting är det Försäkringskassan och det berörda landstinget som är de aktörer som behandlar personuppgifter. I de fall som ett landsting har upphandlat en privat aktör som ska göra de försäkringsmedicinska utredningarna är det Försäkringskassan och den privata aktören som behandlar personuppgifterna.

När Försäkringskassan bedömer att det behövs en försäkringsmedicinsk utredning gör de en beställning via mail till landstingen, av mailet framgår endast avidentifierade uppgifter. Som framgår av 4.2.4 så ska Försäkringskassan när de beställer en försäkringsmedicinsk utredning tillhandahålla det underlag som behövs för att göra utredningen, det kan handla om läkarintyg eller andra utlåtanden för att styrka den enskildes arbetsförmåga. Dessa underlag innefattar känsliga personuppgifter om hälsa som t.ex. diagnos, bedömning av förmågor.

I samband med en försäkringsmedicinsk utredning förekommer det idag personuppgifter i pappersform. Det innebär att Försäkringskassan skickar underlag angående den försäkrade med rekommenderat brev till utföraren av den försäkringsmedicinska utredningen. Utlåtandet ska inte journalföras i en patientjournal och underlaget och utlåtandet ska brevlades skickas tillbaka till Försäkringskassan när utredningen är avslutad. Denna hantering kommer att gälla fram till ett IT-stöd finns på plats.

Konsekvenser för den personliga integriteten

Förslaget innebär inte att någon ökad behandling av personuppgifter kommer att göras. Redan idag utför landstingen försäkringsmedicinska utredningar. Genom förslaget till ny lag blir det tydligare att försäkringsmedicinska utredningar inte ska anses utgöra hälso- och sjukvård, detta innebär t.ex. att någon dokumentation i en patientjournal inte ska göras. Som tidigare nämnts planerar Försäkringskassan en förstudie för ett IT-stöd. Det plane-

rade IT-stödet innebär att underlag samt läkarutlåtande skulle kunna komma att elektroniskt skickas mellan Försäkringskassan och utförarna.

En försäkringsmedicinsk utredning gynnar ofta den försäkrade eftersom individen ges en möjlighet att få en genomgång av hans eller hennes arbets- och funktionsförmågor. Ett utlåtande kan sedan ligga till grund för bedömningen av rätten till en förmån men också till grund för bedömning av framtida rehabiliteringsåtgärder. Det är även möjligt att ett utlåtande som den försäkrade visar sin behandlande läkare kan leda till en bättre förståelse hos den behandlande läkaren om den försäkrades arbetsförmåga och funktionsnedsättning.

Den försäkrade ges i förslaget inte möjlighet att motsätta sig att hans eller hennes personuppgifter behandlas vid en försäkringsmedicinsk utredning. Anledningen till detta är bl.a. att Försäkringskassan ska kunna lämna allt det underlag som myndigheten bedömer är relevant till en utförare så att utredningen och utlåtandet ska få så hög kvalitet som möjligt. Det underlag som Försäkringskassan lämnar till landstingen eller andra utförare, t.ex. läkarintyg och läkarutlåtanden, syftar till att vara ett stöd och utgöra en grund för den som utför den försäkringsmedicinska utredningen. Får utföraren ta del av motstridiga läkarintyg är det också viktigt att utföraren noggrant undersöker just den funktionsnedsättning som det finns osäkerhet om. Den försäkrade har inte heller möjlighet att motsätta sig att utlåtandet skickas från utföraren till Försäkringskassan. Mot bakgrund av syftet med en försäkringsmedicinsk utredning, både vad gäller nyttan för den enskilde och för samhället görs bedömningen att denna nytta väger tyngre än den enskildes rätt att göra invändningar mot att personuppgifter behandlas i samband med utredningen.

En försäkringsmedicinsk utredning förutsätter medverkan från den försäkrade. Innan en beställning görs ska Försäkringskassan först ha informerat den försäkrade om vad en sådan utredning innebär samt säkerställt att den försäkrade accepterar att delta i en försäkringsmedicinsk utredning. Om den försäkrade motsätter sig läkarundersökning eller annat kroppsligt ingrepp, beställer Försäkringskassan ingen utredning. Det innebär att Försäkringskassan i dessa fall inte heller skickar personuppgifter till landsting eller annan utförare.

Ny dataskyddsförordning

PUL kommer att ersättas av Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning). Den allmänna dataskyddsförordningen kommer att börja tillämpas den 25 maj 2018. Regeringen tillsatte den 16 juni 2016 en utredning med kommittédirektiven Dataskyddsförordningen – behandling av personuppgifter och anpassningar av författningar inom Socialdepartementets område (dir. 2016:52). Utredningen har bl.a. i uppdrag att undersöka vilka konsekvenser dataskyddsförordningen medför i fråga om personuppgiftsbehandling särskilt inom Socialdepartementets verksamhetsområde, och vilka anpassningar som är behövliga eller lämpliga med anledning av den nya förordningen.

4.2.11 Ändamål med personuppgiftsbehandlingen

Arbetsgruppens förslag: Personuppgifter ska få behandlas inom den försäkringsmedicinska utredningsverksamheten om det behövs för administration som rör den försäkrade, utförande av försäkringsmedicinska utredningar och för planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Av 9 § första stycket c personuppgiftslagen, PUL följer att ändamålen vid en personuppgiftsbehandling ska vara konkreta och preciserade. En verksamhet som utför försäkringsmedicinska utredningar bör endast få behandla personuppgifter för särskilt angivna ändamål. En bestämmelse föreslås därför med syftet att ange en ram för när personuppgifter får samlas in och behandlas.

För att administrera och planera för försäkringsmedicinska utredningar, t.ex. i kontakten med den försäkrade och med Försäkringskassan blir det nödvändigt för landstingen och andra utförare att behandla personuppgifter. Detsamma gäller för själva utredningsverksamheten, då utförarna även behöver ta del av känsliga personuppgifter om hälsa. Även vid planering, utvärdering och

tillsyn kan det vara av vikt att landstingen eller andra utförare får ta del av personuppgifter. De personuppgifter som får behandlas ska behandlas i enlighet med bestämmelserna i PUL, dvs. de personuppgifter som behandlas ska vara relevanta, adekvata och riktiga. Fler personuppgifter än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet ska inte behandlas.

4.2.12 Tystnadsplikt m.m.

Arbetsgruppens förslag: Den som arbetar eller har arbetat inom en enskild verksamhet som bedriver försäkringsmedicinsk utredning ska inte få obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon i den verksamheten har fått veta om en försäkrades hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande ska det inte anses att någon fullgör en sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

För det allmännas verksamhet ska offentlighets- och sekretesslagen gälla.

Skälen för arbetsgruppens förslag: I en försäkringsmedicinsk utredning förekommer uppgifter om den försäkrades hälsa och personliga förhållanden. Försäkringskassan och den som utför utredningen måste kunna hantera uppgifterna på ett tillfredsställande sätt. Det finns därför ett behov av en tydlig rättslig reglering som skyddar den enskildes integritet.

I 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) regleras sekretessen för den enskildes uppgifter om t.ex. hälsotillstånd inom hälso- och sjukvården och annan medicinsk verksamhet. Annan medicinsk verksamhet avser t.ex. rättspsykiatriska undersökningar. Vi bedömer att även verksamhet som omfattar försäkringsmedicinska utredningar omfattas av begreppet annan medicinsk verksamhet och att ett sekretesskydd för den försäkrades uppgifter finns när ett landsting utför försäkringsmedicinska utredningar.

Som vi tidigare har konstaterat finns det även tystnadsplikt för den försäkrades uppgifter när det är en privat vårdgivare som utför utredningarna i och med att 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen ska vara tillämplig. Hälso- och sjukvårdspersonal hos en privat aktör

får inte obehörigen röja vad de fått veta om den försäkrades hälso-tillstånd eller andra personliga förhållanden. För att den försäkrades personuppgifter ska få samma skydd hos en privat aktör som hos landstinget anser vi att personalen hos en privat aktör ska söka ledning i offentlighets- och sekretesslagens regler vid tolkning av vad som är ett obehörigt röjande.

4.2.13 Patientförsäkring

Arbetsgruppens bedömning: När en försäkringsmedicinsk utredning utförs bör patientskadelagen vara tillämplig och den försäkrade bör därför omfattas av patientförsäkringen.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Risken för att en försäkrad som genomgår en försäkringsmedicinsk utredning skulle skadas vid en undersökning får bedömas som mycket liten men den kan inte uteslutas. Det finns därför anledning att ha någon form av försäkring som täcker eventuella skador som kan drabba den försäkrade i samband med en försäkringsmedicinsk utredning.

I patientskadelagen (1996:799) finns bestämmelser om rätt till s.k. patientskadeersättning och skyldigheter för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring). En förutsättning för att ersättning ska lämnas är att en person har skadats i sin egenskap av patient. I patientskadelagen definieras inte begreppet patient men av förarbetena till den s.k. åliggandelagen (en av föregångarna till patientsäkerhetslagen) framgår att som patient räknas alla som etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt egna hälsotillstånd. Det spelar ingen roll om kontakten etablerats efter den enskildes eget initiativ eller om det sker på annat sätt. När någon ges vård eller behandling eller genomgår en undersökning ska han eller hon, oavsett anledning till åtgärden, betraktas som patient (jmfr. prop. 1993/94:149 s. 77).

Som framgår tidigare i avsnitt 4.2.8 så uppställs kompetenskrav på den personal som ska utföra försäkringsmedicinska utredningar. Den personal som utför försäkringsmedicinska undersökningar ska i princip ha samma medicinska kompetens som personalen inom hälso- och sjukvården, dvs. det ska vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Med beaktande av att personalen som ska utföra

försäkringsmedicinska utredningar ska vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan den försäkrade även anses vara en patient, i patientskadelagens mening, oavsett om kontakten med utredande hälso- och sjukvårdspersonal etablerats genom Försäkringskassan.

Försäkringsmedicinska utredningar är visserligen inte att betrakta som hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagens mening eftersom sådan utredning inte inbegriper vård och behandling av den försäkrade. Men i patientskadelagens mening skulle det ändå kunna vara fråga om hälso- och sjukvård eftersom den lagens definition av hälso- och vård är något vidare och inbegriper även ”annan liknande medicinsk verksamhet”. Av förarbetena till patientskadelagen framgår att med annan liknande medicinsk verksamhet avses t.ex. vad som brukar benämnas levandeundersökningar i rättsmedicinskt syfte samt rättspsykiatriska undersökningar. Dit hör också medicinsk forskning på människor (jfr. prop. 1995/96:187 s. 78).

Försäkringsmedicinska utredningar har i likhet med rättsmedicinska och rättspsykiatriska undersökningar i syfte att med hjälp av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal undersöka en individs hälsotillstånd och de iakttagelser och bedömningar som görs ska dokumenteras och ska kunna utgöra underlag vid en senare rättslig prövning av individens rättigheter eller skyldigheter. Det är därför naturligt att även försäkringsmedicinska utredningar kan betraktas som annan liknande medicinsk verksamhet enligt 5 § patientskadelagen. Därmed blir patientskadelagen också tillämplig på försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet och den försäkrade omfattas då av patientförsäkringen.

Beträffande vårdgivares skyldighet att ha en patientförsäkring som täcker ersättning som omfattas av patientskadelagen så stadgas i 5 § patientskadelagen att om verksamheten bedrivs av privat vårdgivare efter avtal med offentlig vårdgivare, är det den offentliga vårdgivaren som ska ha en försäkring. Ett landsting är en offentlig vårdgivare i sin egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. I och med den nu föreslagna lagen blir landstinget även huvudman för den försäkringsmedicinska utredningsverksamheten. Skyldigheten att ha en försäkring för den försäkringsmedicinska verksamheten innebär således inte något ytterligare åtagande för landstingen då sådan försäkring redan ska vara tecknad.

4.2.14 Tillsyn m.m.

Arbetsgruppens förslag: Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska utöva tillsyn över försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet. Den som avser att bedriva försäkringsmedicinsk verksamhet ska därför anmäla detta och eventuella förändringar i verksamheten till IVO. IVO ska ha rätt att inspektera försäkringsmedicinsk verksamhet och ska få inhämta de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen. IVO ska få besluta om åtgärder mot verksamheten och mot legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Arbetsgruppens bedömning: Den som utför försäkringsmedicinska utredningar bör i tillämpliga delar omfattas av kravet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Skälen för arbetsgruppens förslag och bedömning: Enligt betänkandet⁴⁸ har det framkommit att försäkrade har haft klagomål på genomförandet av försäkringsmedicinska utredningar. Det är oklart hur dessa klagomål har hanterats eftersom det funnits en osäkerhet om vilka bestämmelser som gäller. Frågan om den försäkrades säkerhet vid en försäkringsmedicinsk utredning har under utredningen lyfts fram av bl.a. Personskadeförbundet RPT. Även LO-TCO Rättsskydd har påtalat vikten av att den försäkrade kan framföra klagomål vad avser kvaliteten i en försäkringsmedicinsk utredning.

Vad gäller de försäkrades säkerhet vid en medicinsk undersökning i samband med en försäkringsmedicinsk utredning och kvaliteten i de verksamheter som utför sådana utredningar så är utgångspunkten att kraven på säkerhet och kvalitet i princip ska vara på samma nivå som inom hälso- och sjukvården. Detta innebär bl.a. att en undersökning av en försäkrad ska göras med metoder som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär att den som bedriver försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet, utan att bedriva hälso- och sjukvård, bör i tillämpliga delar även omfattas av kravet att bedriva ett syste-

⁴⁸ För kvalitet – Med gemensamt ansvar, SOU 2015:17, s 158 ff.

matiskt patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

En försäkringsmedicinsk utredning syftar till att ta fram ett underlag som ska kunna användas vid bedömning av den försäkrades arbetsförmåga i samband med ett ärende hos Försäkringskassan om den försäkrades rätt till ersättning. Den försäkringsmedicinska undersökningen syftar alltså inte till fortsatt vård och behandling av en patient. Men en undersökning inom ramen för en försäkringsmedicinsk utredning kan innehålla motsvarande risker för den försäkrade som vid undersökning av en patient inom hälso- och sjukvården. I båda fallen är det fråga om ett personligt möte mellan en enskild person och en legitimerad yrkesutövare.

För hälso- och sjukvården gäller bl.a. patientsäkerhetslagen (2010:659) som syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bl.a. bestämmelser om tillsyn av hälso- och sjukvården och dess personal. Enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen avses med hälso- och sjukvårdspersonal bl.a. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och den som biträder en legitimerad yrkesutövare.

Försäkringsmedicinska utredningar betraktas förvisso inte som hälso- och sjukvård eftersom sådan utredning inte inbegriper vård och behandling av sjukdomar och skador. Men Försäkringsmedicinska utredningar ska utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. läkare, psykologer, fysioterapeuter (sjukgymnaster) och arbetsterapeuter. Dessa yrkesutövare torde i kraft av sin legitimation redan stå under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO), även i de situationer då de utför försäkringsmedicinska utredningar.

Flertalet utförare av försäkringsmedicinska utredningar bedriver även hälso- och sjukvård och står därför redan under IVO:s tillsyn. Det vore därför även lämpligt om de verksamheter där det bedrivs försäkringsmedicinska utredningar blir föremål för IVO:s tillsyn. En sådan verksamhetstillsyn borde också vara ändamålsenlig eftersom personalen redan omfattas av den s.k. individtillsynen i egenkap av legitimerade yrkesutövare. Ur ett tillsynsperspektiv torde detta samlade tillsynsansvar vara att föredra eftersom det ofta är genom verksamhetstillsynen som man uppmärksammar patient-

säkerhetsrisker och ges tillfälle att påtala eventuella brister i en verksamhet.

Vid en försäkringsmedicinsk utredning så är det vanligtvis inte några stora säkerhetsrisker för den försäkrade motsvarande sådana patientsäkerhetsrisker som annars finns inom hälso- och sjukvården. Det kan ändå finnas risker i ett möte mellan en försäkrad och en legitimerad yrkesutövare, t.ex. i samband med olika rörelseövningar i syfte att bedöma arbetsförmågan. Försäkrade som behöver genomgå en försäkringsmedicinsk utredning kan många gånger ha en förhållandevis komplex sjukdomsbild och dessa personer kan behöva genomgå flera olika undersökningar som inbegriper ett antal fysiska och psykiska tester. Mot denna bakgrund bör inte endast hälso- och sjukvårdspersonalen utan även själva verksamheten omfattas av en statlig tillsyn.

Tillsynen av försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet behöver inte nödvändigtvis beakta alla de moment av patientsäkerhetsarbete som följer av patientsäkerhetslagen. Men för att en tillsynsmyndighet ska kunna ha kännedom om sina tillsynsobjekt så behövs en anmälningsskyldighet för den som avser att bedriva verksamheten som står under myndighetens tillsyn. Av detta skäl bör det finnas en skyldighet att anmäla tillsynspliktig verksamhet som bedriver försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet till IVO.

Med tanke på den begränsade risk för skada som en försäkrad normalt exponeras för i samband med en försäkringsmedicinsk utredning kan det inte anses vara motiverat att ställa upp uttryckliga krav på att verksamheten ska bedriva ett systematiskt säkerhetsarbete motsvarande det som gäller för vårdgivare inom hälso- och sjukvården enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen. Dock torde det vara så att flertalet verksamheter bedriver hälso- och sjukvård och därmed har att följa hälso- och sjukvårdslagstiftningen i sin helhet. För övriga verksamheter torde det vara mer ändamålsenligt att i lagen ha materiella tillsynsbestämmelser för att säkerställa de nödvändiga befogenheterna för att IVO kunna bedriva en enklare form av individ- och verksamhetstillsyn. Det borde vara tillräckligt att ge IVO rätt att inspektera verksamheter som utför försäkringsmedicinsk utredningar, få inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen. Jämför med den tillsyn som IVO har enligt 8 § lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar. IVO:s tillsyn bör inte inbegripa rena bemötandefrågor eller sådant

som inte påverkar säkerheten för den försäkrade (patientsäkerheten).

IVO behöver i sin tillsyn över försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet möjlighet att vidta åtgärder mot verksamheter som inte fullgör sina skyldigheter motsvarande de åtgärder mot vårdgivare som följer av 7 kap. patientsäkerhetslagen. T.ex. förelägga verksamheten att fullgöra sina skyldigheter (vid behov förenat med vite), göra åtalsanmälan och besluta att helt eller delvis förbjuda en verksamhet. Dessa tillsynsåtgärder kan tyckas vara allt för ingripande med tanke på den begränsade risk för skada som en försäkringsmedicinsk utredningsverksamhet utgör för de försäkrade. Men tillsynen bör ändå ha möjlighet att tillgripa dessa skarpa verktyg för det fall situationen kräver skarpa åtgärder. Det kan i sammanhanget nämnas att det inte är särskilt vanligt att dessa åtgärder används i tillsynen av hälso- och sjukvården. Möjlighet att vidta åtgärder mot legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal behövs också. IVO bör därför även kunna besluta om åtgärder enligt 7 kap. 30 § patientsäkerhetslagen mot legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har medverkat i en försäkringsmedicinsk utredning. Detta innebär att om IVO anser att det finns skäl för beslut om prövotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsningar i förskrivningsrätten ska IVO anmäla detta till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

4.3 Ändring i socialförsäkringsbalken

4.3.1 Försäkringskassans utredningsbefogenheter

Arbetsgruppens förslag: Bestämmelserna om utredningsbefogenheter för Försäkringskassan ändras på så sätt att Försäkringskassan ska kunna begära att den försäkrade ska genomgå en försäkringsmedicinsk utredning.

Vidare ska bestämmelsen i 110 kap. 22 § om försäkringsmedicinsk utredning på visst sjukhus eller vårdinrättning upphävas.

En redaktionell ändring ska dessutom göras i 110 kap. 30 §.

Skälen för arbetsgruppens förslag: I avsnitt 3.2 beskrivs Försäkringskassans ansvar att se till att ärenden utreds i den omfattning som ärendet kräver. I avsnittet redogörs även för de utredningsbefogenheter som Försäkringskassan har enligt 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken, SFB.

Arbetsgruppen föreslår att 14 § formuleras om genom att det i den fjärde punkten införs en hänvisning till den nya lagen om försäkringsmedicinska utredningar och att det inte längre är Försäkringskassan som bestämmer vilken läkare som ska utreda den försäkrades arbetsförmåga.

I paragrafens tredje punkt tas omnämnandet av särskilt läkarutlåtande bort.

Särskilt läkarutlåtande infördes i den tidigare lagen (1962:381) om allmän försäkring fr.o.m. 1 oktober 1995 tillsammans med särskild försäkring. Beteckningen "särskild" användes för att särskilja detta läkarutlåtande från det vanliga intyg från läkare som används för att styrka nedsättning av arbetsförmåga. Det särskilda läkarutlåtandet var mer omfattande. Det särskilda läkarutlåtandet är numera en av flera typer av försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan beställer från landstingen. Det saknas skäl att särskilt nämna denna form av försäkringsmedicinsk utredning i lagen.

Vidare föreslås att bestämmelsen i 110 kap. 22 § SFB ska avskaffas. Denna bestämmelse innebär att det som villkor för att bevilja en aktivitets- eller sjukersättning får krävas att den försäkrade skrivs in på visst sjukhus under högst 30 dagar. Socialförsäkrings-

administrationen hade tidigare egna sjukhus där försäkrades arbetsförmåga kunde utredas. Några sådana sjukhus finns inte längre och bestämmelsen behövs därför inte.

Dessutom föreslås en redaktionell ändring i 110 kap. 30 § SFB som tydliggör att det är med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter.

4.3.2 Ersättning till försäkrad och till landstingen

Arbetsgruppens förslag: Bestämmelserna om kostnader ska ändras på så sätt att en försäkrad ska få beviljas förskott på ersättning som avser kostnader för resa och uppehälle.

Vidare ska det införas en ny bestämmelse i vilken ersättning till landsting ska regleras.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om ersättning för kostnader som en försäkrad har eller som ett landsting har med anledning av lagen om försäkringsmedicinska utredningar.

Arbetsgruppens bedömning: Landsting kan få stöd i enlighet med kommissionens beslut 2012/21/EU av den 20 december 2011 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse.

Skälen för arbetsgruppens förslag och bedömning: Genom den nya lagen om försäkringsmedicinska utredningar som föreslås i denna promemoria får landstingen ett nytt ansvar. Avsikten är att landstingen ska få full kompensation för de kostnader som landstingen har för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna. I remissvaren på betänkandet För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) framhåller också Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och flera landsting att en viktig förutsättning för att de ställer sig positiva till förslaget om ett lagstadgat ansvar för landstingen att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna är

att de får full kostnadstäckning så att inga resurser tas från hälso- och sjukvårdsuppdraget.

De kostnader som landstingen ska få ersättning för är direkt förknippade med utredningarna t.ex. för personal och lokaler. Vidare måste landstingen få ersättning för administration och för kostnader de har för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

När det gäller utbildning för att kunna genomföra de olika formerna av försäkringsmedicinska utredningar bör Försäkringskassan svara för utbildningen inklusive kursdeltagarnas lönekostnader.

Arbetsgruppen har även övervägt om det finns behov av särskilda uppstartsmedel i samband med att det blir en skyldighet för alla landsting att svara för försäkringsmedicinska utredningar. Detta skulle i så fall finansieras inom de medel som ställs till förfogande för dessa utredningar. I den nu gällande överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om försäkringsmedicinska utredningar finns sådana uppstartsmedel. Avsikten är att underlätta för de landsting, som inte medverkade i den tidigare pilotverksamheten rörande aktivitetsförmågeutredningar, att bygga upp en sådan verksamhet.

Eftersom alla landsting redan har möjlighet att utföra samtliga typer av utredningar och det finns uppstartsmedel i den gällande överenskommelsen så anser arbetsgruppen att det framöver inte finns behov av uppstartsmedel.

Enligt nuvarande bestämmelser och rutiner ersätter Försäkringskassan kostnaden för den försäkrades resor, kost och logi i samband med en försäkringsmedicinsk utredning. Men de personer som Försäkringskassan beställer försäkringsmedicinska utredningar för har ofta en ekonomisk situation som gör att det kan bli betungande att lägga ut pengar för resor, kost och logi i samband med en utredning. Arbetsgruppen anser därför att det är angeläget att undanröja de ekonomiska hindren för en enskild att delta vid en utredning genom att Försäkringskassan får bevilja en försäkrad förskott på ersättning för kostnader som han eller hon har för resa och uppehålle. Förskottet kan antingen lämnas genom att den försäkrade får medel för att själv betala för resor och logi eller genom att Försäkringskassan ger den försäkrade en voucher. Arbetsgruppen föreslår därför att det i en ny paragraf i socialförsäkringsbalken anges att landstingen ska få ersättning för sina kostnader för den försäkringsmedicinska utredningsverksamheten.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska kunna lämna närmare föreskrifter om hantering av ersättningen till enskilda och landstingen.

Förslagens förhållande till EU-rätten, upphandlingsregelverket och statsstödsreglerna

Upphandlingsregelverket

De offentliga inköpen regleras genom upphandlingslagstiftningen. För att på bästa sätt ta tillvara konkurrensen på marknaden och hushålla med skattemedlen måste offentliga myndigheter följa vissa bestämmelser vid inköp.

Samarbete mellan två eller flera upphandlande myndigheter är, om vissa närmare villkor är uppfyllda, undantagna från upphandlingsreglernas tillämpningsområde (se bl.a. dom i mål C-480/06 Kommissionen mot Tyskland) och enligt 3 kap. 17 och 18 §§ i förslaget till ny lag om offentlig upphandling, som genomför motsvarande bestämmelser i 2014 års EU-direktiv om offentlig upphandling (se prop. 2015/16:195 del 1–4 och Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG 2014 års EU-direktiv om offentlig upphandling).

För att undantaget ska bli tillämpligt krävs enligt den föreslagna nya lagen att det rör sig om ett samarbete, vilket alltså skiljer sig mot ett offentligt kontrakt där en part utför en uppgift mot ersättning.

Samarbetet ska avse att säkerställa att de offentliga tjänster som myndigheterna ska utföra tillhandahålls för att uppnå myndigheternas gemensamma mål. Vidare får samarbetet styras endast av överväganden som hänger samman med allmänintresset. Detta utesluter alltså att landstingen medverkar i samarbetet för att gå med vinst. Ytterligare ett krav är att myndigheterna utövar mindre än 20 procent av den verksamhet som berörs av samarbetet på den öppna marknaden.

I de fall ett landsting anlitar privata aktörer för att genomföra försäkringsmedicinska utredningar måste emellertid upphandlingsreglerna självfallet iakttas. Flera landsting kan dock anordna en offentlig upphandling tillsammans. Ett landsting kan t.ex. inleda ett

förfarande både för egen räkning och för ett eller flera andra landsting under förutsättning att det offentliggörs vid förfarandets början och upphandlingsreglerna i övrigt följs. Upphandlingen bör genomföras genom ett öppet anbudsförfarande med det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet som grund, vilket krävs enligt Altmarkdomen för att det inte ska bli ett stöd och oförenligt med statsstödsreglerna. Om det sker ett förhandlat förfarande måste statsstödsreglerna tas i beaktande.

Statsstödsregler

Arbetsgruppen gör bedömningen att när Försäkringskassan beställer försäkringsmedicinska utredningar och kompenserar landstingen ekonomiskt för dessa utredningar så blir den Europeiska unionens statsstödsregler tillämpliga. Statsstöd är när det offentliga, det vill säga staten, kommuner eller landsting, överför offentliga medel till en ekonomisk verksamhet och det resulterar i att mottagaren får en fördel gentemot andra aktörer på marknaden, genom att det gynnar en viss verksamhet eller produktion.

Den ersättning som Försäkringskassan kompenserar landstingen för, för att de ska tillhandahålla tjänsten, måste vara förenlig med statsstödsreglerna. Tjänsten – att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar – bedöms vara en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse, som staten kompenserar landstingen för i enlighet med kommissionens beslut 2012/21/EU⁴⁹. Detta gäller oavsett om de försäkringsmedicinska utredningarna utförs i egen regi eller upphandlas av landstingen.

Som skäl för bedömningen att det är fråga om ekonomisk verksamhet kan anföras att det är helt klart att dessa tjänster omsätts på en marknad där det finns privata aktörer. Enbart förekomsten av privata alternativ kan vara tillräckligt för att kvalificera tjänsten som ekonomisk. Det betalas också adekvat ersättning för tjänsterna, vilket innebär att det finns en synlig motprestation. Enligt EU-domstolens praxis behöver inte tjänsten betalas direkt av den

⁴⁹ Kommissionens beslut 2012/21/EU av den 21 december 2011 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (EUT L 7, 11.1.2012, s. 3).

som utnyttjar den, men den som utför tjänsten måste få ekonomisk ersättning av något slag. EU-domstolarna har för övrigt klargjort att tjänster som oberoende läkare och andra privatpraktiserande läkare tillhandahåller mot ersättning ska betraktas som ekonomisk verksamhet. Tjänsten är i allmänhetens intresse då den är både nödvändig och viktig för att den svenska socialförsäkringslagstiftningen ska kunna fungera. En utgångspunkt är t.ex. att försäkringsmedicinska utredningar ska kunna genomföras oavsett var en person bor i landet. Det är vidare viktigt att Försäkringskassan kan få de försäkringsmedicinska utredningarna, med tillräcklig kvalitet och i rätt tid. Det är därmed i allmänhetens intresse att en sådan tjänst finns och att samhället kompenserar för kostnaderna – således en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse.

Landstingen får endast ersättning för de direkta kostnader som är hänförliga till den definierade tjänsten samt en rimlig vinst. Ersättningsreglerna måste utformas på ett sådant sätt att landstingen inte blir överkompenserade. Om så skulle ske riskerar berört landsting att få återbetala vad som erhållits för mycket samt ränta på detta belopp. Föreskrifterna kommer bl.a. att reglera eventuella återkrav i ersättningsmodellen. Lagen (2013:388) om tillämpning av Europeiska unionens statsstödsregler innehåller bestämmelser om tillämpning av regler om återkrav och återbetalning av olagligt stöd.

Föreskrifterna om ersättningen

Den närmare regleringen av ersättning till landstingen för försäkringsmedicinska utredningar bör ske i form av förordning och föreskrifter från Försäkringskassan.

I utredningen För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) föreslogs att ersättning till landstingen lämnas i form av en styckersättning. Detta mötte inga invändningar från remissinstanserna och arbetsgruppen anser också detta vara en lämplig modell.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bör få möjlighet att meddela föreskrifter om den maximala ersättning som kan lämnas per utredning specificerat på de olika utredningsformerna som för närvarande är särskilt läkarutlåtande, aktivitets-

förmågeutredning och teambaserad medicinsk utredning. Om den försäkrade är i behov av tolk tillkommer ytterligare ersättning.

De försäkringsmedicinska utredningarna är viktiga underlag för Försäkringskassans beslutsfattande i enskilda ersättningsärenden. Det är därför av stor betydelse att Försäkringskassan kan få utlåtanden inom rimlig tid. Arbetsgruppen föreslår därför att ersättning lämnas för utlåtanden som kommer in till Försäkringskassan senast 30 dagar räknat från den dag beställningen gjordes och landstingen fått ett komplett underlag.

Det kan dock finnas giltiga skäl till att den föreskrivna tidsfristen inte kan hållas t.ex. att tiden för utredningen har ändrats till följd av akut sjukdom hos den som ska utredas eller att beställningen har gjorts strax före en period med många helgdagar. Det kan även hända att en utredning avbokas med kort varsel. Även i sådana fall bör landstinget kunna få ersättning. Försäkringskassan ges möjlighet att lämna kompletterande föreskrifter för dessa fall.

Om Försäkringskassan anser att ett utlåtande har kvalitetsbrister är det lämpligt att detta påtalas inom 10 dagar från det att utredningen inkom till myndigheten.

Försäkringskassan bör årligen göra en prognos för hur många utredningar fördelad på olika utredningsformer som Försäkringskassan behöver få utförda under det kommande året. Försäkringskassan bör följa upp sina prognoser och informera landstingen om förändrade behov. Den fortlöpande dialogen mellan Försäkringskassan och landstingen är viktig för att undvika att Försäkringskassan i onödan får vänta på utredningar på grund av att landstingen saknar kapacitet eller att landstingen har outnyttjad kapacitet. Dialogen bör också handla om rutiner som minskar av- och ombokningar av utredningar.

Eftersom landstingen endast får ersättning för utredningar som levereras i rätt tid måste landstingen ha viss beredskap för att kunna leverera. Detta kan innebära kostnader som inte fullt ut kompenseras via en styckersättning. I den överenskommelse som staten tidigare har slutit med SKL om en pilotverksamhet för aktivitetsförmågeutredningar garanterades landstingen att få en ersättning som motsvarar minst 70 procent av den prognostiserade volymen. Liknande bör gälla även i den nu föreslagna ordningen.

Om Försäkringskassan ser behov av att omfördela medel för beställningar av utredningar från ett landsting till ett annat landsting

bör detta vara möjligt under förutsättning att det landsting som Försäkringskassan vill beställa mer utredningar från har kapacitet för detta. Försäkringskassan bör inte minska ersättningen för beställningar hos ett enskilt landsting så att mindre än 70 procent av den ursprungliga prognosen kvarstår.

Ersättningen för landstingens centrala administration bör inte ingå i styckkostnadsersättningen. De administrativa kostnaderna är inte proportionerliga mot antalet gjorda utredningar och det skulle därför missgynna de mindre landstingen om dessa kostnader ingick i styckersättningen. I stället kommer ett belopp att fastställas för landstingen i förhållande till storlek med en ersättning till de tre stora landstingen och annan till det övriga.

De belopp som kommer att anges i förordningen är vad som maximalt kan lämnas som ersättning. Med hänsyn till EU:s statstödsregler får landstingen inte överkompenseras. Landstingen måste därför även lämna en redovisning till Försäkringskassan över de kostnader som landstinget har haft för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna. Det bör eftersträvas att redovisningskraven inte blir för betungande för landstingen och Försäkringskassan samtidigt som de måste uppfylla vad som kan anses vara nödvändigt med tanke på EU:s statstödsregler. Landstingens kostnader för denna redovisning ska beaktas då ersättning för administration beräknas.

Om det visat sig att ett landsting fått ersättning med för högt belopp till följd av att oriktiga uppgifter har lämnats till Försäkringskassan kan Försäkringskassan begära att det oriktiga beloppet jämte ränta ska betalas tillbaka. Detta gäller även när för högt belopp betalats ut och landstinget borde ha insett det. Ett krav på återbetalning ska ställas inom tio år från det att beslutet om utbetalning fattades.

5 Konsekvenser

5.1 Konsekvenser för det kommunala självstyret

FörMed-utredningen hade i uppgift att i första hand pröva möjligheten och lämpligheten av att tillgodose behovet av försäkringsmedicinska utredningar via landstingen. Utredningen övervägde tre olika övergripande ansvarsmodeller när det gäller ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna.

Arbetsgruppen gör samma bedömning som FörMed-utredningen gjorde nämligen att en modell där landstingen får ansvar för att göra de försäkringsmedicinska utredningarna skapar de bästa förutsättningarna för att dessa utredningar blir en del av landstingens uppbyggda verksamhet, med god kompetens, en vana att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt med bättre förutsättningar till en ändamålsenlig geografisk spridning i landet. De försäkrade har även en god tilltro till hälso- och sjukvården och dess möjligheter till objektiva bedömningar, vilket är extra viktigt vid ett beslut om t.ex. sjukersättning som påverkar den försäkrades försörjning i ett längre perspektiv. Vi bedömer därför att det ska vara landstingens ansvar att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.

Nackdelar och fördelar från landstingens perspektiv

För landstingen är det positivt att de får ansvaret för de försäkringsmedicinska utredningarna av följande anledningar:

- Alla landsting utför redan försäkringsmedicinska utredningar, antingen i egen regi eller genom upphandlade privata aktörer, i enlighet med de frivilliga överenskommelserna. Sju landsting har

också frivilligt deltagit i pilotverksamheten med arbetsförmågeutredningarna.

- Flera landsting har en väl fungerande verksamhet och personal med rätt kompetens som utför de försäkringsmedicinska utredningarna.
- Det blir ett tydligare ansvar för landstingen i hela sjukskrivningsprocessen.
- Det kan uppfattas som bättre för patientsäkerheten när det är landstingen som ansvarar för verksamheten med försäkringsmedicinska utredningar.
- Det kan gynna svaga patientgrupper när de försäkringsmedicinska utredningarna utförs nära vård och behandling.
- När landsting gör de försäkringsmedicinska utredningarna kan de lättare knytas till forskning.

Av remissvaren på FörMed-utredningen (SOU 2015:17) framgår att några landsting är negativa till att de får fortsatt ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna av följande anledningar:

- Resurserna till denna verksamhet tas från hälso- och sjukvården.
- Verksamheten är beroende av Försäkringskassans beställningar och att landstingen inte kan påverka dessa.

Utifrån en sammanvägd bedömning av de nackdelar det kan bli för enskilda landsting å ena sidan och vikten för samhället, Försäkringskassan och den enskilde av en väl fungerande verksamhet å andra sidan finner arbetsgruppen att de försäkringsmedicinska utredningarna bör bedrivas i landstings regi. Dessutom har flera av de problem som landstingen framfört beaktats i det förslag som lämnas i denna promemoria. Landstingen kommer att kunna planera och dimensionera verksamheten framöver vilket också minskar riskerna för undanträngning av landstingens övriga verksamhet. Förslaget kommer även att öppna för samarbeten mellan landstingen, till nytta för både de som vill bedriva verksamheten och de som inte har möjligheter att tillhandahålla de försäkringsmedicinska utredningarna eftersom landstingen i de fallen kommer att kunna upphandla privata aktörer.

5.2 Arbetsgruppens samlade bedömning

Sammantaget gör vi bedömningen att lagförslagen är motiverade med hänsyn till det övergripande syftet att tydliggöra ansvaret för försäkringsmedicinska utredningar och att bidra till ökad förutsebarhet och rättssäkerhet för de försäkrade som ska genomgå en försäkringsmedicinsk utredning. Förslagen innebär inskränkningar i det kommunala självstyret eftersom de innebär en skyldighet för landstingen att göra de försäkringsmedicinska utredningarna. Emellertid är bedömningen att samhällets, Försäkringskassans och de försäkrades behov av att det finns en fungerande verksamhet och ett tydligt ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna inte kan tillgodoses på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt. Vi anser därför att förslaget att reglera landstingens ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna utgör ett proportionellt ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

5.2.1 Ekonomiska konsekvenser

Landstingen

Våra förslag innebär ett utökat lagstadgat åtagande för landstingen och därmed blir den kommunala finansieringsprincipen tillämplig. Detta innebär att landstingen ska kompenseras för eventuella ökade kostnader till följd av förslagen. Våra förslag innebär därför att landstingen via ersättning från staten ska få full täckning för samtliga kostnader både avseende administration av de försäkringsmedicinska utredningarna och för utredningsverksamheten. Dessa förslag bör därmed inte få några ekonomiska konsekvenser för landstingen.

Landstingen har idag en patientförsäkring inom vilken även försäkringen för de försäkringsmedicinska utredningarna bedöms kunna inkluderas vilket innebär endast marginella merkostnader med anledning av dessa förslag.

Försäkringskassan

Våra förslag innebär att Försäkringskassans handläggare, när de bedömer att den försäkrade ska genomgå en försäkringsmedicinsk

utredning, ska informera den försäkrade om vad utredningen innebär, vilket underlag som överlämnas till den som ska utföra utredningen och på vilket sätt som utredningen kommer att ligga till grund för Försäkringskassans beslut om rätten till ersättning. Försäkringskassan ska fortlöpande bedöma sitt behov av försäkringsmedicinska utredningar och ta fram prognoser över behovet av de försäkringsmedicinska utredningarna. Prognoserna ska årligen redovisas för respektive landsting.

Försäkringskassan ska precis som idag ersätta landstingen för de försäkringsmedicinska utredningarna, om än utifrån en något annan modell. Försäkringskassan ska även stå för, eller ersätta den enskilde försäkrade för eventuella utgifter för dennes resor och logi i samband med en utredning. Även detta gör Försäkringskassan idag. Kostnaderna för detta täcks i dag av anslaget 10.1:1 Sjukpenning och rehabilitering, anslagspost 8 Försäkringsmedicinska utredningar och föreslås även fortsättningsvis göras så. Arbetsgruppen bedömer att förslagen i denna promemoria endast medför marginellt ökade kostnader för Försäkringskassan och bedöms rymmas inom ramen för förvaltningsanslaget.

Staten

Genom en försäkringsmedicinsk utredning får Försäkringskassans handläggare ett bättre beslutsunderlag som bedöms leda till mer förutsägbara och enhetliga beslut. Detta bidrar till att rätt personer får rätt ersättning i rätt tid vilket i sin tur kan leda till mindre kostnader för de aktuella förmånerna.

Genom vårt förslag kommer Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att få ett tillsynsansvar över verksamheten. De flesta utförare har kombinerat sin verksamhet som utför försäkringsmedicinska utredningar med verksamhet som innefattar hälso- och sjukvård. Detta medför att IVO redan i dag har ett tillsynsansvar över dessa.

Antalet klagomålsärenden uppskattas till cirka 10 ärenden per år. Enligt uppgifter från IVO uppgår kostnaden per klagomålsärende som prövas till cirka 25 000 kronor, totalt 250 000 kronor per år. Kostnaderna för att IVO får ett tillsynsansvar för de försäk-

ringsmedicinska utredningarna beräknas således vara ytterst marginellt och bedöms rymmas inom ramen för avsatta medel för IVO.

Det ökade ansvaret för Socialstyrelsen att samarbeta med Försäkringskassan när det gäller utredningsmetoder för de försäkringsmedicinska utredningarna bedöms inte heller innebära några större ekonomiska konsekvenser i och med att det handlar om kortvariga och övergående arbetsuppgifter.

De kompetenssatsningar som ska ske hos Försäkringskassan för grundutbildning och övriga kompetenssatsningar för handläggare och övrig personal bedöms uppgå till ca 10 miljoner kronor per år och finansieras inom ramen för avsatta medel för de försäkringsmedicinska utredningarna.

Vår bedömning är att våra förslag inte kommer att påverka förvaltningsdomstolarnas verksamhet.

5.2.2 Övriga konsekvenser

Jämställdhet

Fler kvinnor är sjukskrivna än män. Av alla sjukfall som blir längre än 180 dagar är närmare 70 procent kvinnor och drygt 30 procent män. Av de som genomgår en försäkringsmedicinsk utredning är könsfördelningen ungefär densamma.

Försäkringsmedicinska utredningar utgör ett viktigt underlag i ett sjukskrivningsärende. Det är därför viktigt att de riktlinjer för beställningarna som utarbetas av Försäkringskassan har tydligt jämställdhetsfokus. Viktigt är också att hälso- och sjukvården har ett aktivt jämställdhetsperspektiv i de utredningar som görs så att kvinnor och män behandlas och bedöms lika. Det initierade arbetet med försäkringsmedicinska utredningar såväl på Försäkringskassan som inom vården bör därför följas upp ur ett jämställdhetsperspektiv.

Konsekvenser för företagen

Med nuvarande överenskommelse väljer landstingen att själva utföra de försäkringsmedicinska utredningarna eller att upphandla tjänsten av privata aktörer. De företag som upphandlas är ofta små

rehabiliteringsföretag som förutom rehabilitering även gör dessa utredningar. Det finns inte något i våra lagförslag som påverkar möjligheten för landsting att även i fortsättningen upphandla privata aktörer för att utföra försäkringsmedicinska utredningar. Vi kan inte göra någon bedömning av hur landstingen i framtiden väljer att organisera sin utredningsverksamhet. Förslagets påverkan på företagen kan anses vara marginell.

Övriga konsekvenser

Enligt vår bedömning medför förslagen inte några konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Inte heller när det gäller miljöaspekter finns det anledning att tro att det kommer att bli några konsekvenser.

6 Författningskommentar

6.1 Förslaget till lag om försäkringsmedicinska utredningar

1 kap. Inledande bestämmelser

1 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.1.

Paragrafen anger vad som avses med försäkrad samt redogör för lagens struktur och innehåll.

2 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.1.

I paragrafen förklaras begreppet försäkringsmedicinsk utredning. Uttrycket försäkringsmedicinsk utredning har hitintills funnits i 110 kap. 22 § socialförsäkringsbalken (SFB) men den paragrafen utmönstras nu från balken och begreppet försäkringsmedicinsk utredning återanvänds istället i den nu föreslagna lagen med den innebörd som följer av paragrafen. Med uttrycket medicinsk undersökning avses ett personligt möte mellan den försäkrade och en eller flera personer som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården. Med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal avses sådan personal som har legitimation i enlighet med 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Ett utlåtande ska innehålla iakttagelser och bedömningar om den försäkrades fysiska och psykiska status ur ett medicinskt perspektiv som är relevanta för bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga. Med arbetsförmåga avses samma sak som i 24–28 a och 32–37 kap. SFB.

2 kap. Försäkringskassans ansvar

Information till den försäkrade

1 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.2.

Paragrafens *första punkt* innehåller en skyldighet för Försäkringskassan att informera den försäkrade om vad en försäkringsmedicinsk utredning innebär för den försäkrade, dvs. vad utredningen går ut på, vilka eventuella tester och undersökningar som den försäkrade förväntas genomgå. För den försäkrade är det även viktigt att få information om vilka rättigheter och skyldigheter denne har i förhållande till Försäkringskassan, t.ex. att den försäkrades ersättning kan dras in eller sättas ned (110 kap. 53 § SFB) om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till utredningsåtgärder.

Enligt paragrafens *andra punkt* ska den försäkrade informeras om vilket underlag, dvs. vilka handlingar och uppgifter, om den försäkrade, som kommer att överlämnas till den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen.

Av paragrafens *tredje punkt* framgår att den försäkrade ska informeras om att en utredning som kommer att innefatta läkarundersökning eller annat kroppsligt ingrepp endast får genomföras om den försäkrade samtycker till det. Bestämmelsen ger uttryck för det grundlagsskyddade förbudet mot påtvingat kroppsligt ingrepp enligt 2 kap. 6 § regeringsformen.

Av paragrafens *fjärde punkt* framgår att den försäkrade ska informeras om på vilket sätt utredningen kommer att ligga till grund för Försäkringskassans beslut. Den försäkrade bör t.ex. informeras om att det inte går att begära omprövning eller överklaga utredningens bedömning, dvs. innehållet i utlåtandet. Men att det däremot går att begära omprövning eller överklaga Försäkringskassans beslut.

Utredningsformer och undersökningsmetoder

2 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3.

Enligt paragrafens bemyndigas regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om olika former av försäkringsmedicinska utredningar och olika undersökningsmetoder som får tillämpas.

Underlag för utredning

3 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.4.

Enligt paragrafens *första stycke* stadgas att när en försäkringsmedicinsk utredning behövs ska Försäkringskassan tillhandahålla nödvändigt underlag till den som ska utföra utredningen. Med uttrycket det underlag som behövs avses sådana uppgifter som Försäkringskassan har i sitt ärende om den försäkrade och som är relevanta för den försäkringsmedicinska utredningen. Bestämmelsen är sekretessbrytande i förhållande till den sekretess som gäller hos Försäkringskassan enligt 28 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Av andra meningen framgår att Försäkringskassan även ska informera utföraren om den försäkrade har särskilda behov som måste beaktas i samband med utredningen. Särskilda behov kan t.ex. vara att den försäkrade behöver en tolk för att kunna kommunicera med den som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen.

3 kap. Landstingets skyldigheter och befogenhet

1 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.5.

Enligt paragrafens *första stycke* ska ett landsting tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar så att en undersökning enligt 110 kap. 14 § 4 socialförsäkringsbalken kan genomföras på begäran av Försäkringskassan. I den aktuella bestämmelsen i balken anges olika utredningsbefogenheter för den handläggande myndigheten (Försäkringskassan). En av dem är att den försäkrade ska genomgå

en undersökning enligt den nu föreslagna lagen om försäkringsmedicinsk utredning. Genom bestämmelsen i lagen åläggs landstingen en skyldighet att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar på begäran av Försäkringskassan.

Av *andra stycket* följer att landstingets skyldighet enligt första stycket avser försäkrade som är bosatta inom landstinget. Det samma gäller i fråga om försäkrade som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom landstinget. Landstingets skyldighet att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar avser således försäkrade som är bosatta eller kvarskrivna inom landstinget. Landstingets ansvar för att tillhandahålla utredningar avser således samma personkrets som landstinget ansvarar för när det gäller att erbjuda god hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Stycket reglerar således vilket landsting som Försäkringskassan ska vända sig till när en försäkrad behöver utredas. Respektive landsting är då skyldigt att tillse att en sådan utredning utförs.

Av paragrafens *tredje stycke* framgår att det som i lagen sägs om ett landsting gäller även en kommun som inte ingår i ett landsting. För närvarande är det bara Gotlands kommun som inte ingår i något landsting.

2 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.6.

Enligt paragrafens *första stycke* får ett landsting sluta avtal med ett annat landsting eller någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för. Avtalet ska ange de villkor som gäller för överlämnandet och utförandet av uppgifterna. Landstinget har möjlighet att lägga ut den försäkringsmedicinska utredningsverksamheten på entreprenad till en eller flera privata utförare. Ett landsting ska dessutom kunna överenskomma med ett eller flera landsting om att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna åt varandra. När landstinget överlämnar uppgifter enligt lagen till en privat aktör har landstinget att tillse att verksamheten upphandlas enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling. Landstinget har därefter en skyldighet att kontrollera och följa upp verksamheten enligt kommunallagens bestämmelser.

Av *andra stycket* framgår att ett landsting får åta sig att utföra de uppgifter som ett annat landsting ansvarar för enligt lagen. Enligt

2 kap. 1 § kommunallagen (1991:900) får kommuner och landsting själva ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte ska hanteras enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. Denna bestämmelse i kommunallagen ger uttryck för den s.k. lokaliseringsprincipen som innebär en begränsning i en kommuns eller ett landstings befogenheter att ta hand om angelägenheter av allmänt intresse. Andra stycket i den föreslagna bestämmelsen utgör ett undantag från denna princip, dvs. en utvidgning av den kommunala befogenheten. Ett landsting får således överenskomma med ett annat landsting att de försäkringsmedicinska utredningarna som ska utföras på försäkrade som är bosatta eller kvarskrivna inom det egna landstinget ska utföras av ett annat landsting. Landstinget har dock kvar ett ansvar för kontroll och uppföljning av verksamheten på samma sätt som om landstinget skulle ha lagt ut verksamheten på entreprenad till en privat utförare. Ett landsting kan alltså välja att driva försäkringsmedicinska utredningar i egen regi, i samverkan med ett eller flera landsting, upphandla verksamheten hos en eller flera privata utförare eller i en kombination av dessa varianter.

4 kap. Krav på verksamheter som utför försäkringsmedicinska utredningar

Verksamheten och dess ledning

1 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.7.

Av paragrafens *första stycke* följer att i verksamhet där det utförs försäkringsmedicinska utredningar ska det finnas en person som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef). Det ska även finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Verksamhetschefen ska vara en fysisk person som har den kompetens och utbildning som krävs för att leda och ansvara för verksamheten. Däremot finns inget krav på att verksamhetschefen ska ha medicinsk kompetens. Kravet på en verksamhetschef gäller oavsett om verksamheten bedrivs i landstingets regi eller av en privat utförare. Kravet att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att

säkerställa kvaliteten i verksamheten innebär att verksamheten ska vara av permanent karaktär och inte endast tillfällig, dvs. att verksamheten inte endast åtar sig enstaka uppdrag avseende försäkringsmedicinska utredningar. Av 2 kap. 2 § framgår att Försäkringskassan får meddela föreskrifter om olika former av försäkringsmedicinska utredningar och de undersökningsmetoder som får tillämpas vid utredning av en försäkrad. Sådana föreskrifter kan komma att innehålla mer detaljerade bestämmelser som påverkar kraven på verksamhetens personal, lokaler och utrustning.

Av paragrafens *andra stycke* framgår att verksamhetschefen ansvarar för att de skyldigheter som följer av lagen eller föreskrifter som meddelats med stöd av lagen har uppfylls. Ett sådant ansvar kan aktualiseras t.ex. i samband med uppföljning eller tillsyn av verksamheten. Verksamhetschefen har således ett övergripande ansvar för verksamheten i förhållande till den yrkesutövare som utför själva utredningen.

Personalens kompetens och utbildning

2 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.8.

Enligt paragrafens *första stycke* ska den personal som utför en försäkringsmedicinsk utredning ha den kompetens och utbildning som krävs för att bedöma en försäkrads arbetsförmåga. För att kunna bedöma en persons arbetsförmåga på ett noggrant och omsorgsfullt sätt torde det krävas både medicinsk utbildning och erfarenhet från hälso- och sjukvården. För att utföra en försäkringsmedicinsk utredning bör det därför krävas legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med adekvat specialist- eller vidareutbildning samt sådan komplementär utbildning om försäkringsmedicin som Försäkringskassan erbjuder. I första hand bör det vara fråga om läkare men även andra yrkesutövare kan vara aktuella t.ex. sjuksköterskor, fysioterapeuter (sjukgymnaster) och arbetsterapeuter. Av stycket följer även att personalen ska visa den försäkrade omtanke och respekt. Detta krav motsvarar det krav som finns inom hälso- och sjukvården enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

Enligt paragrafens *andra stycke* får regeringen meddela ytterligare föreskrifter om vilka krav som ska ställas på personalens kompetens.

Enligt paragrafens *tredje stycke* får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela ytterligare föreskrifter om vilka krav som ska ställas på personalens utbildning.

Dokumentation

3 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.9.

Paragrafen föreskriver en dokumentationsskyldighet avseende de bedömningar som görs i samband med en försäkringsmedicinsk utredning. Av *första stycket* framgår att bedömningar i samband med en försäkringsmedicinsk utredning av en försäkrades arbetsförmåga ska dokumenteras i ett skriftligt utlåtande. Dokumentationsskyldigheten innebär att utlåtandet ska vara skriftligt. Som framgår av 2 kap. 3 § ska den som ska utföra en försäkringsmedicinsk utredning få ett underlag från Försäkringskassan. Underlaget ska bl.a. innehålla uppgifter om den försäkrades hälsotillstånd m.m. Efter avslutad undersökning ska den som utfört undersökningen upprätta ett skriftligt utlåtande om den försäkrades arbetsförmåga. Eftersom en försäkringsmedicinsk utredning inte är att anse som hälso- och sjukvård behöver hälso- och sjukvårdspersonalen i denna verksamhet inte föra någon patientjournal enligt patientdatalagens bestämmelser. Den försäkringsmedicinska undersökningen och undersökningen av den försäkrade ska endast dokumenteras i utlåtandet.

Av *andra stycket* framgår att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter med ytterligare krav på utlåtandet, dess innehåll och utformning. Föreskrifterna bör innehålla krav på den som upprättar ett utlåtande, vilka uppgifter som ett utlåtande ska innehålla och uppgifter när utlåtandet ska vara Försäkringskassan tillhanda.

4 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.9.

Paragrafen riktar sig till den som upprättar ett utlåtande om den försäkrades arbetsförmåga. Kravet att iaktta saklighet och opartiskhet innebär bl.a. att personal som arbetar med försäkringsmedicinska utredningar ska vara objektiv och självmant undvika jävsliknande situationer. En försäkringsmedicinsk undersökning ska inte betrakta som myndighetsutövning och förvaltningslagens jävsbestämmelser blir därför inte tillämpliga på jävsliknande situationer.

5 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.9.

Paragrafens *första stycke* avser att stärka skyddet för de uppgifter om försäkrade som förekommer i utlåtanden, i de underlag som tillhandahållits från Försäkringskassan eller som i övrigt dokumenteras av verksamheten som utför en försäkringsmedicinsk utredning genom att verksamheten åläggs att se till att uppgifterna hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Bestämelsen tar sikte på både manuell hantering och automatiserad behandling av uppgifterna. För automatiserad behandling av personuppgifter finns vidare bestämmelser i personuppgiftslagen.

Enligt paragrafens *andra stycke* ska sådant underlag som avses i 2 kap. 3 § snarast efter avslutad utredning återlämnas till Försäkringskassan. Detta underlag innehåller uppgifter om den försäkrade som behövdes inför den försäkringsmedicinska utredningen men underlaget tillhör Försäkringskassan och är bara utlånat till den som ska utföra utredningen. Efter avslutad utredning ska underlaget återlämnas till Försäkringskassan.

6 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.9.

Enligt paragrafens *första stycke* ska ett utlåtande bevaras minst i tio år efter det att det har upprättats. Bemyndigandet i första stycket gör det möjligt för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att föreskriva om att vissa utlåtanden ska bevaras under längre tid än tio år. Eftersom bevarandetiden föreslås till minst tio år torde bemyndigandet inte behöva utnyttjas i någon större utsträckning

Av paragrafens *andra stycke* framgår att för utlåtande som utgör allmän handling gäller, med de undantag som följer av första stycket, arkivlagen (1990:783) och de bestämmelser som meddelats med stöd av arkivlagen. Vad som är allmän handling framgår av 2 kap. tryckfrihetsförordningen. I arkivlagen och tillhörande författningar finns bestämmelser om bl.a. myndigheters skyldighet att bevara respektive gallra allmänna handlingar.

Behandling av personuppgifter

7 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.10.

I paragrafens *första stycke* anges att personuppgiftslagen (1998:204) ska gälla vid behandling av personuppgifter om inte annat anges i lagen. Lagens bestämmelser om behandling av personuppgifter innehåller således enbart de särbestämmelser och förtydliganden som det bedöms föreligga behov av. I övrigt ska personuppgiftslagen gälla. Detta innebär att åtskilliga bestämmelser i personuppgiftslagen blir tillämpliga vid personuppgiftsbehandling i samband med försäkringsmedicinska utredningar. Eftersom en försäkringsmedicinsk utredning inte är att betrakta som hälso- och sjukvård är inte patientdatalagen (2008:355) tillämplig. Av stycket följer vidare att Försäkringskassans personuppgiftsbehandling regleras i 114 kap. socialförsäkringsbalken. Den personuppgiftsbehandling som Försäkringskassan utför avser myndighetens verksamhet i fråga om förmåner och ersättningar (114 kap. 2 § SFB). I de fall inte annat följer av 114 kap. SFB ska dock personuppgiftslagen gälla även för Försäkringskassan.

Personuppgiftslagen kommer att ersättas av Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning). Den allmänna dataskyddsförordningen kommer att börja tillämpas den 25 maj 2018.

Av *andra stycket* framgår att sådan behandling av personuppgifter som är tillåten får utföras även om den försäkrade motsätter sig behandlingen.

Ändamål med personuppgiftsbehandlingen

8 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.11.

Paragrafen föreskriver att personuppgifter får behandlas inom den försäkringsmedicinska verksamheten om det behövs för ett i paragrafen antal angivna ändamål. Ändamålen i *första punkten* avser sådana personuppgifter som behövs för administration av den försäkrade som ska utredas. *Andra punkten* avser sådan individinriktad information som behövs för att genomföra en försäkringsmedicinsk utredning.

Tredje punkten avser planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn, dvs. kvalitetsuppföljning på ett mer övergripande plan än vad som följer av administration enligt den första punkten för att möjliggöra verksamhetsuppföljning med individuppgifter.

Tystnadsplikt m.m.

9 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.12.

Paragrafen *första stycke* innehåller bestämmelser om sekretess för dem som arbetar inom enskild verksamhet som utför försäkringsmedicinska utredningar. Bestämmelserna är utformad i likhet med motsvarande reglering för hälso- och sjukvård enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Paragrafens *andra stycke* hänvisar till offentlighets- och sekretesslagen (förkortad OSL). Denna hänvisning åsyftar huvudsakligen till bestämmelsen i 25 kap. 1 § första stycket OSL eftersom sekretessregleringen i denna bestämmelse inte är begränsad till hälso- och sjukvården i vedertagen mening utan den gäller, som anges i första stycket andra meningen, också i "annan medicinsk verksamhet". Med detta uttryck åsyftas verksamhet som inte primärt har vård- eller behandlingssyfte (jfr. prop. 1978/79 Del A, s. 167).

5 kap. Tillsyn m.m.

1 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.14.

Paragrafen föreskriver i *första stycket* att den som avser att bedriva försäkringsmedicinsk verksamhet ska anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) senast en månad innan verksamheten påbörjas. En anmälningsskyldighet av detta slag är en förutsättning för att IVO i egenskap av tillsynsmyndighet ska känna till sina tillsynsobjekt. Motsvarande anmälningsskyldighet gäller för verksamheter inom hälso- och sjukvården enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Enligt *andra stycket* stadgas att om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta anmälas till IVO inom en månad efter genomförandet. Om verksamheten läggs ned, ska det snarast anmälas till IVO. Motsvarande anmälningsskyldighet för verksamheter inom hälso- och sjukvården avseende förändringar i verksamheten som gäller enligt 2 kap. 2 § patientsäkerhetslagen.

Tredje stycket innehåller ett bemyndigande av vilket framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hur anmälningsskyldigheten ska fullgöras.

2 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.14.

Paragrafen föreskriver i *första stycket* att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över den verksamhet som bedrivs enligt lagen. Patientsäkerhetslagen (2010:659) har inte gjorts generellt tillämplig på inspektionens tillsyn utan IVO:s befogenheter regleras i paragrafens andra och tredje stycke.

I *andra stycket* anges att IVO har rätt att inspektera verksamheter som utför försäkringsmedicinska utredningar och får inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen. Stycket reglerar de befogenheter som IVO har i sin tillsyn av verksamheter som utför försäkringsmedicinska utredningar.

Av *tredje stycket* framgår att IVO får besluta om åtgärder mot verksamheten i enlighet med 7 kap. 23–28 §§ patientsäkerhetslagen. Det innebär att inspektionen kan vidta åtgärder gentemot verksamhet som står under dess tillsyn, t.ex. göra anmälan till åtal, före-

lägga verksamheten att fullfölja sina skyldigheter (får förenas med vite) eller besluta att helt eller delvis förbjuda en verksamhet.

3 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.14.

Paragrafen föreskriver att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) får besluta om åtgärder enligt 7 kap. 29 och 30 §§ mot personal som har medverkat i en försäkringsmedicinsk utredning enligt denna lag. Detta innebär bl.a. att om IVO anser att det finns skäl för beslut om provotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsningar i forskrivningsrätten ska IVO anmäla detta till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

6.2 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

110 kap.

14 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.1.

Paragrafens *första och andra punkter* är oförändrade.

I *tredje punkten* har begreppet särskilt läkarutlåtande tagits bort för att förtydliga bestämmelsen. Däremot kan den handläggande myndigheten fortfarande begära ett utlåtande av en viss läkare eller annan sakkunnig. Med begreppen viss läkare får avses en legitimerad läkare med särskild kompetens eller specialistutbildning i viss fråga. Med annan sakkunnig får avses någon med motsvarande kompetens eller specialistutbildning i viss fråga utan att vara legitimerad läkare.

I *fjärde punkten* har undersökning av viss läkare ersatts av undersökning enligt lagen om försäkringsmedicinska utredningar. Den handläggande myndigheten har alltså inte längre, med stöd av denna paragraf, möjlighet att välja vilken läkare som ska undersöka en försäkrad. En undersökning av en försäkrad ska beställas av ett landsting enligt lagen om försäkringsmedicinska utredningar.

30 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.1.

Paragrafen reglerar ersättning för kostnader som en försäkrad eller någon annan har haft med anledning viss utredning. Begreppet försäkrad är ett begrepp som används nästan genomgående i socialförsäkringsbalken i stället för de många olika uttryck för den förmånsberättigade som tidigare fanns i socialförsäkringslagstiftningen innan balkens tillkomst. Begreppet "någon annan" torde därför vara ett sätt beskriva förmånsberättigade som innan balkens tillkomst kallades för något annat, t.ex. den enskilde eller något liknande.⁵⁰

Paragrafens *första stycke* har ändrats på så vis att hänvisningen till 22 § har tagits bort eftersom bestämmelsen föreslås bli upphävd. Hänvisning till 14 och 26 §§ återstår. Dessutom görs en redaktionell ändring som tydliggör att det är med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter.

Även i det *andra stycket* görs en redaktionell ändring som tydliggör att det är med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter

Ett nytt *tredje stycke* har införts som anger att en försäkrad får beviljas förskott på ersättning enligt första stycket avseende kostnader för resa och uppehälle. Sådana kostnader kan uppkomma när den försäkrade måste resa till annan ort i samband med en försäkringsmedicinsk utredning.

30 a §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.2.

Paragrafen är ny och avser att reglera ersättningen för de kostnader som ett landsting har med anledning av lagen om försäkringsmedicinska utredningar. Paragrafen innehåller inga specifika ersättningsregler utan utgör en upplysningsbestämmelse om att ersättning lämnas i enlighet med de föreskrifter som regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer kan meddela med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen.

⁵⁰ Se Socialförsäkringsbalken En kommentar Avd. A–C, Hessmark m.fl., s. 131.

Departementsserien 2016

Kronologisk förteckning

1. Kontroller och inspektioner i Sverige av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning. Fi.
2. Några frågor om offentlighet och sekretess. Ju.
3. Uppföljning av återvändandedirektivet och direktivet om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. Ju.
4. Effektivare hyres- och arrendenämnder. Ju.
5. Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. S.
6. Entreprenörsansvar och svenska kollektivavtalsvillkor vid utstationering. A.
7. Tolkjänst för vardagstolkning. S.
8. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna. S.
9. Ny lag om tilläggsavgift i kollektivtrafik. N.
10. Nya regler för europeiska småmål – lättare att pröva tvister inom EU. Ju.
11. Anpassningar av svensk rätt till EU-förordningen om kliniska läkemedelsprövningar. S.
12. Etisk granskning av klinisk läkemedelsprövning. U.
13. Nya möjligheter till operativt polissamarbete med andra stater. Ju.
14. Förtydliganden av lönestöden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Byte av benämningar på lönebidrag, utvecklingsanställning och trygghetsanställning. A.
15. Normgivningen inom åklagarväsendet m.m. Ju.
16. Ersättning vid expropriation av bostäder. Ju.
17. Otillåtna bosättningar. Ju.
18. Ytterligare åtgärder för att genomföra EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler. S.
19. Jämsställda pensioner? S.
20. Strada. Transportstyrelsens olycksdatabas. N.
21. Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn. A.
22. Polisens tillgång till information om vissa it-incidenter. Ju.
23. Vissa frågor om kommersiell radio. Ku.
24. Validering med mervärde. U.
25. Miljöbedömningar. M.
26. Utvidgat skydd mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet. Ku.
27. Frågor kring 2009 års renskötselkonvention. N.
28. Driftsformer för universitetssjukhus. S.
29. Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. S.
30. Sweden's seventh national report under the Convention on Nuclear Safety. Sweden's implementation of the obligations of the Convention. M.
31. Behandling av personuppgifter inom Nationellt centrum för terrorhotbedömning. Ju.
32. Jämn könsfördelning i bolagsstyrelser. Ju.
33. Reglering av distanshandel med alkoholdrycker. S.
34. Ytterligare anpassning av svensk rätt till Dublinförordningen. Ju.
35. Ett nytt regelverk för nyanlända invandrades etablering i arbets- och samhällslivet. A.
36. Bokföringsbrott i filialer. Ju.
37. Åldersbedömning tidigare i asylprocessen. Ju.

- 38. Riktlinjer för handläggningen
av ärenden om internationella
överenskommelser. UD.
- 39. En utvidgad möjlighet till uteslutning
av advokater. Ju.
- 40. Anpassningar till
EU:s nya förordningar
om medicinteknik – del 1. S.
- 41. Ansvar för de försäkringsmedicinska
utredningarna. S.

Departementsserien 2016

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- Entreprenörsansvar och svenska kollektivavtalsvillkor vid utstationering. [6]
- Förtydliganden av lönestöden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.
Byte av benämningar på lönebidrag, utvecklingsanställning och trygghetsanställning. [14]
- Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn. [21]
- Ett nytt regelverk för nyanlända invandrades etablering i arbets- och samhällslivet. [35]

Finansdepartementet

- Kontroller och inspektioner i Sverige av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning. [1]

Justitiedepartementet

- Några frågor om offentlighet och sekretess. [2]
- Uppföljning av återvändandedirektivet och direktivet om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. [3]
- Effektivare hyres- och arrendenämnder. [4]
- Nya regler för europeiska småmål – lättare att pröva tvister inom EU. [10]
- Nya möjligheter till operativt polissamarbete med andra stater. [13]
- Normgivningen inom åklagarväsendet m.m. [15]
- Ersättning vid expropriation av bostäder. [16]
- Otillåtna bosättningar. [17]
- Polisens tillgång till information om vissa it-incidenter. [22]
- Behandling av personuppgifter inom Nationellt centrum för terrorhotbedömning. [31]

- Jämn könsfördelning i bolagsstyrelser. [32]
- Ytterligare anpassning av svensk rätt till Dublinförordningen. [34]
- Bokföringsbrott i filialer. [36]
- Åldersbedömning tidigare i asylprocessen. [37]
- En utvidgad möjlighet till uteslutning av advokater. [39]

Kulturdepartementet

- Vissa frågor om kommersiell radio. [23]
- Utvidgat skydd mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet. [26]

Miljö- och energidepartementet

- Miljöbedömningar. [25]
- Sweden's seventh national report under the Convention on Nuclear Safety.
Sweden's implementation of the obligations of the Convention. [30]

Näringsdepartementet

- Ny lag om tilläggsavgift i kollektivtrafik. [9]
- Strada.
Transportstyrelsens olycksdatabas. [20]
- Frågor kring 2009 års renskötselkonvention. [27]

Socialdepartementet

- Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. [5]
- Tolktjänst för vardagstolkning. [7]
- Hälsöväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna. [8]
- Anpassningar av svensk rätt till EU-förordningen om kliniska läkemedelsprövningar. [11]
- Ytterligare åtgärder för att genomföra EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler. [18]

Jämställda pensioner? [19]
Driftsformer för universitetssjukhus. [28]
Privata sjukvårdsförsäkringar inom
offentligt finansierad hälso-
och sjukvård. [29]
Reglering av distanshandel med
alkoholdrycker. [33]
Anpassningar till EU:s nya förordningar
om medicinteknik – del 1. [40]
Ansvar för de försäkringsmedicinska
utredningarna. [41]

Utbildningsdepartementet

Etisk granskning av klinisk
läkemedelsprövning. [12]
Validering med mervärde. [24]

Utrikesdepartementet

Riktlinjer för handläggningen av ärenden
om internationella överenskommelser.
[38]



16

Utvärdering av effekterna av införande av
nya regler för preventivmedelssubvention
avseende aborter

RS/1471/2015

2017-02-07

Sekretariatet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

RS/1471/2015

Utvärdering av effekterna av införande av nya regler för preventivmedelssubvention avseende aborter

Ärendebeskrivning

I april 2014 beslutade landstingsfullmäktige om nya regler för preventivmedelssubvention för unga efter rekommendation från SKL. Beslutet innebar att åldersgränsen höjdes från 24 till 25 år och att egenavgiften ska vara högst 100 kr per år. De nya reglerna började gälla från och med 1 maj 2014.

En förändring av reglerna förväntades ge en positiv effekt och leda till en minskning av antalet aborter i länet. Det beslutades därför också om att en utvärdering av effekterna på aborttalen skulle ske ett år efter rekommendationens införande.

En första uppföljning gjordes i september 2016 som visade att antalet aborter i målgruppen ökat om man jämförde med året innan den nya subventionen infördes. För att se de långsiktiga effekterna av de nya reglerna för preventivmedelssubvention beslutades att en ny utvärdering skulle göras ett år senare med fördjupad analys av resultatet och förslag på vilka åtgärder som bör vidtas.

En ny utvärdering har nu gjorts som visar att antalet aborter på unga kvinnorna i Region Jämtland Härjedalen, som berörs av den nya subventionen, har inte ökat utan snarast minskat. Vi ser inte alls samma ökning av antalet aborter som för kvinnor äldre än 25 år. Antalet unga kvinnor som genomgår reabort har också snarast minskat. Subventionen har med stor sannolikhet bidragit till denna utveckling och den har tagits emot väl av såväl unga kvinnor som förskrivare.

Regiondirektörens förslag

Utvärdering av effekterna av införande av nya regler för preventivmedelssubvention avseende aborter godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson

Tf Regiondirektör

Irene Høglert
Chef Område Kvinna

Utdrag till

Pia Collberg

RS/1471/2015 – utvärdering av effekterna av införande av nya regler för preventivmedels-subvention avseende antalet aborter i länet.

Ny utvärdering planerades till hösten 2016, med fördjupad analys och förslag på åtgärd. Sammanställningen är gjord först i januari 2017 för att kunna jämföra resultat på helårsbasis.

Ny preventivmedelssubvention för unga infördes inom Regionen den 1 maj 2014 och innebar att unga kvinnor tom 25 år, som är skrivna i Jämtlands län, skulle betala max 100kr/år för receptlagda preventivmedel. Subventionen innebär också möjlighet att vid behov kunna förskriva preparat utom förmånen, om preparat inom förmånen inte lämpar sig för en enskild kvinna, till samma kostnad för kvinnan.

Efter införandet har två nationella lagändringar medfört att alla preventivmedel inom förmånen skall vara gratis för unga kvinnor – första gången tom 18 år och från nyår 2017 för alla kvinnor tom 20 år.

Antalet aborter utförda inom Kvinnosjukvården, RJH

Någon nationell statistik över aborttal (antal aborter /1000 kvinnor) uppdelat på landsting/regioner för jämförelse mellan länen, över tid och i olika åldersgrupper finns tyvärr inte längre , sådan statistik togs tidigare fram av Socialstyrelsen årligen.

Siffrorna nedan är de enda vi kan få fram och avser antalet aborter som är gjorda inom Kvinnosjukvården i RJH.

OBS att det är mycket svårt att dra säkra slutsatser utifrån dessa siffror då vi är ett län med liten befolkning vilket medför att slumpvariationen kan vara mycket stor mellan olika år. Även antalet kvinnor i olika åldersgrupper varierar år från år.

Tabell1. Antalet aborter som genomförts i länet under 2011 – 2016.

år	Samtliga aborter	Kirurgiska aborter	Medicinska aborter	Aborter gjorda i hemmet	Sena aborter	Aborter innan v9 % /månad (min-max)
2011	512	86	389	270	37	72-87
2012	503	71	299	299	20	78-97
2013	481	55	286	286	31	63-95
2014 - ny subv 1/5	505	15	299	299	36	74-90
2015	577	8	381	381	35	63-94
2016	544	5	364	364	37	75-93

I tabell 1 ses att totalantalet aborter snarast har ökat de senaste 2 åren. Antalet aborter på kvinnor som inte är skrivna i länet ligger ganska konstant över tid.

Tabell2. Antalet aborter i olika åldersgrupper samt (% av totala antalet/år) under 2011- 2016.

år	≤ 19år	20 tom 25 år	≤ 25 år	26 år och äldre	totalt
2013	48 (10 %)	165 (34 %)	213 (44 %)	268 (56 %)	481
2014 ny subv. 1/5	51 (10 %)	172 (34 %)	223 (44 %)	282 (56 %)	505
2015	44 (8 %)	164 (28 %)	208 (36 %)	369 (64 %)	577
2016	47 (9 %)	160 (29 %)	207 (38 %)	337 (62 %)	544

I tabell 2 ses tydligt att antalet aborter i åldrarna upp till 25, dvs de kvinnor som omfattas av den nya preventivmedelssubventionen, har legat ganska konstant och, om något, snarast minskat under dessa år. Däremot ses ett markant ökat antal bland kvinnor som är 26 år och äldre.

Tabell3. Andelen reaborter i% av abortsökande kvinnor på Östersunds sjukhus. Under 2013- 2016.

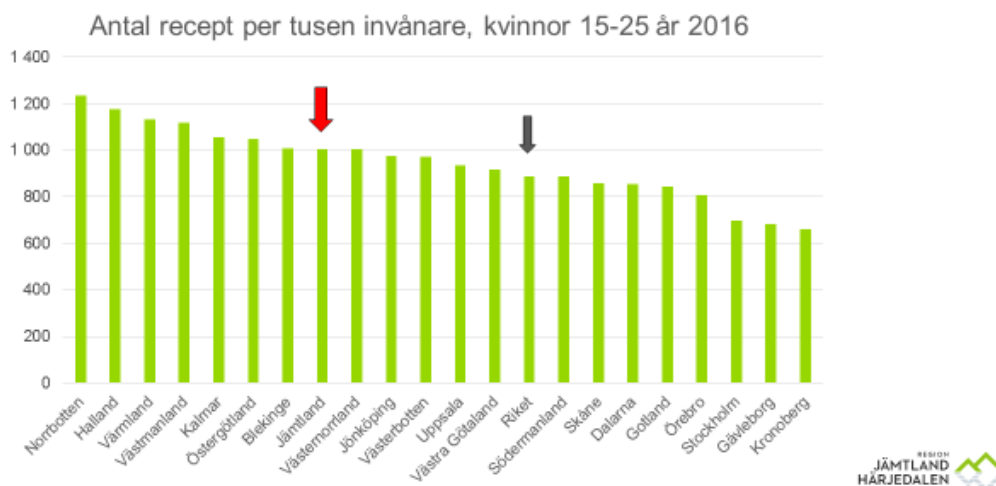
år	≤ 25år någon tidigare abort	≤ 25 år nu abort nr 3 eller mera	≥ 26år någon tidigare abort	≥ 26år nu abort nr 3 eller mera	Alla någon tidigare abort	Alla Nu abort nr3 eller mera
2013	34 (7 %)	13 (2,7 %)	60	31 (6,4 %)	49	23
2014 ny subv. 1/5	33 (6,5 %)	11 (2,2 %)	47	23 (4,6 %)	41	28
2015	35 (6,1 %)	9 (1,6 %)	52	21 (3,6 %)	46	17
2016	33 (6,1 %)	9 (1,7 %)	55	28(5,1 %)	47	21

I tabell 3 ses möjligen en trend till färre reaborter i åldrarna under 26 år, siffrorna är mera svårtolkade bland kvinnorna som är 26 år och äldre.

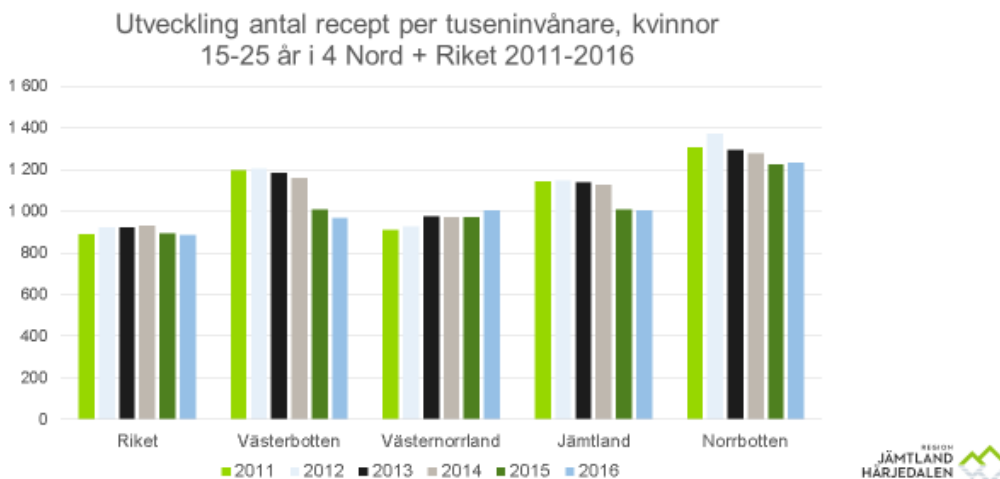
En tydlig målsättning i vårt arbete med att förebygga oönskade graviditeter har varit att försöka bidra till att fler kvinnor i samband med en abort får ett preventivmedel de kan trivas med och som är så säkert som möjligt. De säkraste preparaten är de mera långverkande dvs spiraler och p-stavar sk LARC . Här ser vi en ökning i förskrivning av ffa hormonspiraler. Att få säkra siffror på antalet insatta kopparspiraler är betydligt svårare (de är en handelsvara som tillhandahålls på våra mottagningar).

Siffrorna i tabellen kan möjligen tolkas som att vi är på rätt väg.

Förskrivning: Preventivmedel till kvinnor upp t o m 25år



Antalet recept i målgruppen ligger över riksgenomsnittet, något högre än VLL och LVN, men lägre än i NLL som har den mest generösa subventionen i hela landet, där är alla preparat gratis upp tom 25 år.



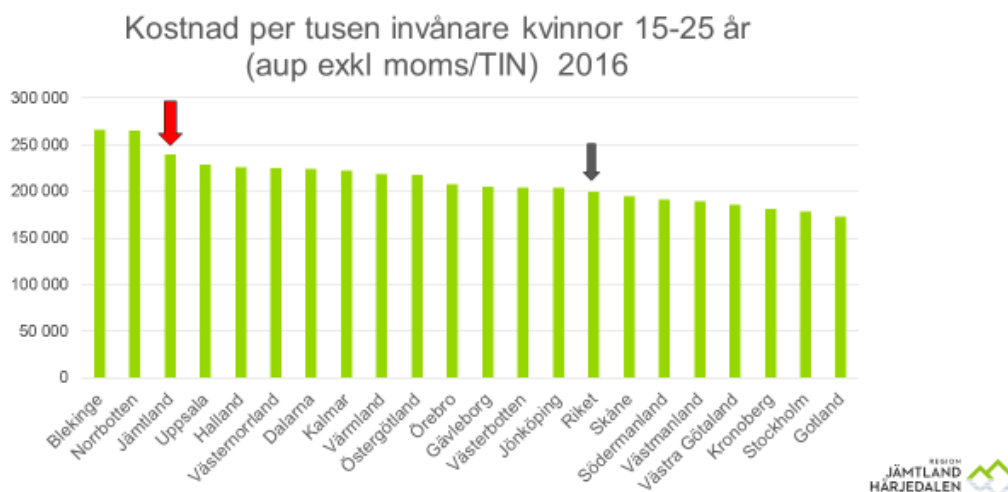
Antalet förskrivna recept i målgruppen har minskat i vårt län vilket stämmer väl med trenden i VLL, NLL och riket. Förklaringar till detta kan vara flera. En är troligen att allt flera recept förskrivs på helår istället för på 3 eller 6 månader och att vi har en ökad förskrivning av långverkande preparat (dessa behöver endast förskrivas vart 3e eller 5 år). Troligen även en ökad insättning av kopparspiraler(dessa ses inte i denna statistik).

OM så sammanfaller utfallet med våra strategier!

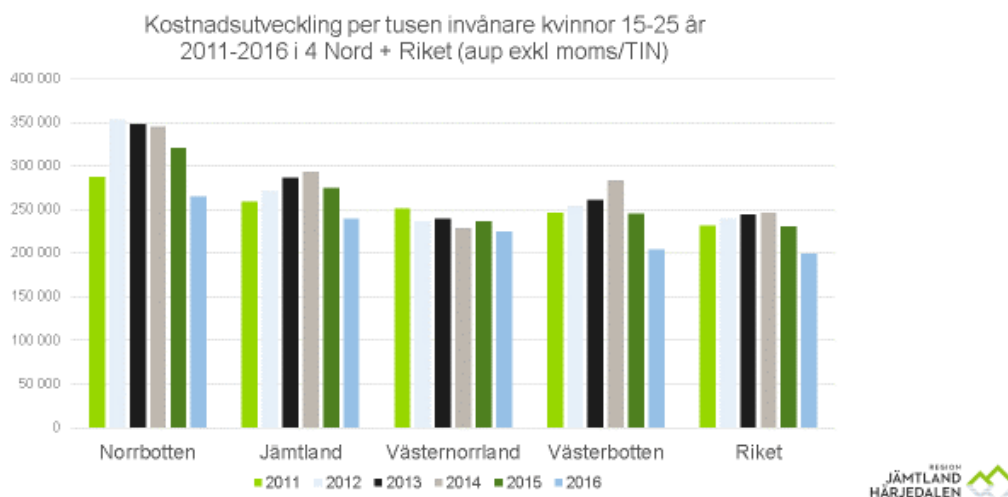
MEN det kan också spegla trenden att unga kvinnor(och även andra kvinnor) nu återigen är mera skeptiska till hormonell antikonception, denna inställning har varierat över tid i

befolkningen. Det finns en undersökning som visat att upp till 20 % av fertila kvinnor som inte önskar bli gravida, INTE använder något säkert preventivmedel regelbundet.

Kostnadsutveckling: Preventivmedel för kvinnor t o m 25år.

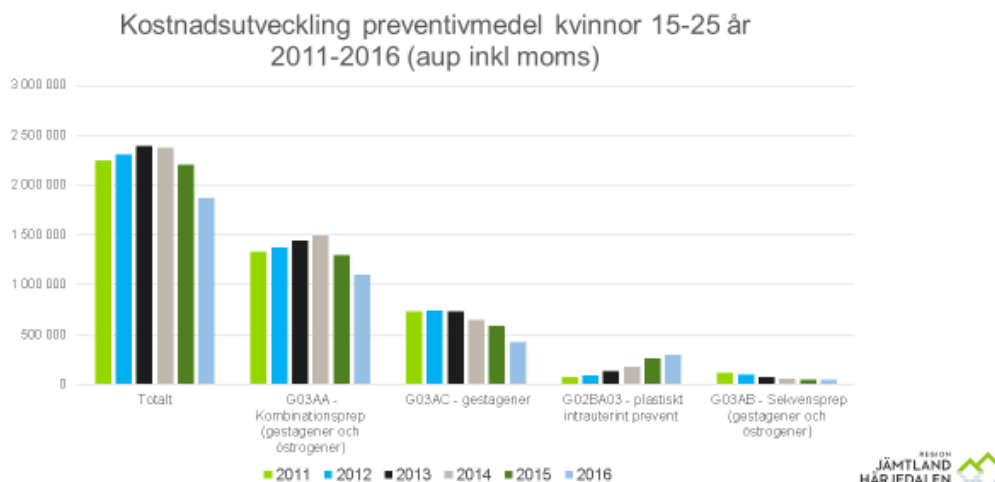


Regionens kostnad ligger lite högre än riksgenomsnittet, men lägre än i NLL. Kostnaden beror ju dels av antalet recept men även av preparatval.



Kostnadsutvecklingen är nedåtgående i perioden trots införandet av en mer frikostig subvention såväl i vårt län som inom norra regionen och hela landet. Det kan hänga samman med att det finns allt fler generika som tillhandahålls till ett lägre pris.

Fler kvinnor använder nu långverkande alternativ.
Naturligtvis är den också beroende av om färre kvinnor använder receptförskrivna preventivmedel.



Här ses kostnadsutvecklingen uppdelat på olika läkemedelsformer. Hormonspiralerna är den metod som används i ökande omfattning och där kostnaden ökat, även om detta är något missvisande då spiralerna kan sitta kvar i 3- 5 år och kostnaden redovisas på det år då receptet skrivs.

Sammanfattning och slutsatser:

Antalet aborter på de unga kvinnorna i region Jämtland Härjedalen, som berörs av den nya subventionen, har inte ökat utan snarast minskat. Vii ser inte alls samma ökning av antalet aborter som för kvinnor äldre än 25år.

Antalet unga kvinnor som genomgår reabort har också snarast minskat.

Subventionen har med stor sannolik bidragit till denna utveckling och den har tagits emot väl av såväl unga kvinnor som våra förskrivare.

Kostnadsutvecklingen över de senaste åren visar **att kostnaden för Region JH för preventivmedel i åldersgruppen minskat trots en frikostig subvention.** Subventionen har hanterats respektfullt av förskrivarna.

Strategier framåt:

- God tillgänglighet till familjeplanering och preventivmedelsförskrivning.
- Verka för att alla kvinnor som så önskar hittar så bra och för dem optimala metoder som möjligt.
- Verka för ökad användning av långverkande metoder ffa bland unga och högfertila kvinnor.
- Satsa särskilt på preventivmedelsrådgivning och rekommendation av långverkande metoder vid möten med de kvinnor som genomgått abort.
- Att personalen har god följsamhet till läkemedelsverkets och regionens riktlinjer för preventivmedelsrådgivning
- Att genomföra återkommande utbildningsinsatser till förskrivarna.

Östersund 17 01 31

Sammanställningen är gjord av Pia Collberg Mödrahälsovårdsöverläkare, RJH

Statistikbilderna gällande förskrivning och kostnader är framtagna av Karin Lindgren,
Läkemedelsstrateg, RJH



17

Strategi för oberoende av inhyrd personal

RS/227/2017

§10

Strategi för oberoende av inhyrd personal (RS/227/2017)

Sammanfattning

Vid sitt sammanträde den 20 januari 2017, beslutade styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

”Att ställa sig bakom strategin för Oberoende av inhyrd personal, samt

Att rekommendera landsting och regioner att anta strategin samt att ta politisk ställning till hur strategin ska tillämpas av respektive sjukvårdshuvudman.”

Varje landsting/region har av SKLs styrelse rekommenderats att ta politisk ställning till hur strategin ska tillämpas av det egna landstinget/regionen. En viktig framgångsfaktor för att uppnå målet om oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019, är att samtliga landsting/regioner ställer sig bakom målet. Därutöver behöver respektive landsting/region ställa upp mål för den egna verksamheten och tidpunkter för måluppfyllelse. För att få störst och snabbast effekt av åtgärder, har hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, som är styrgrupp för det lokala projektet i regionen, beslutat att prioritera åtgärder som i första hand berör allmänsjuksköterskor på vårdavdelning och distriktsläkare i primärvården.

Ett PM har upprättats med bakgrund till SKL:s beslut och Region Jämtland Härjedalens förutsättningar.

Förslag till beslut

Utskottet för ekonomi föreslår regionstyrelsen

1. Region Jämtland Härjedalen antar den strategi för att uppnå oberoende av bemanningsföretag som SKLs förbundsstyrelse beslutat.
2. Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom det övergripande målet om oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019, som beslutats i det nationella projektet.
3. Region Jämtland Härjedalen fastställer för den egna organisationen följande mål i projektet *Uppnå oberoende av bemanningsföretag*:
 - a. Utfasningen av inhyrda allmänsjuksköterskor på vårdavdelningar ska påbörjas under 2017 och oberoende ska uppnås före 1 januari 2019,
 - b. Område primärvård ska minska antalet veckor med inhyrda läkare från 1214 år 2016 till max 700 under 2017. Under 2018 ska antalet veckor med inhyrda läkare minska ytterligare. Målet på vilken grad av nyttjande som motsvarar ett ”oberoende” av bemanningsföretag, ska utformas under 2018.

c. Vid utgången av 2018 ska det finnas 60 ST-läkare i primärvården.

4. Regiondirektören får i uppdrag att vidta de åtgärder som behövs för att uppnå målen i punkt 2-3 i detta beslut och löpande återkomma till regionstyrelsen med uppföljning av projektet och vid behov politiskt ställningstagande av enskilda åtgärder.

Yrkande

Eva Hellstrand (C) yrkar följande tillägg i beslutspunkt 4:

Regiondirektören får i uppdrag att vidta de åtgärder som behövs för att uppnå målen i punkt 2-3 i detta beslut och löpande återkomma till regionstyrelsen med uppföljning av projektet, **kompletterande förslag** och vid behov politiskt ställningstagande av enskilda åtgärder.

Proposition

Ordförande ställer proposition på Eva Hellstrands yrkande och finner det antaget.

Beslut

Utskottet för ekonomi föreslår regionstyrelsen

1. Region Jämtland Härjedalen antar den strategi för att uppnå oberoende av bemanningsföretag som SKLs förbundsstyrelse beslutat.
2. Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom det övergripande målet om oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019, som beslutats i det nationella projektet.
3. Region Jämtland Härjedalen fastställer för den egna organisationen följande mål i projektet *Uppnå oberoende av bemanningsföretag*:

a. Utfasningen av inhyrda allmänsjuksköterskor på vårdavdelningar ska påbörjas under 2017 och oberoende ska uppnås före 1 januari 2019,

b. Område primärvård ska minska antalet veckor med inhyrda läkare från 1214 år 2016 till max 700 under 2017. Under 2018 ska antalet veckor med inhyrda läkare minska ytterligare. Målet på vilken grad av nyttjande som motsvarar ett "oberoende" av bemanningsföretag, ska utformas under 2018.

c. Vid utgången av 2018 ska det finnas 60 ST-läkare i primärvården.

4. Regiondirektören får i uppdrag att vidta de åtgärder som behövs för att uppnå målen i punkt 2-3 i detta beslut och löpande återkomma till regionstyrelsen med uppföljning av projektet, kompletterande förslag och vid behov politiskt ställningstagande av enskilda åtgärder.

Expedieras till

Regionstyrelsen, Bemanningsprojektets projektledare

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse om strategi för oberoende av inhyrd personal
- PM om strategi för att uppnå oberoende av inhyrd personal
- Meddelande från SKL styrelse: Strategi för oberoende av inhyrd personal Rättelse!

Regiondirektör
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

2017-02-21

RS/227/2017

PM om strategi för att uppnå oberoende av inhyrd personal

Vid sitt sammanträde den 20 januari 2017, beslutade styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

”Att ställa sig bakom strategin för Oberoende av inhyrd personal, samt

Att rekommendera landsting och regioner att anta strategin samt att ta politisk ställning till hur strategin ska tillämpas av respektive sjukvårdshuvudman.”

Bakgrunden till detta beslut var följande: Beroendet av bemanningsföretag har vuxit i landstingssektorn, trots tidigare försök att minimera inhyrningen av personal. Med stöd från SKL startade därför alla landsting och regioner hösten 2016 ett projekt för att senast 1 januari 2019 uppnå ett oberoende av inhyrd personal i vården. Med oberoende avses en situation där hälso- och sjukvården har en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare för den löpande verksamheten. Projektet leds av en nationell projektgrupp och pågår under 2016-2018. Samtliga landsting och regioner tar ett gemensamt ansvar för att utreda, analysera och föreslå åtgärder inom en rad områden, t ex arbetsmiljö, verksamhetsutveckling och utbildning.

På det enskilda landstinget/regionen ska den lokala arbetsgruppen ta fram en egen åtgärdsplan och stötta verksamheten i genomförandet av åtgärderna. Under hösten 2016 gjordes en inventering på Region Jämtland Härjedalen av aktiviteter som redan pågår för att minska nyttjandet av inhyrd personal. Dessutom tog arbetsgruppen tillsammans med hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp fram förslag på ytterligare åtgärder samt avgjorde vilka aktiviteter som skulle prioriteras. Arbetet resulterade i ett förslag till åtgärdsplan, som de fackliga organisationerna fick möjlighet att ge synpunkter på och som sedan beslutades av regiondirektören i december 2016. Planen kommer fortlöpande uppdateras utifrån aktuella behov och nya idéer. Innan nya åtgärder genomförs, kommer information ges och dialog föras med de fackliga organisationerna. När så är påkallat, kommer enskilda åtgärdsförslag också att bli föremål för politiska beslut.

Varje landsting/region har av SKLs styrelse rekommenderats att ta politisk ställning till hur strategin ska tillämpas av det egna landstinget/regionen. En viktig framgångsfaktor för att uppnå målet om oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019, är att samtliga landsting/regioner ställer sig bakom målet. Därutöver behöver respektive landsting/region

ställa upp mål för den egna verksamheten och tidpunkter för måluppfyllelse. För att få störst och snabbast effekt av åtgärder, har hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, som är styrgrupp för det lokala projektet i regionen, beslutat att prioritera åtgärder som i första hand berör allmänsjuksköterskor på vårdavdelning och distriktsläkare i primärvården.

Genomförandet kräver en kraftsamling av vårdverksamheter, i synnerhet vårdavdelningar. En delprojektledare har därför utsetts för att stötta den genomgång av arbetsuppgifter, ansvar och roller som varje vårdverksamhet ska göra den närmaste tiden. Ett av målen med genomgången är att åstadkomma en kompetensförskjutning, d v s att sjuksköterskor utför en mindre del av arbetet i verksamheten och att andra yrkeskategorier utför en större andel. Parallellt med detta arbete ska utformningen av karriärvägar slutföras, med start för sjuksköterskor och undersköterskor. Syftet är att utforma yrkesroller där varje yrkeskategoris och individs kompetens tas tillvara på bästa sätt och där ansvar för vård, arbetsledning och verksamhetsutveckling definieras för olika karriärvägar. För befintliga medarbetare och vid rekrytering av nya, tydliggörs därigenom vilka utvecklingsmöjligheter som finns och hur var och en kan nå högre lönenivåer i takt med mer erfarenhet, utökat ansvar och arbetsuppgifter som kräver mer kompetens. I arbetet ingår även att fastställa och ta fram den utbildning som krävs för att ta ytterligare steg på karriärvägarna. I detta ingår bl a det redan påbörjade arbetet med *kompetenskort för undersköterska*.

Förslag på nya arbetstidsmodeller håller samtidigt på att tas fram. De kommer sedan att kunna erbjudas verksamhet med dygnetruntvård, på villkor att enheterna gått igenom sin verksamhet på det sätt som beskrivits ovan och fått den godkänd. Tillsammans med de beskrivna åtgärderna bedöms detta göra sjuksköterskeyrket mer attraktivt, vilket kan förebygga att fler sjuksköterskor slutar och samtidigt underlätta rekrytering av nya medarbetare. Efter genomförandet av de prioriterade åtgärderna, beräknas utfasningen av inhyrda sjuksköterskor kunna påbörjas. Starttidpunkten uppskattas till senhösten 2017.

Under 2016 lyckades primärvården anställa läkare vid bl a Svegs HC. På flera ställen, inte minst i närvårdsområde Östersund, är dock beroendet av hyrläkare fortfarande stort. De aktiviteter som primärvården redan tidigare satt igång, fortsätter därför, t ex överförs arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper och åtgärder sätts in för att göra distriktsläkaryrket mer attraktivt. Rekrytering av färdiga allmänläkarspecialister har länge varit svårt och därför utbildar regionen egna distriktsläkare. Under 2016 ökade primärvården antalet ST-läkare från 27 vid årets början till 36 vid årets slut. Primärvården har räknat ut att man skulle behöva 60 ST-läkare för att kunna bemanna primärvården med egna medarbetare med hänsyn till kommande pensionsavgångar, normal personalomsättning och liknande.

För att nå oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019, behöver primärvården successivt minska köp av hyrläkare från 1214 veckor 2016 till max 700 veckor 2017. Under 2017 ska köpen från bemanningsföretagen följas upp och nya mål för 2018 fastställas. Definitionen av *oberoende*, som framgår i början av detta ärende, innebär inte ett totalstopp, men en mycket låg grad av nyttjande av inhyrda läkare. Om vissa hälsocentraler visar sig

vara svåra att bemanna med anställda läkare, kan under 2018, förslag om förändrat vårdinnehåll på aktuell hälsocentral komma att läggas fram för beslut. Ett annat alternativ är att en hälsocentral i större utsträckning tillhandahåller läkarvård genom att nyttja distansoberoende teknik.



2017-01-20

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

Meddelande från Styrelsen Oberoende av inhyrd personal - Ett landstings- och regiongemensamt projekt

Ärendenr: 16/06755

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 20 januari 2017 beslutat

att ställa sig bakom strategin för *Oberoende av inhyrd personal*, samt

att rekommendera landsting och regioner att anta strategin samt att ta politisk ställning till hur strategin ska tillämpas av respektive sjukvårdshuvudman.

Bakgrund

Landstingen och regionerna har tillsammans med SKL tagit fram strategier och planer för att minska inhyrningen av personal vid flera tillfällen, trots detta ökar inhyrningen och därmed beroendet av inhyrd personal. Med egna medarbetare skapar vi kontinuitet för patienterna. Det bidrar till en tryggare vård med högre kvalitet och lägre kostnader. Med egna medarbetare skapas också bättre förutsättningar för en god arbetsmiljö och ett långsiktigt utvecklingsarbete.

Projektet *Oberoende av inhyrd personal* startade augusti 2016 efter en förstudie under våren 2016. Projektet har initierats och drivs av landstings-/regiondirektörerna och arbetet utförs genom en styrgrupp, projektgrupp och arbetsgrupp. Inom ramarna för projektet ryms ett samarbete med SKL vars inriktningsmål för kongressperiod 2016-2019, En mer tillgänglig och säker vård, är att utarbeta en hållbar, samlad och gemensam strategi för landsting/regioner för att minimera användandet av hyrpersonal inom hälso- och sjukvården (motion nr 27), en enighet som samtliga landstings- och regiondirektör tydligt ger uttryck för.

Strategin bifogas.

Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Micko
Ordförande



2016-11-23

Avdelningen för vård och omsorg
Martin Rödholt

Strategi för Oberoende av inhyrd personal – senast 2019-01-01

Ett landstings- och regiongemensamt projekt

Bakgrund

Landstingen och regionerna har tillsammans med SKL tagit fram strategier och planer för att minska inhyrningen av personal vid flera tillfällen, trots detta ökar inhyrningen och därmed beroendet av inhyrd personal. Den totala kostnaden har ökat med ca 1,5 miljarder kr mellan 2011 och 2015 och uppgår nu till ca 4 miljarder kr per år. Flera orsaker kan bidra till varför beroendet av bemanningsföretag ökar, som stora pensionsavgångar, ökat vårdbehov, bekymmersam arbetsmiljö och att det inom bemanningsföretag lovas högre löner. Inom vuxenpsykiatri i Västra Götalandsregionen lyckades man genom breda åtgärder, samarbete och en tidplan för utfasning öka läkarbemanningen drastiskt samtidigt som inhyrda läkare fasades ut mellan 2010 – 2013.

Det finns flera skäl till varför det är viktigt att nå ett oberoende. Med egna medarbetare skapar vi kontinuitet för patienterna. Det bidrar till en både tryggare vård med högre kvalitet och patientsäkerhet såväl som lägre kostnader. Med egna medarbetare skapas också bättre förutsättningar för en god arbetsmiljö och ett långsiktigt utvecklingsarbete. Därför finns det en stark vilja att uppnå ett oberoende, en enighet som samtliga landstings- och regiondirektör tydligt ger uttryck för.

SKL:s inriktningsmål och projektet

Inom ramarna för projektet ryms ett samarbete med SKL vars inriktningsmål för kongressperiod 2016-2019, En mer tillgänglig och säker vård är att utarbeta en hållbar, samlad och gemensam strategi för landsting/regioner för att minimera användandet av hyrpersonal inom hälso- och sjukvården (motion nr 27).

Projektet Oberoende av inhyrd personal startade augusti 2016 efter en förstudie under våren 2016. Projektet drivs av landstings-/regiondirektörerna och arbetet utförs genom en styrgrupp, projektgrupp och arbetsgrupp.

Syfte och mål

Projektets syfte är att ta fram förslag på åtgärder för att uppnå oberoende av all inhyrd personal. Fokus kommer den första tiden att ligga på att minska inhyrningen av läkare och sjuksköterskor.



Målet är att genom en överenskommelse mellan samtliga landsting och regioner uppnå ett oberoende av inhyrd personal. Definitionen av oberoende är att hälso- och sjukvården har en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare för den löpande verksamheten.

Tidplan för oberoende

Vid landstings- och regionledningsseminariet 2016-10-28 presenterades projektet och deltagarna uttalade sitt stöd för projektets tidplan om att uppnå ett oberoende av inhyrd personal senast 2019-01-01

Arbetssätt

I varje landsting utses en processledare på uppdrag av respektive landstings- eller regiondirektör som i sin tur utser en strategisk bemanningsgrupp. Varje region och landsting ska ta fram en egen handlingsplan för åtgärder för att uppnå målet. Förslag på aktiviteter till handlingsplanen finns i en 60-punktslista som har sin grund i den lista som utarbetats inom psykiatri i Västra Götalandsregionen och nationellt. Listan omfattar ett stort antal åtgärder inom kompetensförsörjning och områdena arbetsmiljö - attraktiv arbetsplats, personaldimensionering, rekrytering, ersättningsfrågor, nya effektiva arbetssätt, kompetensväxling mm och att utveckla samarbetet mellan landsting/regioner.

Projektgruppen skapar en sammanhållande struktur med nationella möten för processledarna för erfarenhetsutbyte och för att följa projektets resultat.

Tidplan

Projektet startade i augusti 2016 och beräknas pågå till 2019-01-01.

Bilaga

Projektplan Oberoende av inhyrd personal, ett landstings- och regiongemensamt projekt.

PROJEKTPLAN

Oberoende av inhyrd personal

Ett landstings- och regiongemensamt projekt

Oktober 2016

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1.	Grundläggande information	3
1.1.	Bakgrund	3
1.2.	Syfte	3
2.	Mål.....	4
2.1.	Effektmål.....	4
2.2.	Projektmål	4
3.	Krav på projektet	5
3.1.	Förutsättningar	5
3.2.	Avgränsningar	5
4.	Planer	5
4.1.	Arbetsplan och uppdrag	5
4.2.	Resursplan	7
4.3.	Budget och finansiering (kostnadsplan)	7
5.	Projektorganisation	8
6.	Kommunikation	8
6.1.	Kommunikation och rapportering inom projektet	8
6.2.	Intressentanalys	9
6.3.	Kommunikationsplan till projektets intressenter	9
6.4.	Dokumentationsplan.....	10
7.	Risker och möjligheter	11
8.	Leverans och överlämningsprocedur	12
9.	Projektavslut.....	12
10.	Referenser	13

1. Grundläggande information

1.1. Bakgrund

Under 2015 har chefsnätverk för landsting/regioner gemensamt, med stöd av SKL, identifierat tre prioriterade områden för samarbete: Utbildning, Kompetensförsörjning genom integration samt Bemanning/inhyrning av personal (Oberoende av inhyrd personal). Inom respektive område har landsting/regioner bildat en gemensam projektgrupp och en övergripande styrgrupp. De tre projekten ägs av landsting/regioner med landstings-/regiondirektörer som beställare.

Landstingen har tillsammans med SKL vid tre tillfällen tidigare tagit fram strategier och planer för att minska inhyrd personal 2003, 2009 och 2012.

(Se bilaga Förstudie 3.3 Åtgärder. 3.3.1. Tidigare strategier.) I den nationella strategin från 2012¹ sattes som mål att landstingen skulle halvera sin inhyrning från bemanningsföretag till 2014 samt att det långsiktiga beroendet helt skulle avvecklas senast 2016. Det uppnåddes inte, istället fortsätter/ökar inhyrningen och därmed beroendet av bemanningsföretag. Den totala kostnaden har ökat med ca 1,5 miljarder kr mellan 2011 och 2015 och uppgår nu till ca 4 miljarder kr per år.

Det finns flera förklaringar till varför beroendet av bemanningsföretag ökar t ex;

- stora pensionsavgångar och svårigheter att ersättningsrekrytera motsvarande kompetens/erfarenhet,
- generellt sett ett ökat vårdbehov och en större efterfrågan av vård och därmed vårdpersonal, även om antal anställda och sysselsatta sjuksköterskor och läkare per antal 100 000 invånare aldrig varit så hög som nu²,
- rekryteringsbehov finns och uppstår kontinuerligt samtidigt som marknaden för bemanningsföretag växer, en stark bidragande orsak är ekonomiska incitamentet med avsevärt högre löner inom bemannings-företag men också en upplevd frihet och flexibilitet att kunna välja uppdrag och omfattning.

1.2. Syfte

Syftet med projektet Oberoende av inhyrd personal är att ta fram förslag på åtgärder för att uppnå oberoende av inhyrd personal.

¹ 2012 - Gemensam strategi för att begränsa beroendet av bemanningsföretag, Personaldirektörsföreningen

² Enligt OECD-rapporten Health at a Glance (2015) ligger Sverige på tredje plats i läkartäthet i EU (3,8 läkare per 1000 invånare). Samtidigt ligger Sverige bland de lägsta i Europa när det gäller antalet läkarbesök per invånare (2,9 läkarbesök per person och år vilket är mindre än hälften av EU-genomsnittet 6,3).

2. Mål

2.1. Effektmål

Önskad effekt är att uppnå ett oberoende av inhyrd personal genom åtgärder som skapar stabila, kontinuerliga läkar- och sjuksköterskekontakter som är viktiga för patienterna och patientsäkerheten och som leder till högre kvalitet och lägre kostnader.

Förutsättningen för att uppnå oberoende av inhyrd personal är en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare.

Nationella effektmål

Projektets mål är ett gemensamt åtagande genom en överenskommelse mellan samtliga landsting/regioner om att uppnå oberoende av inhyrd personal.

Regionala effektmål

Varje region och landsting ska ta fram en egen handlingsplan baserad på de 60 åtgärderna i syfte att uppnå det nationella effektmålet.

2.2. Projekt mål

Projektet ska ta fram förslag till konkreta åtgärder för att uppnå oberoende av inhyrd personal med målsättningen att skapa stabila, kontinuerliga läkar- och sjuksköterskekontakter som är viktiga för patienterna och patientsäkerheten och som leder till högre kvalitet och lägre kostnader.

Projektet ska

- ta fram förslag till kort- och långsiktiga åtgärder på nationell och regional/ landstingsnivå
- bidra till kunskapsöverföring mellan landsting och regioner
- ta lärdom av resultat från arbetet inom psykiatri ”Bättre läkarbemanning inom psykiatri - oberoende av hyrläkare”
- ta fram förslag på hur uppföljning av åtgärder ska gå till
- särskilt utreda om ytterligare åtgärder krävs för bemanning i primärvård
- med planerad kommunikation stödja projektets mål

SKL:s arbete inom ramen för inriktningsmålet för kongressperiod 2016-2019, En mer tillgänglig och säker vård, är att utarbeta en hållbar, samlad och gemensam strategi för landsting/regioner, för att minimera användandet av hyrpersonal inom hälso- och sjukvården (motion nr 27). Se bilaga ”SKLs roll inom de prioriterade områdena”.

3. Krav på projektet

3.1. Förutsättningar

- Ett gemensamt åtagande, att samtliga landstingsdirektörer och regiondirektörer är överens om gemensamma mål och gemensam tidplan för att uppnå oberoende av inhyrd personal.
- Ett gemensamt beslut, att samtliga landstingsdirektörer och regiondirektörer fattar regionala beslut om strategi, tidplan och mål.
- Regelbunden uppföljning av åtagandet inom ramen för landstings-/regionernas nätverk för landstings- och regiondirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer, HR-, ekonom- och kommunikationsdirektörer.
- Hög nivå av delaktighet regionalt för att skapa legitimitet, att verksamhetschefer, arbetstagarorganisationer och arbetstagarföreträdare är delaktiga i genomförandet.
- En tydlig politisk förankring.

3.2. Avgränsningar

Projektet utreder inte frågor kopplade till utbildningsområdet eller tillvaratagande av nyanländas kompetens även om de är viktiga som en del av lösningen. Emellertid är det viktigt att beakta resultaten från de andra två nätverksgemensamma projekten. Projektet ansvarar inte för de strategiska bemanningsgrupperna på landstings-/regionnivå.

4. Planer

Nedanstående arbetsplan sträcker sig t o m årsskiftet 2016/2017, arbetet med att implementera projektets leveranser beräknas pågå t o m 2018.

4.1. Arbetsplan och uppdrag

1. Nationellt

Projektets mål är ett gemensamt åtagande genom en överenskommelse mellan samtliga landsting/regioner om att uppnå oberoende av inhyrd personal. Landsting/regioner kommer överens om övergripande strategi, mål och tidplan.

2. Region/Landsting

Projektets mål är att varje region och landsting ska ta fram en egen handlingsplan baserad på de 60 åtgärderna i syfte att uppnå det nationella effektmålet. Handlingsplanen ska baseras på en långsiktig kompetensförsörjningsplan.

3. Strategiska bemanningsgrupper

Strategisk bemanningsgrupp på nationell nivå med uppdrag att stödja landsting och regioner att driva förändringsarbetet genom att inspirera, bidra med kompetens och skapa ett lärande mellan regioner och landsting (överföra kunskap).

Strategisk bemanningsgrupp på landstings-/regionnivå med uppdrag att skapa ett lokalt, verksamhetsanknutet genomförande i linjeorganisationen.

Arbetet ska präglas av delaktighet för att skapa legitimitet, att verksamhetschefer, arbetstagarorganisationer och arbetstagarföreträdare är delaktiga i genomförandet.

LD/RD-nätverk 16 juni

- Utkast åtgärdsförslag
- Förslag på genomförande
- Beslut att starta strategiska bemanningsgrupper på varje landsting/region
- Gemensamt åtagande om att uppnå oberoende av inhyrd personal

Juni-september

- Processägare inom landsting/regioner utser arbetsledning inom respektive landsting/region bestående av processledare med tvärfunktionella arbetsgrupper, se bilaga Uppdragshandling.
- Kommunikationsstrategi och kommunikationsplan fastställs
- Projektplan fastställs

Augusti-november

- Löpande förankring och dialog med processägare

Uppstartsmöte bemanningsgrupper 7 oktober

- Processledarna och de regionala arbetsgrupperna samlas hos SKL
- 60 åtgärder för långsiktigt bättre bemanning i vården, åtgärder primärvården
- Strategisk bemanningsgrupp på nationell nivå leder arbetet
- Bemanningsbarometern (mätning av nuläget)

20-21 oktober

- Projektavstämning med projektägare på LD/RD-nätverk

27-28 oktober

- Presentation av projektplan och pågående projektarbete vid landstingsledningsseminariet

November/December 2016

- Fortsatt arbete i strategisk bemanningsgrupp på nationell nivå

Genomförande 2017 och 2018

- Implementering genomförs på varje landsting/region, fortsatt arbete i strategisk bemanningsgrupp på nationell nivå

4.2. Resursplan

Projektgrupp

Projektgruppen bemannas av en projektledare, representanter från nätverken för HR, Kommunikation, Ekonomi samt Hälso- och sjukvård och med stöd från SKL.

Arbetsgrupp

Arbetsgruppen bemannas av en projektsamordnare, representanter från landsting/regioner och med stöd från SKL

Nationell, strategisk bemanningsgrupp

Den nationella bemanningsgruppen bemannas av arbetsgruppens projektsamordnare, en resurs med inriktning mot bemanning av sjuksköterskor och en resurs med inriktning mot bemanning av läkare, en kommunikatör och stöd från SKL.

4.3. Budget och finansiering (kostnadsplan)

	2016	2017	2018
Projektledare	0	0	0
Projektgrupp	0	0	0
Arbetsgrupp	0	0	0
Projektsamordnare 50 % from årsskiftet 2016-2017	375	750	750
2 resurser på 50 % (för läkare och sjuksköterskor)	400	800	400
Uppstartsmöte för 80-100 personer			
Konsultarvode vid uppstartsmöte	50		
Uppföljningsmöte för 20-30 personer			
Övrigt (resor m m)	25	50	50
	825	1600	1200

5. Projektorganisation

Projektägare är landstings- och regiondirektörer som också utgör referensgrupp till projektet via LD/RD-nätverket.

Styrgrupp

Maria Åkesson, HR Region Örebro Län (ordförande)
Ann-Sofi Lodin, RD Västra Götalandsregionen
Elisabet Franson, HSD Landstinget Dalarna
Maria Englund PD, Stockholms Läns Landsting
Maria Karlsson, KD Landstinget Södermanland
Monika Björklund Aksnes, Avd för Kommunikation, SKL
Agneta Jöhnk, Avd för Arbetsgivarpolitik, SKL
Hans Karlsson, Avd för Vård och Omsorg, SKL
NN, Avd för Vård och Omsorg, SKL

Projektledare

Victoria Sjöbom, HRD Landstinget Västernorrland

Projektgrupp

Jonas Thörnqvist, HSD Norrbottens Läns Landsting
Ulrika Sundquist, PD Norrbottens läns landsting
Gustaf af Ugglas ED Uppsala och Ingeborg Eriksson ED Kalmar
Ingeborg Eriksson, ED Landstinget Kalmar
Madeleine Flood, KD Landstinget Blekinge
Lillemor Harnell, Avd för Vård och Omsorg, SKL

Arbetsgrupp

Martin Rödholt, Med Dr psykiatri, Västra Götalandsregionen/SKL
(adjungeras till projektgruppen av projektledaren)
Marcus Claesson, HR-chef Norrbottens läns landsting
Leif Eriksson, HR-strateg Landstinget Västernorrland
Kjell Foss, Kommunikationsstrateg, Västra Götalandsregionen

Nationell strategisk bemanningsgrupp

Martin Rödholt, Med Dr psykiatri, Västra Götalandsregionen/SKL
En resurs med inriktning mot bemanning av sjuksköterskor
En resurs med inriktning mot bemanning av läkare
En kommunikatör
SKL-stöd

6. Kommunikation

6.1. Kommunikation och rapportering inom projektet

Kommunikationen och rapporteringen inom projektet ska stödja projektets mål; att uppnå oberoende av inhyrd personal. Kommunikationen ska skapa

kunskap och förståelse och bidra till att påverka mycket viktiga målgruppers attityder och beteende/arbetssätt.

Projektmöten och mötesprotokoll

Projektmöten och arbetsgruppsmöten hålls i anslutning till funktionsnätverken på SKL. Samtliga möteshandlingar inklusive protokoll lagras på projektplatsen Projectplace. Frågor som behöver hanteras mellan möten avhandlas via mail, telefon eller annan uppkoppling.

Uppföljningsrapport

Inför varje styrgruppsmöte tas en rapport fram enligt mallen för ”Lägesrapport för nätverksgemensamma projekt”.

Varje landsting/region kommunicerar sitt arbete i relation till projektet. Kommunikationen med mycket viktiga målgrupper bör ske i dialogform på varje landsting/i varje region, där frågor kan ställas, argument kan bemötas och tidigare erfarenheter kan diskuteras.

6.2.Intressentanalys

Projektets målgrupper har en avgörande roll för att projektet ska nå målen.

- Landstings-/regiondirektörer
- Hälso- och sjukvårdsdirektörer
- Kommunikationsdirektörer
- HR-direktörer
- Ekonomidirektörer
- Strategisk bemanningsgrupp på nationell nivå
- Strategiska bemanningsgrupper på landstings-/regionnivå
- Förtroendevalda i SKL:s styrelse

Samtliga målgrupper måste ha goda kunskaper om projektet och dess leveranser då de i sina olika roller har nyckelfunktioner för att projektet ska kunna nå framgång.

6.3.Kommunikationsplan till projektets intressenter

Kommunikationsplan bifogas projektplanen. Varje landsting och region måste i sin kommunikationsplan definiera sina mycket viktiga och viktiga målgrupper utifrån de egna förhållandena.

September-oktober 2016

Förankring för engagemang och delaktighet i SKL:s nätverk för landstings-/regiondirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer, personaldirektörer, kommunikationsdirektörer och ekonomidirektörer.

Oktober 2016

Förankring för att skapa engagemang och delaktighet genom ett seminarium för nationella bemanningsgruppen samt för nätverket med de regionala bemanningsgrupperna.

November 2016

Förankring för att skapa engagemang och delaktighet genom ett seminarium för SKL:s styrelse.

December 2016

Presentationsmaterial, stöd för kommunikationen i landsting/regioner. Skickas via representanter i SKL:s olika nätverk.

2017-2018

Nyhetsbrev varje månad med Bemanningsbarometern och goda exempel från landsting/regioner. En mallad presentation uppdateras kontinuerligt för presentation i landstings/regioners ledningsgrupper. Nyhetsbrev publiceras på SKL:s hemsida.

Pressmeddelande skickas med lägesbild i de olika landstingen/regionerna med länk till hemsidan då det finns nyhetsvärde.

6.4.Dokumentationsplan

Dokumentförteckning

- Projektplan, dokumentansvarig Victoria Sjöbom
- Kommunikationsstrategi och -plan, dokumentansvarig Madeleine Flood
- Presentationsmaterial, dokumentansvarig Madeleine Flood
- Nyhetsbrev dokumentansvarig Kjell Foss
- Mallad presentation, dokumentansvarig Kjell Foss

7. Risker och möjligheter

Bifogat resultat från riskanalys inklusive åtgärdsförslag för att eliminera risken.

Nr	Risker	Riskvärde (S)*(K)	Åtgärdsförslag
1	Flera tidigare försök har misslyckats, en förtroendefråga.	Röd	Nationell enighet i samtliga regioner/landsting om att leda och prioritera projektet gemensamt.
2	Otydlighet i överenskommelser och målsättning. Politisk oenighet.	Röd	Tydliga faktaunderlag och förslag till realistiska lösningar och överenskommelse.
3	Varje landsting har andra stora projekt som man lägger fokus på - rätt åtgärder prioriteras inte	Röd	Skapa förståelse för projektets omfattning och potentiellt positiva effekter på många områden. Tydlig prioritering av arbetet inom respektive region/landsting och hos dess lokala processägare/-ledning. Implementering av åtgärderna i befintliga verksamhetsprocesser och handlingsplaner för kompetensförsörjning.
4	Svårighet att upprätthålla kontinuitet, kvalitet och att ge trygg vård trots åtgärder	Gul	Uppmärksamhet för behovet att se över och eventuellt anpassa åtgärderna.
5	Bristande uthållighet	Gul	Prioritering av arbetet lokalt på lokal region/landstingsnivå.
7	Projektets resurser/budget	Grön	Regelbundna avstämningar med styrgruppen.
8	Kommunikation	Grön	Kommunikationsplan och kommunikationsstrategi.

8. Leverans och överlämningsprocedur

Projektet överlämnar leverans av del ett till projektägare 2016-12-31, leverans av del två 2017-12-31 och en slutlig avstämning samt överlämnande av leverans tre 2018-12-31.

Leverans del ett 2016-12-31

- Förslag till kort- och långsiktiga åtgärder på nationell och regional-/landstingsnivå
- Förslag på hur uppföljning av åtgärder kan gå till
- Rapport över vilka landsting/regioner som har beslutade handlingsplaner baserade på de 60 åtgärderna

Leveransen utgör underlag för Landstings-/Regiondirektörers beslut om övergripande strategi, mål och tidplan

Leverans del två 2017-12-31

- Sammanställning av kort- och långsiktiga åtgärder på nationell och regional-/landstingsnivå
- Sammanställning av hur landsting och regioner valt att följa upp åtgärder
- Sammanställning över landstings och regioners handlingsplaner
- Lägesrapport om hur arbetet fortskrider på landsting och regioner

Leverans av del tre 2018-12-31

- Slutlig sammanställning av kort- och långsiktiga åtgärder på nationell och regional-/landstingsnivå
- Slutlig sammanställning av hur landsting och regioner valt att följa upp åtgärder
- Slutlig sammanställning över landstings och regioners handlingsplaner
- Resultatrapport för samtliga landsting och regioner

Godkännande av leverans ges på avstämningsmöte i samband med överlämnandet 2016-12-31, 2017-12-31 samt 2018-12-31. Projektledare samt projektsamordnare adjungeras till avstämningsmötet vid överlämnandet.

9. Projektavslut

Beställaren är ansvarig för implementering och uppföljning av projektets leveranser d.v.s. att;

- planerade åtgärder (på kort och lång sikt) genomförs nationellt och på region/landstingsnivå
- uppföljning av åtgärder genomförs
- kommunikationsmaterialet används i arbetet

Projektets kvalitet/resultat är helt beroende av dess implementering och uppföljning.

Projektet är avslutat när:

- slutrapporten är godkänd av projektägaren
- all projektdokumentation är arkiverad på bestämd plats
- projektägaren har förklarat projektet avslutat

10. Referenser

Bilagor

1. 2016-03-17 Projektbeskrivning – Bemanning inhyrd personal
2. Resultat av Förstudie – Bemanning inhyrd personal 160317
3. SKLs arbete inom de prioriterade områdena
4. Uppdrag till regionala processledare och arbetsgrupper

Oberoende av inhyrd personal

Ett chefsnätverksgemensamt projekt mellan
landsting/regioner

Oktober 2016

Upplysningar om innehållet
Victoria Sjöbom, victoria.sjobom@ltv.se

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN/Beställningsnummer nr



18

Regional Nivåstruktureringsplan för
cancervården i norra regionen 2016-2018

RS/1898/2016

2017-02-15

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

RS/1898/2016

Regional Nivåstruktureringsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

Ärendebeskrivning

I de kriterier som har fastställts av Socialdepartementet ingår att varje RCC ska ha en plan för nivåstruktureringsplan av cancervården inom sjukvårdsregionen. Planen ska utgå från patientens fokus.

Regionens första nivåstruktureringsplan för cancervården fastställdes i maj 2013 och de förändringar som där beslutades är i stort sett genomförda. Enligt tidigare beslut ska planen revideras under 2016. En revidering har utarbetats av regionens processledare och deras regionala arbetsgrupper och behandlats i chefsområdet för cancervård samt i styrgruppen för RCC Norr. Förbundsregionen beslutade den 21 september 2016 att godkänna planen för regional nivåstruktureringsplan och översända planen till landstingen som en rekommendation i de delar som rör landstingens/regionens interna nivåstruktureringsplan. Förbundsregionen uppdrog också till RCC Norr att följa utvecklingen av nivåstruktureringsplanen i regionen.

Denna plan bygger vidare på den första planen, men har vidgats till att förutom behandling även omfatta arbetsfördelning avseende utredning/diagnostik, cancerrehabiliterande åtgärder och att beakta undergrupper inom de olika diagnoserna.

I planen finns en allmän del som rör förbättringar och förändringar. Det gäller utveckling av multidisciplinära konferenser, MDK, utbildning och rekrytering av kontaktsjuksköterskor till alla cancerpatienter, onkologer på plats på alla länssjukhus, förbättrad cancerrehabilitering, mottagningar för cytostatikabehandling på alla sjukhus, förbättrad palliativ vård som idag är mycket ojämn över norra regionen, ökning av PET-CT-kapaciteten (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi) och ytterligare några åtgärder av generell typ. Det är önskvärt att det skapas tillgång till PET-CT även i södra delen av norra regionen, då avstånden är långa och behovet av PET-CT förväntas öka.

En del i planen gäller nivåstruktureringsplan på nationell nivå. Det gäller ovanliga diagnoser som på senare år knappast behandlats ute i regionen. Dock behöver man behålla resurser för diagnostik och uppföljning ute i norra regionen även om själva behandlingen sker på ett fåtal sjukhus i landet. Förslaget om arbetsfördelning på nationell nivå är inte kontroversiellt på något sätt för Region Jämtland Härjedalen.

Vad gäller nivåstruktureringsplan på regional nivå är den för ovanliga eller behandlingskrävande cancersjukdomar i bukhålan redan genomförd sedan ett tiotal år genom frivilliga överenskommelser. Det gäller operation av t ex cancer i levern eller bukspottkörteln. Kunskaper att operera cancer i magsäcken finns i Östersund och även om det finns beslut om centralisering av dessa operationer till Umeå har vissa operationer gjorts här på grund av bristande kapacitet vid NUS. Det finns ibland speciella omständigheter som gör att man går ifrån de planer som finns och så måste det naturligtvis vara under förutsättning att tillräckliga kunskaper finns hos det lokala behandlingsteamet. Dessutom ska även dessa patienter tas upp på multidisciplinär konferens och beslut om var behandlingen ska göras tas i samförstånd.

När det gäller vissa urologiska operationer har norra regionen gått ifrån de nationella rekommendationerna. Detta är helt nödvändigt för att totalt sett kunna upprätthålla hög kvalitet på den urologiska behandlingen. Även här gäller att kunskapsnivån måste vara hög på de sjukhus som gör radikala prostataektomier och njurcanceroperationer. I Östersund uppfylls de förutsättningarna med råge och planens förslag om arbetsfördelning kan bifallas. Ett beslut om hårdare centralisering kan komma att utarma den urologiska verksamheten.

Regiondirektörens förslag

Regional Nivåstruktureringsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018 godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso-och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Hälso- och sjukvårdsdirektör

§ 72 Regional plan för nivåstrukturering inom cancervården (Dnr 140/16)

Ett av kriterierna för utvecklingen av cancervården är att det i varje region ska finnas en plan för nivåstrukturering. Enligt förbundsordningen ska planen beslutas i Förbundsdirektionen. Regionens första plan för nivåstrukturering beslutades i Förbundsdirektionen 2013-05-24 § 26 (Dnr 068/13). Förbundsdirektionen beslutade då om de delar som berörde den regionala nivåstruktureringen och lämnade rekommendationer till landstingen beträffande deras interna nivåstrukturering. Förbundsdirektionen beslutade vidare att uppdra till RCC Norr att följa utvecklingen av nivåstruktureringen i regionen.

Enligt tidigare beslut skall planen revideras under 2016. En revidering har utarbetas av regionens processledare och deras regionala arbetsgrupper och behandlats i chefsamrådet för cancervård samt i styrgruppen för RCC Norr den 6 september. Planen står fortfarande som utkast, då patientrådet behandlar planen den 12 september och eventuella synpunkter därifrån det redovisas vid Förbundsdirektionens möte. Planen framgår av bilaga 72 a och bilaga med samlade underlag framgår av 72 b.

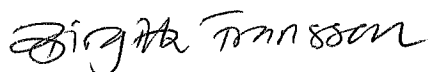
Förbundsdirektionen beslutade

att godkänna planen för regional nivåstrukturering;

att översända planen till landstingen som en rekommendation (ett underlag) i de delar som rör landstingens/regionens interna nivåstrukturering; samt

att uppdra till RCC Norr att följa utvecklingen av nivåstruktureringen i regionen.

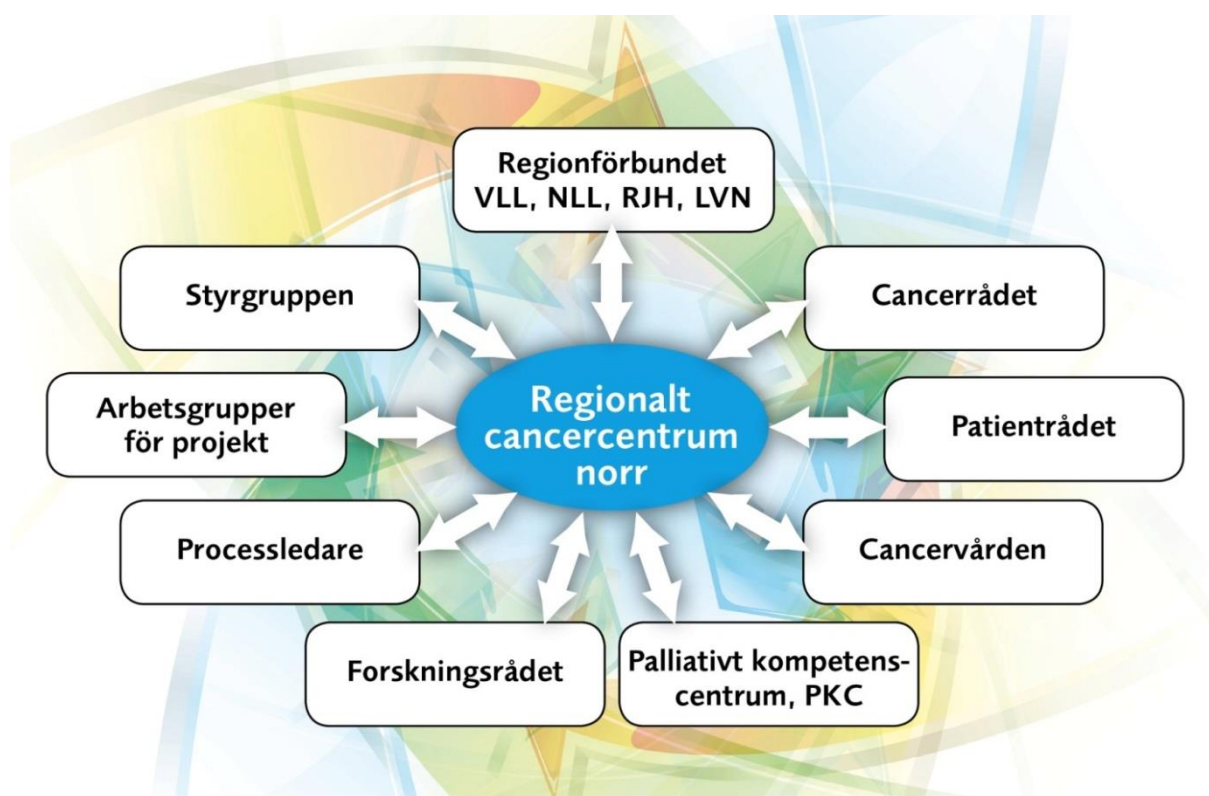
Rätt utdraget intygar:



Birgitta Fransson, Förbundssekreterare

Exp 2016-10-17 till registrator vid Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland, Region Jämtland-Härjedalen och till styrgruppen för Regionalt cancercentrum Norr.

REGIONAL NIVÅSTRUKTURERINGSPLAN FÖR CANCERVÅRDEN I NORRA REGIONEN 2016-18



Beslutad av Förbundsdirektionen för Norrlandstingens Regionförbund att gälla fr.o.m.
2016-09-21

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1 Behandling av olika cancerdiagnoser i regionen.....	8
1.1. Huvud-hals-tumörer	8
1.1.1. Huvud- och hals-cancer (HHC).....	8
1.1.2. Tumörer i det centrala nervsystemet (hjärnan, förlängda märgen samt ryggmärgen)	8
1.2. Endokrina tumörer.....	9
1.3. Tumörer i magtarmkanalen	9
1.3.1. Cancer i matstrupe (esofagus) och magsäck (ventrikel)	9
1.3.2. Kolorektal cancer (cancer i tjock- och ändtarm) samt analcancer	10
1.3.3. Lever-, gallblåse- och gallgångstumörer	11
1.3.4. Pancreas- (bukspottkörtel-) och periampullär cancer (tumörer vid gallgångens mynning i tolvfingertarmen)	11
1.4. Tumörer i lunga och lungsäck (pleura)	11
1.5. Ben- och mjukdelstumörer (sarkom).....	13
1.6. Hudtumörer	13
1.7. Bröstcancer.....	14
1.8. Gynekologiska tumörer	15
1.8.1. Cervixcancer (livmoderhalscancer).....	16
1.8.2. Endometriecancer (livmoderkropp-(corpus)-cancer)	16
1.8.3. Ovarialcancer (äggstockscancer).....	17
1.8.4. Vulvacancer (cancer i kvinnans yttre könsorgan)	18
1.9. Urologiska tumörer	18
1.9.1. Prostatacancer.....	18
1.9.2. Testikelcancer.....	19
1.9.3. Tumörer i njuren.....	20
1.9.4. Cancer i urinblåsan.....	21
1.9.5. Peniscancer.....	22
1.10. Ögontumörer	22
1.11. Lymfom/hematologiska maligniteter (blodcancer).....	22
1.12. Barnonkologi.....	23
1.13. Cancerrehabilitering	24
1.14. Palliativ vård	25
2 Bakgrund	27
2.1. Krav på nationell och regional nivåstrukturering av cancervården.....	27
2.2. Aktuell nationell nivåstrukturering av cancervården	27
2.3. Regionala konsekvenser av nationell nivåstrukturering av cancervården	28
2.4. Process för beslut om nivåstrukturering av cancervården i norra regionen	29
3 Bilaga	30

Sammanfattning

Cancervårdens höga kvalitet beror på bland annat på stor erfarenhet hos hela vårdteamet av kirurgiska ingrepp, medicinska behandlingar, radioterapi och rehabiliteringsinsatser. Nivåstrukturerings inom cancervård innebär ofta att delar i vårdkedjan förläggs till en annan vård-enhet, inom eller utom det egna landstinget eller regionen. Man kan säga att nivåstrukturerings är synonymt med arbetsfördelning till rätt vårdnivå. Syftet är att uppnå en tillräcklig koncentration, av såväl patienter som resurser, för att säkerställa en god och likvärdig vård för alla patienter. De verksamheter som särskilt kräver koncentration till färre enheter är avancerade ingrepp och terapier, ovanliga cancerformer och sådan behandling som kräver kostsam teknologi med särskild kompetens. Nivåstrukturerings kan dock även innebära en decentralisering av vissa åtgärder, för att dessa ska ske så nära patientens hem som möjligt. Inte minst gäller det uppföljning av medicinsk behandling och cancerrehabilitering, samt palliativa insatser. I de kriterier som har fastställts av Socialdepartementet ingår att varje RCC ska ha en plan för nivåstrukturerings av cancervården inom sjukvårdsregionen. Planen ska utgå från patientens fokus.

Regionens första nivåstruktureringsplan för cancervården fastställdes i maj 2013 och de förändringar som där beslutades är i stort sett genomförda. Denna plan bygger vidare på den planen, men har vidgats till att förutom behandling även omfatta arbetsfördelning avseende utredning/diagnostik, cancerrehabiliterande åtgärder och att beakta undergrupper inom de olika diagnoserna. Underlag till planen har utarbetats av de regionala processarbetsgrupperna och planen har innan fastställande i förbundsdirektionen behandlats i regionens chefsråd och RCC Norrs styrgrupp. RCC Norrs patientråd har lämnat synpunkter.

Inom ramen för RCC i samverkan pågår ett arbete med nationell nivåstrukturerings, se avsnitt 2. Nationell nivåstrukturerings berör diagnoser med särskilt komplicerade åtgärder vid ovanlig och svårbehandlad cancer, där åtgärderna därför koncentreras till färre vårdenheter än en per region. Beslut avseende nationell nivåstrukturerings påverkar den regionala arbetsfördelningen. Fattade beslut och aktuella förslag avseende nationell nivåstrukturerings har därför inkluderats i denna regionala plan.

Sedan 2015 pågår en nationell satsning för att minska väntetiderna i cancervården, genom införande av standardiserade vårdförlopp (SVF). Inom denna plans tidsram kommer SVF att ha införts för i stort sett alla cancerdiagnoser. Införandet av SVF har en begränsad påverkan på den regionala nivåstrukturerings. För några diagnoser sker vissa förändringar i arbetsfördelningen mellan regionsjukhuset och övriga sjukhus i regionen, för att klara de ledtider som specificeras i SVF, men det är landstingens interna organisation och arbetsfördelning som i huvudsak påverkas av införandet av SVF.

Några förändrings- och förbättringsförslag återkommer hos många av diagnosgrupperna:

- A. Fortsatt utveckling av multidisciplinära konferenser, MDK
- B. Kontaktsjuksköterskor för samtliga cancerpatienter
- C. Onkologer på alla länssjukhus, även i Norrbotten och Region Jämtland-Härjedalen
- D. Fortsatt satsning på cytostatikamottagningar på läns- och länsdelssjukhus, för ge patienter behandlingar nära hemmet
- E. Förstärkt cancerrehabilitering och förbättringar i organisationen för cancerrehabilitering, både inom landstingen och regionalt

F. Palliativ vård som håller en hög och jämn kompetens över hela regionen, med ökad regional samverkan

G. Införande av koordinatörer som säkrar flödena inom de standardiserade vårdförloppen

H. Undersökning med PET-CT (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi) förbättrar diagnostiken för flera diagnoser, och det ökade behovet av PET-CT-undersökningar i regionen behöver hanteras

I. Där beslutat nationell nivåstrukturering medför att behandling av vissa diagnoser inte längre sker inom regionen måste fortsatt kompetens säkras, genom utbildning, deltagande i nationella MDK samt auskultationer vid vårdkliniker som bedriver behandling.

Inom många diagnoser finns därutöver specifika förändringsförslag. I Tabell 1 med tillhörande kommentarer redovisas i korthet inom vilka diagnoser som förändringar är aktuella. För detaljer och fördjupade resonemang hänvisas till Bilaga 1. Varje landsting beslutar utifrån rådande förutsättningar och resurser om hur verksamheten på lokal nivå organiseras.

Generellt gäller att ett ökat antal avancerade kirurgiska ingrepp på Nus innebär ett ökat behov av operationsutrymme, avancerad anestesi och tillgång till postoperativt vård på sjukhuset. Resurser för att verksamheten ska fungera året om måste säkerställas, för att beslutad nivåstrukturering ska kunna omfatta alla berörda patienter i regionen, vilket är en förutsättning för jämlik vård.

Nivåstruktureringsplanen ska vara genomförd 2019, och då görs även en uppföljning av planen där avvikelser analyseras med avseende på anledningen till avvikelserna. Tillgänglighet och ledtider kommer tillsammans med andra väsentliga kvalitetsparametrar att följas upp årligen för de åtgärder som omfattas av planen. En revidering av planen planeras genomföras under 2020.

Tabell 1: Diagnos- och ämnesområden aktuella för förändringar avseende nivåstruktur på nationell, regional eller lokal nivå.

Område	Nationellt	Regionalt	Lokalt
Öron-, näsa-, hals-cancer		Ökad decentralisering av uppföljning till hemortssjukhus.	Decentralisering av uppföljning (se regionalt).
Endokrina tumörer		Ökad decentralisering av utredning för sköldkörtelcancer. Införande av Ga68-PET-CT på Nus gör att GEP-NET-patienter kan utredas inom regionen.	Ökad decentralisering av utredning för sköldkörtelcancer (se regionalt).
Cancer i matstrupe och magsäck	Nationell nivåstrukturering av vissa ovanliga tillstånd till enheter utanför regionen.	Centralisering av alla kurativt syftande operationer till Nus.	
Lever-, gallblåse och gallvägscancer	Nationell nivåstrukturering av perihilära gallvägstumörer till enheter utanför regionen.		
Bukspottkörtelcancer	Nationell nivåstrukturering av lokalt avancerad		

	bukspottkörtelcancer till enheter utanför regionen.		
Analcancer	Nationell nivåstrukturer- ring av strålbehandling, där Nus blir en av fyra nationella enheter. Kirurgi centraliseras till enheter utanför regionen.		
Cancer i lunga och lundsäck		Utveckling av molekylär- genetisk diagnostik, centrali- serad till Nus.	
Ben- och mjukdels- tumörer	Utredning avseende nationell nivåstrukturer- ring pågår.	Ökad decentralisering av upp- följning till hemortssjukhus.	Decentralisering av uppföljning (se regionalt).
Hudtumörer		Decentralisering av adminis- tration av immunterapibe- handling till hemortssjukhus.	Decentralisering av behandling (se regionalt).
Bröstcancer			Patienter där pro- fylaktisk mastekto- mi planeras remit- teras till kirurgkli- nik på länssjukhus och tas upp på MDK.
Gynekolo- gisk cancer	Nationell nivåstrukturer- ring av vulvacancer till enheter utanför regionen.	Centralisering till Nus av - kirurgi för högriskgrupper med livmoderkroppscancer - all kurativt syftande kirurgi vid äggstockscancer Etablera analysprocess för BRCA-mutationer på Nus för patienter med äggstockscan- cer och remittering av patien- ter med ärftlig BRCA-muta- tion till mottagningen för familjär cancer.	Processledare för livmoderhalscan- cerprevention i varje landsting.
Urologiska tumörer*	Nationell nivåstrukturer- ring av retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer till enheter utanför regionen.	Inrätta regional MDK för njurcancer. Inrätta ett regionalt opera- tionsteam för urotelial uretär- och njurbäckencancer, och centralisera operationerna till 2-3 enheter i regionen.	Centralisering av bedömning av MR-undersökning- ar för prostata- diagnostik. Centralisering till länssjukhusen av operationer av - testikelcancer - njurcancer

Blodcancer			Decentralisering genom ökad telemedicinsk mottagning.
Barnonkologi	Viss diagnostik bör centraliseras nationellt: - speciella biopsier av svåråtkomliga tumörer - bedömning av vissa histologiska preparat. All sarkomkirurgi på växande barn bör centraliseras nationellt. Fler patienter kan få protonstrålbehandling på Skandionkliniken. Ett nationellt rehabiliteringscentrum bör inrättas.		Ökad decentralisering av viss hemsjukvård till länsjukvård och primärvård, med tydlig ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun.
Cancerrehabilitering		Inrätta ett nätverksbaserat regionalt bäckenrehabiliteringscentrum, med regional MDK.	Organisera multidisciplinära rehabiliteringsteam i varje landsting.
Palliativ vård		Inrätta en regional jourlinje med palliativmedicinsk läkar-kompetens. Vissa specialiserade palliativa kirurgiska åtgärder bör centraliseras till en enhet i regionen.	Varje landsting bör ha ett specialiserat palliativt team certifierat på nivå 5 (se avsnitt 1.12)

Kommentarer:

* I det nationella vårdprogrammet för prostatacancer rekommenderas att varje enhet som utför prostatektomier oavsett teknik ska göra minst 50 ingrepp per år. I regionen opereras årligen ca 110-140 patienter, vilket innebär att den volymen inte nås på alla länssjukhus. Kirurgi vid njurcancer har utretts avseende nationell nivåstrukturering. Ett remissförslag har lagts om att kirurgisk behandling av njurcancer ska utföras vid vårdenheter som utför minst 50 operationer per år. Årligen opereras ca 100 njurcancerpatienter i regionen.

Det regionala chefssamrådet för cancervården och RCC Norrs styrgrupp stödjer inte dessa nationella volymsrekommendationer, utan föreslår att både prostatektomier och operationer av njurcancer även fortsättningsvis kan utföras på alla länssjukhus i regionen. Evidensen för en volym på exakt 50 bedöms som låg och skulle ha en negativ påverkan på kompetensförsörjningen inom urologin, där det redan finns påtagliga kompetensförsörjningsproblem.

Styrgruppen kommer dock årligen att följa upp regionens volymer av samtliga canceroperationer på landstingsnivå. Vid låga operationsvolymer (någonstans under 20/år) bör regionens organisation av verksamheten ses över.

1 Behandling av olika cancerdiagnoser i regionen

Totalt registrerades 2010 i hela norra regionen 4 770 nya cancerfall. Förekomsten av cancerfall inom de olika diagnoserna finns redovisade i Bilaga 1. Nedan beskrivs kort var olika diagnoser idag behandlas i regionen samt de förändringsförslag som framkommit i de diagnosspecifika konsekvensbeskrivningar som under hösten 2012 diskuterats fram inom vårdprofessionen i regionen och därefter diskuterats i cancerrådet och styrgruppen, för att slutligen beslutas av förbundsdirektionen i maj 2013. Mer utförliga beskrivningar och argument finns i Bilaga 1.

1.1. Huvud-hals-tumörer

1.1.1. Huvud- och hals-cancer (HHC)

Nuläge

Regionen har en gemensamt framtagna rutin för utredning av patienter med misstanke om huvud- och halscancer. Cirka 80% av patienterna utreds med ett snabbflöde, standardiserat vårdförlopp (SVF), där utredningen sker på Nus med bland annat PET-CT (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi) och ultraljud med FNAC (finnålspunktion med cytologianalys). Övriga patienter utreds enligt ett förenklat flöde inom respektive landsting. Behandling sker vid Nus, liksom första kontrollbesöket efter avslutad behandling. Därefter övertas kontrollerna av ÖNH-klinik i patientens hemlandsting. HHC-patienter har generellt stora behov av rehabiliteringsinsatser från dietist, tandvård, logoped samt vid behov kuratorskontakt. Dessa insatser inleds senast vid behandlingsstart, men behöver ofta fortgå patientens hemlandsting efter avslutad behandling.

Enstaka fall av sällsynta cancerformer skickas utanför regionen. Vid vissa lokala recidiv (återfall i sjukdomen) där inre strålbehandling (brachyterapi) övervägs skickas patienten till Örebro.

Förändringar

För att möjliggöra en utredningstid inom 14 dagar samt start av kirurgisk behandling i enlighet med SVF decentraliseras från och med 2016 kontrollskopier i narkos samt ultraljud med FNAC efter avslutad behandling till respektive hemortssjukhus. För rehabiliteringsinsatser efter avslutad behandling behöver samarbetet öka inom hela regionen, främst mellan kontaktsjuksköterska och paramedicinsk kompetens.

1.1.2. Tumörer i det centrala nervsystemet (hjärnan, förlängda märgen samt ryggmärgen)

Nuläge

För inledande undersökningar vid misstanke om hjärntumör är magnetresonanstomografiundersökning (MR) av hjärnan optimalt. Vid akut utredning då MR inte är finns utförs dator-tomografi utan och med kontrast. Bildgranskning görs av radiolog med neuroradiologisk kompetens, varefter patienten träffar neurolog eller annan specialist med adekvat kompetens för bedömning och besked om diagnostikresultatet. Patienten remitteras till neurokirurgen vid Nus, där fortsatt utredning och all kirurgi genomförs. Den medicinska behandlingen sker antingen på Nus, på länssjukhusen och i vissa fall på länsdelssjukhus, då i nära samråd med Nus. Strålbehandling sker i de flesta fall vid Nus, och i enstaka fall i Sundsvall. Vård och rehabilitering efter behandling sker i möjligaste mån på hemortssjukhus och inom primärvården.

Förändringar

Uppföljning och kontroller kan decentraliseras ytterligare. För patienter med stora rehabiliteringsbehov behöver rehabiliteringsresurserna efter behandling stärkas i hemlandstingen och organisatorisk hemvist för dessa patienter tydliggöras.

Under 2017 införs SVF för hjärntumörer. Detta påverkar dock inte nivåstruktureringen i regionen.

1.2. Endokrina tumörer

Nuläge

Området omfattar tumörer i sköldkörteln (tyreoidea), bisköldkörtlar och binjurar samt neuro-endokrina buktumörer (GEP-NET). Dessa tumörer hanteras av specialister inom endokrin kirurgi i regionen. För GEP-NET finns en regional MDK med uppkoppling även mot Uppsala. Utredning omfattar PET-CT och sker i Umeå, ibland med vissa kompletterande insatser i Uppsala. Tyreoideacancer är den största tumörgruppen. Onkologisk behandling av den allvarligaste formen av sköldkörtelcancer, anaplastisk (odifferentierad) tyreoideacancer är centraliserad till Nus. Det gäller även för patienter med behov av tyrokinashämmare, liksom avancerad tyreoideacancer (T4 och/eller N1b), medullär tyreoideacancer (MTC, cancer som börjar växa i en viss typ av hormonproducerande celler i de inre delarna av sköldkörteln), ärftlig cancer och tyreoideacancer hos barn. I vissa utvalda fall kan nationell nivåstrukturering vara motiverat. De vanligaste cancerformerna bedöms även fortsättningsvis kunna handläggas lokalt, förutsatt tillgång till kompetent kirurg, deltagande i MDK och nationellt kvalitetsregister.

Förändringar

Under 2017 införs SVF för tumörer i sköldkörteln. För att klara SVF-ledtiden behöver primärutredning i ökad omfattning ske genom att inremitterande skickar patienter till utredning med ultraljud och cytologisk undersökning. Patienter med malignitetssuspekt cytologi och/eller ultraljud, samt patienter med lokala trycksymtom och benign cytologi, går till kirurgisk bedömning. Hur verksamhet organiseras inom varje landsting beslutas lokalt.

Utredning med gallium 68-baserad PET-CT vid Nus gör att färre GEP-NET-patienter behöver skickas till Uppsala för kompletterande utredning.

1.3. Tumörer i magtarmkanalen

1.3.1. Cancer i matstrupe (esofagus) och magsäck (ventrikel)

Nuläge

Utredning och diagnostik sker inom respektive landsting, med undantag för PET-CT som görs vid Nus. Sedan hösten 2015 sker utredningarna enligt SVF. Cytostatikabehandling ges inom respektive landsting. Kurativ strålbehandling sker vid Nus, palliativ strålbehandling även i Sundsvall. Kurativt syftande kirurgisk behandling av esofaguscancer och radikal D2-kirurgi vid ventrikelcancer ska enligt den regionala nivåstruktureringsplanen från 2013 ha centraliserats till Nus. Detta är genomfört för esofaguscancer, men inte fullt ut för ventrikelcancer. Palliativ kirurgi bedrivs inom respektive landsting. Rehabilitering sker i hög grad i patientens hemlandsting. Vissa specialfall, exempelvis hög esofaguscancer, skickas för operation utanför regionen, ofta till Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge.

Förändringar

Under 2016 har beslut tagits om nationell nivåstrukturering av definierade, ovanligare och komplicerade tillstånd till två nationella vårdenheter (Karolinska universitetssjukhuset och Skånes universitetssjukhus). All övrig kurativ kirurgi för dessa tumörformer ska ske vid ett sjukhus per region, vilket i regionen innebär att de endast ska utföras vid Nus.

1.3.2. Kolorektal cancer (cancer i tjock- och ändtarm) samt analcancer

Nuläge

Utredning och diagnostik vid nyupptäckt kolorektal cancer liksom uppföljande tumörkontroller görs vid de flesta av regionens sjukhus. Detta är nödvändigt av volymskäl, då symtomen vid kolorektal cancer ofta är ospecifika och god tillgänglighet till kolonundersökningar är viktigt. PET-CT för diagnostik av lokalt avancerad tumörsjukdom eller inför metastaskirurgi utförs vid Nus.

NLL och RJH har endast ett sjukhus vardera som opererar cancer. I regionens nivåstruktureringsplan från 2013 föreslogs tre alternativ för VLL och LVN. Förbundsdirektionen rekommenderade alternativ B, koncentration av rektalcancerkirurgin och viss koncentration av koloncancerkirurgin. VLL nivåstrukturerade enligt detta under 2014, så att koloncancer nu opereras i Skellefteå och Umeå, medan rektalcanceroperationer koncentrerats till Umeå. LVN har genomfört en motsvarande strukturförändring under 2016, så att koloncancer nu opereras i Örnsköldsvik och Sundsvall, medan rektalcanceroperationer koncentrerats till Sundsvall. TEM (transanal endoskopisk mikrokirurgi) vid tidiga rektaltumörer, samt som palliativa ingrepp, utförs i Sundsvall, Sunderbyn och på Nus. Operation av lever- eller lungmetastaser utförs vid Nus.

Cytostatikabehandling ges vid alla sjukhus i regionen utom Sollefteå. Vissa mer komplicerade behandlingar sker vid onkologklinikerna i Sundsvall och Umeå. Strålbehandling mot rektalcancer ges i Sundsvall och på Nus. Cancerkontroller sker i NLL i huvudsak i Sunderbyn (enstaka patienter följs i Gällivare), i övriga regionen är kontrollerna till stor del decentraliserade till närmaste hemortssjukhus. Rehabilitering sker främst vid hemortssjukhusen.

Patienter som ska behandlas med peritonektomi (avlägsnande av bukhinnan) och HIPEC (hyperterm intraoperativ cytostatika) vid koloncancer remitteras utanför regionen, hittills till Uppsala eller Stockholm. Enstaka patienter med lokalt avancerad rektalcancer, främst vid behov av bäckenexenteration, remitteras för operation vid Karolinska universitetssjukhuset.

Förändringar

För kolorektal cancer är inga förändringar utöver de redan genomförda aktuella inom de närmaste åren. Under 2016 införs SVF för kolorektalcancer. Detta påverkar dock inte nivåstruktureringen i regionen.

Under 2016 har beslut tagits om nationell nivåstrukturering av kurativt syftande strålbehandling vid analcancer. Behandlingen ska utföras vid fyra nationella vårdenheter, varav Nus är en. Kirurgi vid analcancer (salvage surgery) ska utföras vid två nationella vårdenheter (Sahlgrenska universitetssjukhuset och Skånes universitetssjukhus). Under 2017 införs SVF för analcancer.

1.3.3. Lever-, gallblåse- och gallgångstumörer

Nuläge

Lever- och gallvägskirurgin i norra regionen är sedan länge centraliserad till Nus. Stora studier görs nu av huruvida leverkirurgi ska bli rutin vid levermetastaserad bröstcancer, och om så blir fallet medför det en kraftigt ökad efterfrågan på leverkirurgiska ingrepp. Förutom levermetastaser opereras även hepatocellulär cancer (cancer som startar i levern, i motsats till levermetastaser). Enligt det nationella vårdprogrammet för hepatocellulär cancer ska högriskpatienter för skrumplever screenas med ultraljud var 6:e månad. Rutiner för detta är inte fastställda i regionen. När så sker kan antalet hepatocellulära cancerfall som är möjliga för leverkirurgi komma att öka.

Förändringar

Kirurgisk behandling av lever- och gallvägstumörer har utretts avseende nationell nivåstrukturerings. Våren 2016 har ett remissförslag lagts om att kirurgisk behandling av perihilära gallvägstumörer (tumörer som uppkommer där gallgången lämnar levern) ska utföras vid två nationella vårdenheter i landet, medan övrig lever- och gallkirurgisk verksamhet ska utföras vid en vårdenhet per sjukvårdsregion. Regionen har samlat ställt sig bakom remissen och har inte ansökt om att vara ett nationellt centrum för kirurgisk behandling av perihilära gallvägstumörer. Dessa patienter (1-2 per år) kommer att skickas till ett nationellt centrum utanför regionen.

Under 2016 införs SVF för cancer i lever, gallblåsa och gallgång. Detta påverkar dock inte nivåstrukturerings i regionen.

1.3.4. Pancreas- (bukspottkörtel-) och periampullär cancer (tumörer vid gallgångens mynning i tolvfingertarmen)

Nuläge

Den kirurgiska behandlingen är redan i dag koncentrerad till Nus. MDK är rutin i regionen för tumörer inom övre gastrointestinala (mag-tarm-) området. Många patienter har en spridd sjukdom redan vid diagnos, vilket ställer stora krav på onkologisk och palliativ kunskap.

Förändringar

Kirurgisk behandling av pancreas- och periampullär cancer har utretts avseende nationell nivåstrukturerings. Våren 2016 har ett remissförslag lagts om att kirurgisk behandling av lokalt avancerad pancreascancer ska utföras vid två nationella vårdenheter i landet, medan övrig kurativt syftande kirurgi vid pancreas- och periampullär cancer ska utföras vid en vårdenhet per sjukvårdsregion. Regionen har samlat ställt sig bakom remissen och har inte ansökt om att vara ett nationellt centrum för kirurgisk behandling av lokalt avancerad pancreascancer. Dessa patienter (3-4 per år) kommer att skickas till ett nationellt centrum utanför regionen.

Under 2016 införs SVF för cancer i bukspottkörteln och periampullärt. Detta påverkar dock inte nivåstrukturerings i regionen.

1.4. Tumörer i lunga och lunsäck (pleura)

Nuläge

15-20% av lungcancerpatienterna har en lokaliserad sjukdom och kan opereras. All lungcancerkirurgi i norra regionen utförs på Nus. Patienter med lokaliserad sjukdom, som på

grund av andra sjukdomar inte kan opereras, erbjuds kurativt syftande stereotaktisk strålbehandling vid Nus. Vid lokalt avancerad sjukdom (stadium III), ca 15% av patienterna, ges strålbehandling i kombination med cytostatikabehandling med kurativ intention. Kurativt syftande radiokemoterapi ges på Nus.

Mer än hälften av alla lungcancerpatienter har spridd sjukdom redan vid diagnos. Här är palliativ strålbehandling ett viktigt behandlingsalternativ, som kan ges på Nus och i Sundsvall. 15% av patienterna är i för dåligt allmäntillstånd för att tolerera tumörspecifik behandling och ges enbart palliativ vård.

Basal lungcancerutredning sker vid ett sjukhus i varje län. För patienter med potentiellt botbar sjukdom ska utredningen kompletteras med PET-CT, som finns på Nus, och i vissa fall EBUS (endobronkiellt ultraljud). EBUS finns vid Nus och från och med 2016 även i Sunderbyn.

För lungcancer är den molekyllärgenetiska diagnostiken helt central för att patienterna ska få adekvat vård, då den predikterar svar på målriktad behandling. För närvarande finns godkänd behandling för EGFR-muterade tumörer och för tumörer med ALK-translokation. Diagnostik utförs i Sunderbyn, Sundsvall och på Nus, i Östersund ansvarar patologer från Nus. Fler målriktade terapier är på snabb frammarsch. Kvalitet och snabbhet i provsvaren är centralt och det är viktigt att förstärka och optimera patologin i hela regionen, då svarstiderna varierar mycket för både histopatologi och molekyllärgenetiska analyser.

Strålbehandling med kurativ intention utförs endast på Nus, vilket bibehålls. Strålbehandling i lindrande syfte är en bra behandling, men kan endast ges på Nus och i Sundsvall, vilket riskerar att medföra en ojämlik vård inom norra regionen.

Vid avancerad lungcancer är palliativ behandling med cytostatika, målriktad behandling inklusive immunologisk behandling grundläggande. Cytostatikabehandling ordineras vid sju enheter och ges vid åtta, vilket rekommenderas bibehållas. Nya behandlingar vid avancerad lungcancer är ofta kopplade till andra specifika tumördrivande mutationer, vilket kräver adekvat utredning. Immunologisk behandling, som är en ny behandlingsmodalitet för lungcancer, kommer att ges i alla fyra landsting, utan någon centralisering.

Förändringar

På många håll i Sverige görs redan en mer omfattande kartläggning av molekyllärgenetik (NGS - next generation sequencing). Denna teknik finns tillgänglig på Nus och målet är att inom en snar framtid påbörja analys av lungcancerpreparat med NGS, för att identifiera andra tumördrivande mutationer och kunna rikta specifik terapi mot dessa. NGS av lungcancer bör åtminstone i en uppstartsfas vara centraliserad till Nus.

Behovet av undersökning med PET-CT och EBUS ökar och behöver hanteras inom regionen. Den onkologiska kompetensen på länsnivå i Jämtland och Norrbotten måste öka och strävan att etablera onkologkliniker vid länsjukhusen i Östersund och Sunderbyn måste stöttas.

Under 2016 införs SVF för lungcancer. Detta påverkar dock inte nivåstruktureringen i regionen.

1.5. Ben- och mjukdelstumörer (sarkom)

Sarkomen kan grovt indelas i tre grupper:

1. Ortopediska tumörsjukdomar (extremiteter, bröst och bukvägg – tumörer inom ryggraden)
2. Sarkom i övrigt (buktumörer och sarkom inom ÖNH-regionen)
3. GIST (gastrointestinala stromacellstumörer)

Till detta kommer även handläggning av skelettmetastaser med och utan känd primärtumör.

Nuläge

Tumörer i grupp 1 handläggs på Nus, som är regionens sarkomcentrum. Inledande bild- och funktionsmedicinska undersökningar sker via primärvård eller hemortsklinik, varefter patienten remitteras till Nus. Invasiv diagnostik/biopsitagande (vävnadsprovtagning) och behandling sker vid Nus. Behandlingen kan omfatta kirurgi, strålning och/eller cytostatika, efter beslut på MDK. Primär onkologisk behandling sker uteslutande på Nus, medan en del av andra linjens cytostatikabehandling kan administreras på hemortssjukhus på ordination av onkolog vid Nus. Rehabilitering och vård efter behandling sker i möjligaste mån på hemortssjukhus och inom primärvården, enligt en individuell rehabiliteringsplan. Patienten kontrolleras avseende metastaser och lokalrecidiv i tio år efter behandling. Kontrollerna sker antingen på Nus eller hemortssjukhus, beroende på tumörtyp och patientens ålder, men de flesta gör minst en årlig kontroll på Nus.

Majoriteten av GIST-tumörerna i regionen opereras på Nus. Övriga buksarkom remitteras för fortsatt utredning och kirurgisk åtgärd vid Karolinska sjukhuset i Stockholm.

Förändringar

För snabbare handläggningstid bör sarkomcentrum alltid kontaktas via telefon direkt vid misstanke om sarkom. Återbesök och uppföljning kan i större utsträckning skötas även på andra sjukhus i regionen. Kontroller de första fem åren bör fortsatt ske på Nus, men efterföljande tid på läns- eller länsdelssjukhus. Kontaktsjuksköterska och sarkomansvarig läkare inom ortopedi och kirurgi bör finnas vid varje sjukhus i regionen. Vid oväntade fynd som tyder på sarkom vid analys på annat patologiskt laboratorium än Nus, bör ansvarig patolog för det oväntade fyndet per telefon kontakta både sarkompatolog i Umeå och ansvarig ortoped eller kirurg på hemortssjukhuset. Denne kontaktar i sin tur sarkomcentrum.

En utredning avseende nationell nivåstrukturering av sarkom pågår och kommande beslut kan komma att påverka vårdkedjan för sarkompatienter i regionen. Under 2017 införs SVF för skelett- och mjukdelssarkom.

1.6. Hudtumörer

Nuläge

Första nivån för de flesta patienter som söker för misstänkt melanom i huden är primärvården. Tidig och korrekt diagnostik är särskilt viktigt för malignt melanom. Vid misstanke om malignt melanom ska utredning ske, antingen med dermatoskopi, en mikroskopundersökning som möjliggör noggrann undersökning av pigmentämnen på huden, eller med diagnostisk excision, där den misstänkta hudtumören tas bort och därefter analyseras. Dermatoskopi ger en förbättrad diagnostik, som medför en kraftigt minskad bortoperation av benigna tumörer som inte kräver behandling. Det sparar lidande för de enskilda patienterna och kostnader för samhället. Dermatoskopi utförs på regionens hudkliniker. VLL har infört teledermatoskopi vid alla hälsocentraler och i LVN pågår införande, för ökad tillgänglighet till specialistbedömning.

Excision av hudtumörer sker på olika nivåer inom regionens landsting. Preparatet skickas till klinisk patologi för en histopatologisk bedömning. För alla melanom >1 mm, samt < 1mm med sårbildning, rekommenderas sentinel node (portvaktskörteldiagnostik), vilket sker vid länssjukhusen och Nus. Fullständig fjärrmetastasutredning med PET-CT utförs vid Nus.

Tertiär kirurgi (terapeutisk lymfkörtelutrymning) sker vid Nus. Adjuvant strålbehandling sker i Sundsvall och vid Nus. Systemisk behandling ges vid onkologiklinik i Sundsvall eller vid Nus efter diskussion på regional MDK, men administreras ibland i Östersund och Sunderbyn.

Kontroll av högriskindivider med sekventiell digital dermatoskopi (intervall på 6-12 månader) utförs på Nus där utrustningen för detta finns.

För ett fåtal patienter med metastaser kan behandling med isolerad hyperterm perfusion vara aktuell. Vid behandling ges mycket hög koncentration av cytostatika lokalt i en arm eller ett ben, som under behandlingen isoleras kirurgiskt. I Sverige görs detta endast vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Förändringar

För patienter med metastaserat melanom kommer alltmer immunoterapi, som på sikt även kan bli aktuellt som adjuvant behandling för vissa patientgrupper. Behandlingen är lätt att administrera, men kräver resurser i form av telefonuppföljning och biverkningsmonitorering.

Strukturer för detta finns i regionen. Det yttersta ansvaret för patienternas behandling ligger fortsatt på onkologisk klinik, men infusionerna och en del patientkontakter kan ske på övriga sjukhus i regionen. Fler långtidsöverlevare ökar antalet patienter med metastaserad sjukdom som följs på mottagningarna, under längre tidsperioder än idag. Resursmässigt kommer det att krävas utbildning i regionen kring dessa nya behandlingsmetoder och biverkningsprofiler. Efterfrågan på PET-CT-undersökningar kan komma att öka något.

Under 2016 införs SVF för hudmelanom. Detta påverkar dock inte nivåstruktureringen i regionen.

1.7. Bröstcancer

Nuläge

I norra regionen utreds och opereras patienterna enbart på de fyra länssjukhusen samt i Skellefteå. Nus och Skellefteå utgörs tillsammans ”Bröstcentrum Västerbotten”, med gemensamma MDK. VLL-patienter med icke-palpabla tumörer, tumörer som inte känns med fingrarna vid en undersökning av bröstet, handläggs enbart på Nus.

Andelen patienter som utreds med magnetkamera har ökat och metoden finns idag tillgänglig i hela norra regionen.

Tidigare gjordes rutinmässigt fryssnitt på samtliga portvaktslymfkörtlar, men detta har under de senaste åren allt mer börjat avvecklas. Bakgrunden till detta är ökande ultraljudsledd preoperativ diagnostik av armhålan, samt att man slutat att utrymma armhålan vid låg metastatisk börda. Denna utveckling frigör även resurser vid patologienheterna.

Mastektomi (operation där hela bröstet tas bort) med direktrekonstruktion är i huvudsak centraliserat till Nus, men görs även i Sunderbyn samt i enstaka fall i Östersund. Sundsvall remitterar till Nus. Andelen patienter som opereras med omedelbar rekonstruktion och

mastektomi på grund av bröstcancer eller DCIS (duktal (bröst)cancer in situ, en icke-invasiv typ av bröstcancer) ökar. Denna utveckling ökar behovet av tillgänglighet till direktrekonstruktion och kirurgiska kompetens i regionen.

Profylaktiska (förebyggande) mastektomier vid ärftlig bröstcancer är centraliserade och görs i huvudsak av plastikkirurgen Nus. Dessa patienter har hittills inte diskuterats vid MDK.

Förändringar

Patienter där mastektomi i profylaktiskt syfte planeras ska remitteras till kirurgisk enhet på läns- eller regionsjukhus och diskuteras på MDK innan kirurgi. Detta för att undvika att en eventuell bröstcancer missas i denna högriskgrupp och för att samtliga patienter inför operation ska ha genomgått den rekommenderade preoperativa imagingutredningen. Operationen kan utföras av bröstkirurg eller plastikkirurg på region- och länssjukhus, beroende på kompetensen på enheten.

Under 2016 införs SVF för bröstcancer. Detta påverkar inte nivåstruktureringen i regionen, men ökar kraven ytterligare på patologin, som har en pressad arbetssituation. Avveckling av generell fryssnittning, som är resurskrävande, är därför att rekommendera.

1.8. Gynekologiska tumörer

Gynekologisk cancer är en heterogen cancergrupp och består av tio olika diagnoser beroende på var i gynsfären canceren uppkommer. Då flera av dessa diagnoser är mycket ovanliga brukar man förenklat dela in gynekologisk cancer i fyra grupper; cervixcancer (livmoderhalscancer), corpuscancer (livmoderkroppscancer), ovarialcancer (äggstockscancer, inklusive peritonealcancer (cancer i bukhinnan) och tubarcancer (cancer i äggledaren)), samt vulvacancer (cancer i kvinnans yttre könsorgan).

Nuläge (alla gyncancerdiagnoser)

Alla regionens patienter med misstänkt gynekologisk tumör följer samma organisatoriska struktur. Utredning och uppföljning sker via kvinnokliniken i respektive hemlandsting. För utvalda fall görs en PET-CT på Nus. Samtliga patienter remissbedöms av gynonkolog på Nus. Gynonkologen beslutar i nära samverkan med gynkirurg vilka patienter som går vidare till en klinisk bedömning på Nus.

Vid avancerad sjukdom bedöms patienten på regional MDK. Där beslutas vilken behandling som ska erbjudas och var den eventuella behandlingen ska ske. De patientkategorier där sjukdomstillstånd och behandling är väldefinierade och överenskomna tas inte upp på MDK.

Aktuell behandling kan många gånger initieras centralt och därefter föras ut till regionen, så att patienten får så korta resor som möjligt. Cytostatikabehandling och viss annan antitumoral behandling har decentraliserats, så att stora delar av behandlingen ges på hemsjukhusen, med behandlingsrekommendationer från onkologkliniken vid Nus. Arbetet med att säkerställa en säker decentralisering till cytostatikamottagningarna i regionen behöver fortsätta.

Under de senaste åren har en regional nivåstrukturering genomförts inom olika områden i den gynonkologiska processen.

1.8.1. Cervixcancer (livmoderhalscancer)

1.8.1. a) Cervixcancerprevention

Nuläge

Varje år screenas ca 50000 kvinnor i regionen med gynekologisk cellprovskontroll (GCK). Ett nationellt vårdprogram har utarbetats, baserat på Socialstyrelsens nya rekommendationer från 2015.

Förändringar

De nya screeningsrutinerna omfattar byte av primär screeningmetod från cytologi till HPV (humant papillomvirus)-test för nio av tolv ålderklasser. Omställningen ställer stora krav på landstingens infrastruktur, regional och nationell samverkan, it-system, utbildning av vårdpersonal och kommunikation med alla kvinnor som omfattas av screeningsprogrammet. Kolposkopister, som i mikroskop bedömer cellförändringar på livmodertappen, kommer att ställas inför nya patientgrupper, där nationella och internationella erfarenheter är begränsade.

Regionen behöver samverka på landstingslednings- och verksamhetsnivå för att möta bristen på cytodiagnostiker, analys av HPV-tester på ackrediterade laboratorier och logistik kring provhantering. Det finns ett stort behov av funktionellt it-stöd för laboratorieverksamheternas stora flöden och registrering av sammanhållna cytologi- och HPV-testsvar. Ett adekvat it-stöd behövs även för processen, som omfattar kallelser, ombokningar, brevsvår till patienterna samt kontrollfiler för uppföljning efter behandling. Diskussioner pågår om eventuellt införande av ett nationellt kallelsesystem, men tills vidare bör alla regionens landsting/region ansluta sig till "Cytburken".

Samtliga landsting behöver ha en utsedd processledare för den samlade cervixcancerpreventionsprocessen, med mandat att genomföra nödvändiga förändringar.

1.8.1. b) Vård och behandling vid cervixcancer

Nuläge

All behandling av primär cervixcancer (kirurgi och strålbehandling) är centraliserad till Nus. Alla patienter som opereras genomgår robotassisterad kirurgi, förutsatt att det inte finns några patientspecifika hinder för det.

Förändringar

Det pågår arbete med framtagande av nationellt vårdprogram och SVF för cervixcancer, som planeras bli klara under 2016. SVF ska införas 2017. Vilka konsekvenser detta får för regionen är oklart i dagsläget.

1.8.2. Endometrieccancer (livmoderkropp-(corpus)-cancer)

Nuläge

Majoriteten av patienterna upptäcks i ett tidigt skede. Vid diagnos görs en riskindelning gällande stadiumindelning av tumörerna i hög- respektive lågrisk. Patienter i högriskgruppen genomgår en mer komplicerad operation med lymfkörtelutrymning, medan patienterna i lågriskgruppen genomgår enklare kirurgi. Högriskfallen genomgår robotassisterad kirurgi, förutsatt att det inte finns några patientspecifika hinder för det. Ett fåtal operationer av högriskpatienter utförs i Sundsvall, då med öppen operationsteknik. Lågriskpatienter opereras på länssjukhusen.

Förändringar

Operationer i högriskgruppen bör centraliserats till Nus.

Det pågår arbete med revidering av nationellt vårdprogram för corpuscancer som planeras bli klart 2016. SVF ska införas under 2017. Vilka konsekvenser detta får för regionen är oklart i dagsläget.

1.8.3. Ovarialcancer (äggstockscancer)

Nuläge

Revidering av det nationella vårdprogrammet för ovarialcancer fastställdes 2015. En regional tillämpning har utarbetats och varit standard under 2016. Parallellt med detta har en utredning avseende nationell nivåstrukturerings av ovarialcancer pågått och resulterat i en rekommendation att kurativt syftande kirurgisk behandling av ovarialcancer ska utföras vid sex högspecialiserade gynekologiska vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion, med utvärdering efter två år för ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

Endast en sjukvårdsenhet i regionen, kvinnokliniken vid Nus, uppfyller de kriterier som enligt den nationella sakkunniggruppen ska finnas vid en högspecialiserat gynekologiskt center (HGC). Professionen i regionen är enig att stödja Nus att utveckla ett HGC i enlighet med sakkunnigförslaget. Vid välavgränsade ovarialförändringar med låg malignitetsmisstanke kan beslut fattas vid MDK om var patienten ska opereras. I praktiken arbetar regionen så.

Den nationella sakkunniggruppen anser att följande resurser och verksamhetsinnehåll ska finnas vid ett HGC:

- Gynekologiska tumörkirurger och gynonkologer, urolog, kolorektal- och övre GI-kirurg samt kärlkirurg.
- Kontaktsjuksköterska, kurator, dietist, sjukgymnast eller motsvarande, med bland annat kunskap kring lymfterapi, regional och/eller nationell MDK (rMDK eller nMDK), radiolog, patolog med särskild kompetens/intresse för gynecancer.
- HGC deltar aktivt i forsknings- och utvecklingsprojekt nationellt och internationellt samt i de nationella kvalitetsregistren. Klinisk forsknings-/utvecklings-/prövningsenhet samt akademisk miljö.
- HGC tar hand om recidivbehandling och ger råd/ger palliativ vård (individualiserad kirurgi och medicinsk onkologisk eller annan högspecialiserad behandling efter rekommendation från rMDK/nMDK).
- HGC tar hand om den initiala uppföljningen av behandlade ovarialcancerpatienter, därefter decentraliseras kontroller till öppen gynekologisk specialistvård eller till kvinnoklinik nära hemorten. I studier kan det krävas särskild uppföljning.
- HGC ansvarar för regionala och nationella utbildningsinsatser för sjukvård och patientföreningar.

Olaparib är ett nytt läkemedel som kan användas vid recidiv hos ovarialcancerpatienter som bär på en BRCA-mutation i primärtumören. För att hitta dessa patienter krävs en mutationsanalys på färskfrusen vävnad från primäroperationen. Logistik för att tillvarata färskfrusen vävnad finns vid Nus, men görs idag inte för kliniskt bruk. Analyserna utförs i Lund. Enligt det nationella vårdprogrammet bör vävnad tillvaratas från samtliga ovarialcancerpatienter, för att möjliggöra senare analys avseende BRCA-mutationer i tumören (ca 70 patienter/år i norra regionen). Av dessa kommer ca 12 patienter att ha mutationen. För att erhålla läkemedlet

krävs adekvat cytostatikasvar på tidigare behandlingar, vilket gäller ca 5 patienter/år. En ansökan om Olaparib är gjord i regionen för ett standardiserat införande.

Förändringar

All kurativt syftande ovarialcancerkirurgi centraliseras till Nus. Den regionala samordningen av ovarialcancervården utvärderas efter två år, med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

En klinisk rutin för direktfrysning av ovarialtumörvävnad bör utarbetas. Att sätta upp analysmetoden för BRCA-mutationen på Nus bör övervägas. Patienter med en BRCA-mutation i tumören bör även remitteras till mottagningen för familjär cancer, Nus, för utredning av eventuell ärftlig komponent i patientens genom.

Under 2016 införs SVF för ovarialcancer.

1.8.4. Vulvacancer (cancer i kvinnans yttre könsorgan)

Nuläge

Fram till årsskiftet 2016-2017 är all behandling av primär vulvacancer (kirurgi och strålbehandling) centraliserad till Nus.

Förändringar

Beslut har tagits om nationell nivåstrukturerings av kurativt syftande behandling av vulvacancer till fyra nationella vårdenheter, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset Linköping.

Detta kommer att påverka kommunikationsvägarna i regionen. Respektive sjukhus som remitterar till ett nationellt centrum ska hålla ihop vårdprocessen. Det ställer höga krav på framförallt kontaktsjuksköterskefunktionen, så att överlämningen av patienten mellan vårdgivare sker på ett för patienten fördelaktigt sätt. Varje vårdgivare måste se över att denna funktion finns och att tillse att adekvat utbildning ges. En nationell MDK ska etableras, och sjukhusen i regionen måste ha adekvat utrustning för att delta samt fungerande logistik. För att upprätthålla kompetens i regionen behövs samverkan och erfarenhetsutbyte regionalt och nationellt, via MDK och auskultationer.

Beslut om vilket nationellt centrum norra regionen ska samarbeta måste diskuteras. Professionen önskar att hela regionen samarbetar med samma centrum.

1.9. Urologiska tumörer

1.9.1. Prostatacancer

Nuläge

Primär diagnostik sker på läns- och länsdelssjukhus. Vidare utredning av högriskpatienter (ca 40 % av alla fall) görs med skelettscintigrafi, MR eller PET-CT, på länssjukhus (scint, MR) eller Nus (PET-CT). Sedan hösten 2015 ska utredningarna ske enligt SVF.

Kurativ kirurgisk behandling sker på länssjukhusen och Nus och strålbehandling i Sundsvall och på Nus. Enstaka patienter får inre strålbehandling (brachyterapi) utanför regionen. Vid Nus utförs nu årligen drygt 80 robotassisterade prostatektomier (avlägsnande av prostata) och

utrymme finns för fler. LVN har delvis fortsatt skicka patienter till Stockholm för robotassisterad kirurgi även sedan metoden införts vid Nus.

Aktiv monitorering, som är rekommenderad förstahandsbehandling vid lågriskcancer (20-30 % av alla nya fall), sker vid primärt diagnostiserande klinik. Palliativ hormonblockerande behandling sker vid alla diagnostiserande enheter. Vid progress till kastrationsresistent stadium diskuteras flertalet patienter på MDK, eller remitteras till onkolog i Umeå eller Sundsvall för bedömning om lämplig terapi, som sedan ofta kan administreras på hemorten.

Eventuellt införande av PSA-screeningprogram är en nationell fråga som hanteras av Socialstyrelsen och är inte aktuellt i nuläget.

Förändringar

Utredning bör även fortsatt ske så nära patientens hem som möjligt, men om grundläggande kvalitetskrav inte nås på ett sjukhus bör koncentring av verksamhet övervägas. De länsdels-sjukhus som diagnostiserar prostatacancer bör delta i MDK, vilket idag bara sker i Örnsköldsvik och för NLL-patienter. Radiolog behöver vara med på konferensen.

MR-undersökningar för prostatadiagnostik kan utföras där magnetkamera finns, men bedömningarna kräver erfarenhet och bör centraliseras lokalt inom landstingen. Behovet av PET-CT-utredningar ökar och kräver en ökad kapacitet.

Möjligheterna till medicinsk behandling av prostatacancer ökar och tidig kemoterapi vid nyupptäckt metastatisk sjukdom kommer att bli standard för de patienter som bedöms tåla det. Därefter finns flera nya läkemedel för män med obotlig sjukdom, och att välja rätt läkemedel till rätt patient blir en utmaning. För att följa upp det finns nu en särskild kvalitetsregistermodul för män med återfall eller primärt metastaserad sjukdom, och varje enhet som behandlar dessa män bör registrera dem i modulen för att följa resultat och utveckling.

Koordinatorsfunktionen för SVF bör finnas nära verksamheten och ha överblick både över flödet på hemmaplan och de resurser som eventuellt måste bokas på annan ort.

I det nationella vårdprogrammet rekommenderas att varje enhet som utför prostatektomier oavsett teknik ska göra minst 50 ingrepp per år. I regionen opereras årligen ca 110-140 patienter, vilket innebär att den volymen inte nås på alla länssjukhus. Det regionala chefsrådet för cancervården, samtliga medicinskt ansvariga för urologin i respektive landsting och RCC Norrs styrgrupp föreslår att prostatektomier även fortsättningsvis kan utföras på alla länssjukhus i regionen, men styrgruppen kommer årligen att följa upp regionens volymer av samtliga canceroperationer på landstingsnivå. Vid låga operationsvolymer (någonstans under 20/år) bör regionens organisation av verksamheten ses över. En modell för att utse två enheter som ansvarar för en specifik åtgärd i regionen kan då vara aktuell att ta fram, med ett liknande ansökningsförfarande som utförs nationellt.

1.9.2. Testikelcancer

Nuläge

Testiscancer behandlas primärt med operativt bortagande av testikeln (orkidektomi). Patienterna identifieras på samtliga urologiska mottagningar i regionen och primärutredning samt primäroperation utförs på länssjukhusen och några länsdelsjukhus. När diagnos finns remitteras patienterna till onkologisk enhet i Sundsvall eller Umeå, för onkologisk tilläggsterapi.

Det finns en nationell strävan att samtliga patienter ska erbjudas spermieinfrysning före operation, erbjudas testikelprotesinläggning, samt kunna genomgå biopsier av den andra, friska sidan vid samma tillfälle som primäroperation av tumören sker. Detta sker i låg utsträckning i regionen idag.

Förändringar

Primäroperationer (orkidektomi) bör centraliseras till länssjukhusen och åtgärder vidtas för att nå de nationella målen avseende spermieinfrysning, testikelprotesinläggning och biopsitagning vid primäroperation.

Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer har utretts avseende nationell nivåstrukturerings. Våren 2016 har ett remissförslag lagts om att denna behandling ska utföras vid två nationella vårdenheter i landet. Regionen har samlat ställt sig bakom remissen och har inte ansökt om att vara ett nationellt centrum för åtgärden. Dessa patienter (ca 2 per år) kommer att skickas till ett nationellt centrum utanför regionen. Sena komplikationer efter utvidgad lymfkörtelutrymning kommer att kunna skötas vid de två enheter i regionen som ingår i det regionala cystektomiteamet.

Under 2017 inför SVF för testikelcancer. Vilka konsekvenser detta får för regionen är oklart i dagsläget.

1.9.3. Tumörer i njuren

Nuläge

Njurcancer (renalt adenocarcinom) är den vanligaste maligna tumören i njurvävnaden, och ca 100 patienter med diagnosen opereras årligen i regionen. Utöver njurcancer finns det andra ovanligare tumörformer i njuren, som i första hand urotelial njurbäckencancer.

Primärutredningar med röntgendiagnostik sker vid samtliga urologiska slutenvårdsenheter i regionen. Utredning med uretärskopi och kirurgisk behandling (nefrektomi, borttagande av njure) sker huvudsakligen på fyra enheter i regionen, länssjukhusen och Nus. Enstaka operationer har de senaste åren även gjorts i Örnsköldsvik.

Patienter med urotelial uretär- och njurbäckencancer (ca 30 per år i regionen) behandlas i första hand kirurgiskt med nefroureterektomi (borttagande av njure plus urinledare) på länssjukhusen och på Nus.

Patienter som har en metastaserad sjukdom och behöver cytostatikaterapi behandlas på onkologiklinik i Sundsvall eller Umeå.

Förändringar

Njurcancer har utretts avseende nationell nivåstrukturerings. Våren 2016 har ett remissförslag lagts om att kirurgisk behandling av njurcancer med avancerade tumörer, såsom tromb i vena cava (stora hålvenen) och/eller överväxt på intilliggande organ, ska utföras vid en vårdenhet i varje sjukvårdsregion. All övrig kirurgisk behandling av njurcancer föreslås enligt remissen utföras vid vårdenheter som utför minst 50 operationer per år. Regional MDK föreslås inrättas i varje sjukvårdsregion och den regionala samordningen av njurcancerkirurgin föreslås utvärderas efter två år, med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

Regionen stödjer i sitt samlade svar att operationer vid tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ, ska utföras på Nus, vilket sker redan idag. Stöd ges även för en regional MDK. Däremot motsätter sig regionen att all övrig kirurgisk behandling av njurcancer ska utföras vid vårdenheter som utför minst 50 operationer. Med ca 100 patienter som årligen opereras i regionen nås inte den volymen på alla länssjukhus. Det regionala chefssamrådet för cancervården och RCC Norrs styrgrupp föreslår att njurcanceroperationer även fortsättningsvis kan utföras på alla länssjukhus i regionen, men styrgruppen kommer årligen att följa upp regionens volymer av samtliga canceroperationer på landstingsnivå. Vid låga operationsvolymer (någonstans under 20/år) bör regionens organisation av verksamheten ses över. Inga njurcanceroperationer ska ske på länsdelssjukhus.

Under 2017 inför SVF för njurcancer. Vilka konsekvenser detta får för regionen är oklart i dagsläget.

För urotelial uretär- och njurbäckencancer bör ett gemensamt regionalt operationsteam bildas. Antalet enheter som opererar nefroureterektomi, och i vissa enstaka fall lokal uretärresektion, bör ses över och minskas till högst tre och lägst två i regionen.

1.9.4. Cancer i urinblåsan

Nuläge

Primär diagnos och transuretral resektion (TURb, där tumörvävnaden opereras bort med hjälp av ett särskilt operationscystoskop) sker på samtliga slutenvårdsenheter i regionen. Sedan hösten 2015 ska utredningarna ske enligt SVF, för alla patienter med alarmsymtom makrohaturi (synligt blod i urinen), samt då misstanke om urinblåsecancer eller tumör i övre urinvägarna uppstår vid bilddiagnostik eller cystoskopi i samband med annan utredning.

Av de ca 240 patienter i regionen som årligen insjuknar i urinblåsecancer har totalt ca 45-50 personer behov av avancerad högspecialiserad kirurgi och eftervård i form av cystektomi (borttagande av urinblåsan) och urinavledning. Detta utförs idag inom ramen för ett gemensamt regionalt cystektomiteam, där cystektomierna utförs vid Nus (ca 30-35/år) och i Sundsvall (ca 12-15/år). Teamet bedriver gemensam verksamhet inom sjukvård (cystektomier), utbildning (regionalt och nationellt), kliniska rutiner och driver nationell spjutspetsforskning på området urinblåsecancer. Nyckelkompetens finns vid båda sjukhusen, vissa specialister är verksamma på båda orterna och patienterna diskuteras en gång per vecka på regional MDK.

Merparten av de cystektomerade patienterna med muskelinvasiv urinblåsecancer får preoperativ (neoadjuvant) cytostatikabehandling vid onkologiklinikerna i Umeå eller Sundsvall.

I regionen finns årligen 5-10 patienter med avancerad urinblåsecancer som saknar medicinska förutsättningar för avancerad kirurgi. Vissa av dessa får i stället kurativt syftande strålbehandling, andra erhåller palliativ strålbehandling eller endast palliativ kirurgi vid behov.

Patienter med icke-muskelinvasiv urinblåsecancer indelas i två grupper, med låg respektive hög risk. Så länge sjukdomen inte försämras följs dessa upp och/eller behandlas vid regionens samtliga urologiska slutenvårdsenheter.

Förändringar

Cystektomier har utretts avseende nationell nivåstrukturerings. Våren 2016 har ett remissförslag lagts om att ingreppet ska utföras vid en vårdenheter i varje sjukvårdsregion. Regionen

stödjer förslaget, med förbehållet att verksamheten som bedrivs av det etablerade regionala cystektomiteamet ses som en regiongemensam vårdenhhet. Det innebär att ingen förändring planeras av regionens cystektomiverksamhet.

Att SVF har införts påverkar inte den regionala nivåstruktureringen. Däremot kvarstår i vissa fall behov av att lokalt inom landstinget klargöra hur delar av vårdförloppet ska organiseras.

1.9.5. Peniscancer

Nuläge

Patienterna identifieras på samtliga urologiska mottagningar i regionen och remitteras till Nus för primärbedömning. Patienterna diskuteras på nationell MDK. Kurativt syftande kirurgisk behandling av peniscancer är sedan 2015 nationellt nivåstrukturerat till två vårdenheter i landet, Örebro och Skånes universitetssjukhus. Eventuell onkologisk terapi erbjuds dock vid de onkologiska klinikerna i Sundsvall eller Umeå.

Förändringar

Ingen förändring av den nationella eller regionala nivåstruktureringen är aktuell. Den kirurgiska kompetensen att hantera komplikationer efter kirurgi vid de nationella vårdenhetererna kommer inom de närmaste åren att utarmas i regionen. Därför bör 1-2 yngre urologer från regionen ges tillfälle att i regelbundna perioder aktivt auskultera vid de två nationella centra som bedriver denna kirurgi.

Under 2017 inför SVF för peniscancer. Vilka konsekvenser detta får för regionen är oklart i dagsläget.

1.10. Ögontumörer

Behandlingen är redan idag samlad till nationell nivå.

1.11. Lymfom/hematologiska maligniteter (blodcancer)

Nuläge

Blodcancer omfattar många olika sjukdomar. Flertalet behandlas på länssjukhusen och vissa länsdelssjukhus. Akut lymfatisk leukemi (ALL) behandlas på Nus och i Sundsvall, akut myeloisk leukemi (AML) behandlas förutom på dessa sjukhus även i Sunderbyn. Alla stamcellstransplantationer, både de med donerade stamceller (allogena) och de med patientens egna stamceller (autologa) görs på Nus. De patienter med myelom eller lymfom som ges högdosbehandling med stamcellsstöd (transplantation med egna stamceller) får behandlingen på Nus. Skörd av egna stamceller görs i Sundsvall och på Nus. Eftervården av myelom- och lymfopatienter efter högdosbehandling med stamcellsstöd sker i Sundsvall, Sunderbyn och på Nus. Efter allogena transplantationer sker eftervård och kontroller på Nus.

Vissa myelompatienter får cytostatikabehandling vid vårdcentraler i VLL och NLL, på ordination av hematolog.

Strålbehandling i botande syfte sker på Nus, eller i Sundsvall i samråd med Nus. Palliativ strålbehandling sker på Nus och i Sundsvall.

SVF för AML infördes 2015.

Förändringar

PET-CT som del i utredning och behandlingsutvärdering rekommenderas för allt fler patientgrupper. PET-CT ökar kvaliteten i diagnostiken och innebär att benmärgsbiopsi kan undvikas, vilket är positivt för patienten. Tillgången till PET-CT behöver öka för patienter från hela regionen.

Telemedicinska mottagningar bör byggas ut ytterligare och införas i hela regionen.

Behovet av centralisering av behandlingar och utredningar är till stor del beroende av personella resurser. Med SVF tydliggörs kraven på en snabb utredning med korta ledtider, vilket kräver tillgång till hematologer, kontaktsjuksköterskor och övriga kringresurser. Där det finns för få hematologer, eller där brist på bild- och funktionsmedicin eller operationsmöjligheter gör att utredningen försenas, måste patienter som annars kunde behandlats på hemorten remitteras. I dagsläget kan Östersund inte behandla AML eller eftervårda patienter efter autologa transplantationer, då antalet specialister är för få för en beredskapsjourlinje. Med fler hematologer i Östersund skulle fler patientgrupper kunna behandlas och vårdas där.

Under 2016 införs SVF för myelom och lymfom. För ALL samt kronisk lymfatisk leukemi (KLL) införs SVF 2017.

1.12. Barnonkologi

Nuläge

Årligen insjuknar ca 30-40 barn i regionen i någon form av cancersjukdom. När misstanke om cancer väckts kommer med få undantag patienterna snabbt till Nus för vidare utredning och säkerställande av diagnos. I majoriteten av fallen inleds behandlingen på Nus. Delar av den fortsatta behandlingen kan i många fall ges på länsjukhus, och viss provtagning sker i primärvården. Behandling av infektionskomplikationer mellan cytostatikabehandlingar sker ofta på länsdelssjukhus.

En informell nationell nivåstrukturerad av ovanliga och komplicerade åtgärder har utvecklats inom landets barncancervård. Bland de åtgärder som idag remitteras till ett barnonkologiskt centrum utanför regionen finns kirurgisk behandling av levertumörer, Wilms tumör (en njurcancerform som främst drabbar små barn), neuroblastom (en cancersjukdom som främst drabbar små barn och som har sitt ursprung i det sympatiska nervsystemet) och komplicerade CNS-tumörer. Allogena stamcellstransplantationer, samt stamcellsskörd med därpå följande högdosbehandling av små barn, sker utanför regionen. Även vissa prov för genetisk diagnostik skickas utanför regionen.

Förändringar

Utförande av speciella biopsier vid diagnostik av svåråtkomliga tumörer bör centraliseras till ett fåtal nationella centrum, för förbättrad diagnostik och minskade komplikationsrisker. Det gäller även bedömning av vissa histologiska preparat. All sarkomkirurgi på växande barn bör centraliseras nationellt.

Fler patienter kan få protonstrålbehandling genom öppnandet av Skandionkliniken i Uppsala.

Ett nationellt rehabiliteringscentrum bör inrättas för barn och ungdomar med behov av rehabilitering efter cancerbehandling.

Det finns behov av större decentralisering av viss hemsjukvård, inte minst palliativ vård, till främst länssjukvårds- och primärvårdsnivå, och ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun måste vara tydlig.

1.13. Cancerrehabilitering

Cancerrehabilitering är ett paraplybegrepp för åtgärder som utförs av flera professioner, med syfte att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancersjukdom och dess behandling. Alla cancerpatienter kan förmodas ha behov av cancerrehabilitering i varierande omfattning. Rehabiliteringsinsatserna ska ge patient och närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt. Det är aktuellt från det att patienten får sin diagnos, i vissa fall även under utredningsfasen, under och efter behandlingen, i en kronisk fas och under palliation. Rehabiliteringsbehovet ska bedömas kontinuerligt under hela förloppet.

Cancerrehabilitering innebär ett multiprofessionellt arbetssätt, där sjukvårds- och rehabiliteringsprofessioner samverkar. Många yrkesgrupper är specialiserade inom området, som kuratorer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, logopedier, psykologer, psykoterapeuter med flera. Vid behov av mer avancerade rehabiliteringsåtgärder behövs samarbete mellan flera yrkesprofessioner.

Cancerrehabilitering måste kunna erbjudas oavsett om patienten vårdas på region-, läns- eller länsdelsjukhus eller i hemmet.

Nuläge

Det finns stora skillnader i hur cancerrehabilitering organiseras och bedrivs i regionen. Vem som har rehabiliteringsansvar för patienten varierar beroende på geografi, landstingets organisation, sjukdomsbild och om de har en aktiv behandling eller inte. En patient kan skötas av många specialiteter och rehabiliteringsansvaret kan vara oklart, både för inblandande vårdenheter och för patienten. Resurser för cancerrehabilitering finns i varierande grad på regionens sjukhus, men beskrivs ofta vara otillräckliga för att möta behoven hos patienter och närstående. En övergripande struktur och organisation för cancerrehabilitering saknas, såväl inom regionen som inom landstingen.

Förändringar

För att säkerställa en jämlik cancerrehabilitering behöver det på landstingsnivå tas beslut om hur cancerrehabilitering ska organiseras och bedrivas. De specifika rehabiliteringsbehoven behöver tydliggöras inom varje vårdprocess. En struktur för hur dessa behov handläggs behöver skapas, så att aktuell rehabiliteringsprofession kopplas in i rätt tid.

Skapa klinikbundna sjukvårdsteam och landstingsövergripande rehabiliteringsteam

För grundläggande cancerrehabilitering bör varje klinik som behandlar cancerpatienter ha ett sjukvårdsteam med särskilt ansvar för cancerrehabilitering, bestående av kontaktsjuksköterska, läkare och eventuellt undersköterska. Vid särskilda behov kompletteras teamet med insatser från lämplig rehabiliteringsprofession i form av handledning eller konsultation. Klinikerna behöver ha aktuell kunskap om vilken rehabiliteringspersonal som finns att tillgå för konsultation. För mer avancerade behov bör varje landsting organisera multidisciplinära rehabiliteringsteam, med tillgång till psykiatrisk specialistkompetens.

Inrätta ett nätverksbaserat regionalt bäckenrehabiliteringscentrum

Ett projekt pågår för att inrätta ett nätverksbaserat regionalt bäckenrehabiliteringcentrum, för utredning och omhändertagande av patienter med specifika problem i bäckenområdet. Förslag till organisation av ett sådant centrum presenteras i slutet av 2016. En regional MDK för bäckenrehabilitering föreslås inrättas. Regiongemensamma utbildningar i området behövs. Vissa komplexa korrigerande operationer bör centraliseras regionalt. Även vissa behandlingar kan ske vid färre sjukhus än i varje landsting, såsom sakral stimulering, där aktiviteten i urinblåsans nerver modifieras via en implanterad elektrod i anslutning till nervernas utträde från korsryggen.

Många cancerbehandlingar kan ge en funktionell sexuell nedsättning som biverkan och dessa patienter kan ha behov av sexuell rådgivning. Ett sexologiskt centrum finns vid Nus, dit patienter med sexologisk problematik kan remitteras från hela regionen. Utbildning för att höja den allmänna kunskapsnivån inom sexologi hos läkare, kontaktsjuksköterskor och rehabiliteringspersonal vid regionens kirurgi-, urologi- och kvinnokliniker behövs. Tillgång till sexologisk kompetens bör finnas på varje länssjukhus och rutiner då skapas för när det i regionen är aktuellt att remittera till sexologisk enhet.

Skapa rutiner för att förebygga och behandla lymfödem

Lymfterapeuter finns i varje landssting/region. Rutiner behövs för att patienter med ökad risk för lymfödem ska få information om egenvårdsråd och om när de ska söka sjukvård.

Öka tillgång till uroterapeuter

Uroterapeuter finns i varje landssting/region. Rutiner behövs för att patienter med uroteliala problem ska få information om egenvårdsråd och om när de ska söka sjukvård. Prostatacancerpatienter har tillgång till uroterapeut inför kurativ behandling, men det behövs även för icke-kurativa patienter som många gånger har likartade problem.

Skapa regionala rutiner för att säkerställa att aktuella patienter får råd och åtgärder avseende fertilitet

De patienter som berörs behöver komma i kontakt med fertilitetscentrum för adekvat omhändertagande. Hela regionen kan remittera till fertilitetscentrum vid IVF-kliniken vid Nus.

Skapa rutiner för att uppmärksamma minderåriga barns behov

Sjukvården har ett lagstiftat ansvar att uppmärksamma minderåriga barns behov av information, råd och stöd, då en vuxen familjemedlem drabbas av svår sjukdom eller skada. Den webbutbildning som Nationellt Kompetenscentrum för anhöriga tagit fram, <http://www.anhoriga.se/anhorigomraden/barn-som-anhoriga/webbutbildning/> rekommenderas för att utarbeta rutiner inom området på kliniknivå.

Genomför regionala utbildningsinsatser och skapa regionala nätverk

En ökad grundkunskap inom området krävs för att säkerställa att patienten och närstående erbjuds cancerrehabilitering på grundnivå. Landstingen bör samarbeta kring utbildningsinsatser för att skapa en gemensam kunskapsbas. Regionala nätverk utifrån diagnos- och/eller yrkestillhörighet efterfrågas och behöver skapas, för erfarenhetsutbyte, fortbildning och gemensamt förbättringsarbete.

1.14. Palliativ vård

Regionens målsättning är att varje obotligt sjuk och döende person ska erhålla palliativ vård utifrån sina behov oavsett diagnos, ålder, bostadsort och vårdenhet. Patienterna bör få dessa

behov tillgodosedda så nära hemmet som möjligt. Strukturella förutsättningar för detta är bland annat att det över hela regionens yta finns tillgång till

- sjuksköterske- och läkarkompetens inom allmän palliativ vård dygnet runt
- arbetsterapeut och sjukgymnast kontorstid
- specialiserad palliativ kompetens (läkare, sjuksköterska, psykosocial kompetens)

Ytterligare ett antal centraliserade kompetenser och resurser behöver tillförsäkras genom välfungerande handläggning och transporter inom regionen.

Nuläge

Specialiserade palliativa team kan ha olika nivåer:

Nivå 1 - teamets arbetar huvudsakligen med palliativa patienter och deras familjer.

Nivå 2 - teamet har minst en läkare som är diplomerad/specialist i palliativ medicin samt en sjuksköterska som är diplomerad/specialist i palliativ omvårdnad.

Nivå 3 - teamet bedriver både palliativ konsultverksamhet och specialiserad hemsjukvård och/eller specialiserad palliativ slutenvård

Nivå 4 - teamet har även en psykosocial kompetens anställd på teamet och deltar aktivt i verksamhetsförlagd specialistutbildning av läkare och sjuksköterskor

Nivå 5 - teamet deltar även i palliativ forskning och deltar i grundutbildningen av läkare och sjuksköterskor

I nuläget finns följande kompetensnivå vid regionens sjukhus:

NLL: Piteå nivå 3, Sunderbyn, Kalix, Gällivare och Kiruna nivå 1

VLL: Nus nivå 4, Skellefteå nivå 3 och Lycksele nivå 2

LVN: Samtliga sjukhus nivå 3

RegionJH: Östersund nivå 5

Palliativa rådgivningsteam/konsultteam ökar möjligheterna för patienterna att vårdas nära hemmet, men ändå kunna få specialiserat palliativt kompetensstöd. Det saknas delvis i LVN. Palliativa hemsjukvårdsteam saknas i NLL.

I regionen finns idag två hospice, i Umeå och Sundsvall. Vid långa avstånd till hospice är palliativa slutenvårdsplatser på det lokala sjukhuset ett alternativ. Sådana platser saknas i Region JH och delvis i LVN (finns endast i Sundsvall) och VLL (finns endast i Umeå).

Vid smärta som kräver åtgärder i form av blockader och/eller läkemedelstillförsel intill ryggmärgen krävs anesthesiologisk smärtkompetens. Denna kompetens saknas vid flera länsdels-sjukhus och är sårbar vid länssjukhusen i Sundsvall och Östersund.

Ryggortopedisk kompetens krävs vid akut ryggmärgspåverkan där tumörväxten påverkar ryggmärgen och patienten därmed löper akut risk att bli förlamad i underkropp och ben. Urakut handläggning inbegripande ortopedkirurgisk avlastning krävs. Kompetens för detta finns på Nus, även jourtid året runt, men bemanningssituationen är skör.

Förändringar

Varje landsting/region behöver ha ett specialiserat palliativt team som är certifierat på minst nivå 4 och helst nivå 5. Varje sjukhus bör ha ett team som är certifierat på nivå 3. Alla regionens invånare bör oavsett bostadort, diagnos, vårdnivå och ålder ha tillgång till en specialiserad enhet med minst certifieringsnivå 2.

En regional jourlinje med palliativmedicinsk läkarkompetens bör inrättas. Jouren ska vara tillgänglig per telefon dygnet runt hela året och kunna kontaktas av legitimerad personal vid regionens sjukhus och kommunala vårdformer. Tillgång till patientjournaler och säkerställda dokumentationsrutiner över länsgränserna är en förutsättning.

Där anesthesiologisk smärtkompetens saknas lokalt behöver rutiner skapas för transport av behövande patienter, alternativt att läkarkompetensen görs mobil vid behov.

Kompetensen för ryggortopedisk operation vid akut ryggmärgspåverkan på Nus måste antingen säkerställas så att ingreppet alltid kan ske vid akuta behov, alternativt behöver dessa operationer kunna utföras på minst ett ytterligare sjukhus i regionen.

Kompetens för stentning av gallvägar, matstrupe, magsäck, tjock- och ändtarm måste finnas på minst ett sjukhus per län. Stentning av luftvägarna måste kunna utföras på minst ett ställe i regionen. Snabb handläggning krävs.

Vissa specialiserade palliativa kirurgiska åtgärder, såsom komplicerad fistelkirurgi, bör centraliseras till en enhet i regionen.

2 Bakgrund

2.1. Krav på nationell och regional nivåstrukturering av cancervården

Med nivåstrukturering menas att man beslutar vem som gör vad, både vad gäller utredning, diagnostik, kirurgi och medicinsk behandling av cancerpatienter. I utredningen *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) påtalades att en tydlig svaghet med den svenska cancervården är att den är splittrad och att det krävs en tydligare ansvarsuppdelning mellan sjukhusen inom varje sjukvårdsregion för att uppnå en tillräcklig koncentration av såväl patienter som resurser och kompetenser. För diagnoser som är ovanliga, eller har behov av särskilt komplexa teknologier eller kompetens för behandling, behövs ett stort befolkningsunderlag för att få tillräcklig kunskap och för att god klinisk forskning ska vara möjlig. I dessa fall är det aktuellt med en nationell nivåstrukturering, som innebär att vissa åtgärder inom dessa diagnoser koncentreras till något eller några få sjukhus i landet. Att en sådan koncentration behövs är även en slutsats i den utredning avseende högspecialiserad vård, *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa* (SOU 2015:98), som publicerades i november 2015.

I Socialdepartementets kriterier för regionala cancercentrum (RCC) ingår att utarbeta en plan för nivåstrukturering av cancervården i sjukvårdsregionen och att stödja arbetet med att implementera planen. Sådana planer skulle vara utarbetade inom två år från RCC-starten, vilket också gjordes i norra sjukvårdsregionen, där en första regional nivåstruktureringsplan för cancervården fastställdes 2013. Den fortlöpande utvecklingen av cancervården medför ett behov av uppdatering av den planen.

2.2. Aktuell nationell nivåstrukturering av cancervården

Ett arbete kring nationell nivåstrukturering av cancervården pågår inom ramen för RCC i samverkan, se <http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/nivastrukturering/>. Efter beredning inom RCC i samverkan fattade landets samtliga landsting och regioner år

2014 beslut om nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid peniscancer till två sjukhus i landet.

I juni 2016 har landets samtliga landsting/regioner beslutat om nationell nivåstrukturering av ytterligare sex åtgärder inom cancerområdet:

- Kurativt syftande kirurgi för matstrupscancer vid definierade, ovanligare och komplicerade tillstånd ska utföras vid två nationella vårdenheter.
- Kurativt syftande radiokemoterapi vid analcancer ska utföras vid fyra nationella vårdenheter. Kirurgi vid analcancer ska utföras vid två nationella vårdenheter.
- Kurativt syftande behandling av vulvacancer ska utföras vid fyra nationella vårdenheter.
- Isolerad hyperterm perfusion (se 1.6) ska utföras vid en nationell vårdenhet.
- Cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan (en behandling med omfattande kirurgi samt tillförsel av cytostatika lokalt i buken) ska utföras vid fyra nationella vårdenheter.

Av ovanstående åtgärder kommer kurativt syftande radiokemoterapi vid analcancer att utföras vid Nus, som ett av fyra nationella centrum. För övriga åtgärder kommer patienter från och med 2017 att skickas till vårdenheter utanför regionen. I många fall får berörda patienter redan idag aktuell behandling utanför regionen.

Ytterligare ett antal åtgärder har utretts avseende nationell nivåstrukturering. Våren 2016 har landstingen besvarat en remiss avseende nationell och regional nivåstrukturering av

- Lever- och gallvägscancer
- Bukspottkörtelcancer
- Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- Äggstockscancer
- Njurcancer
- Cystektomi vid urinblåsecancer

Regionens ställningstagande till remissen finns i denna plan redovisad under respektive diagnos.

Nationell nivåstruktureringen påverkar även det regionala arbetet inom berörda områden. Sannolikt kommer ytterligare diagnoser och åtgärder att diskuteras avseende nationell nivåstrukturering inom tidsrymden för denna regionala plan.

2.3. Regionala konsekvenser av nationell nivåstrukturering av cancervården

Syftet med nationell nivåstrukturering är att alla cancerpatienter ska få en jämlik vård av hög kvalitet även vid ovanliga diagnoser och avancerade behandlingar. Den nationella nivåstruktureringen omfattar vissa avgränsade åtgärder i en vårdkedja, medan övriga delar av patientens vårdkedjan ska hanteras regionalt och/eller lokalt. En väl fungerande samverkan mellan den nationella vårdenheten och övriga enheter som utreder, vårdar och följer upp patienten är avgörande för god vård.

När behandlingen för patienter med en viss cancerdiagnos flyttas från regionen riskerar den diagnosspecifika kompetensen att successivt försvinna. Det är viktigt att tillse att kompetens för att behandla komplikationer efter behandlingar och kompetens för det palliativa skedet

finns kvar i patientens närområde. Det kan möjliggöras genom utbildning i samverkan med nationell vårdenhet, deltagande i nationella MDK samt auskultationer vid vårdkliniker som bedriver behandling.

När en åtgärd nationellt koncentreras till vårdenheter utanför regionen bör kostnadsökningar beräknas då regionvård upphör och ersätts av rikssjukvård. Detta gäller såväl vårdinsatsen som resor och boende. Avståndet och transportmöjligheten till det behandlande centrumet kommer att få konsekvenser för patient och närstående. Det ställer krav på individualiserad reseservice och varje huvudman i regionen måste upprätta en plan för detta. Om närstående ges möjlighet att vara med under behandlingen skulle detta vara en resurs för både sjukvården och patienten.

2.4. Process för beslut om nivåstrukturering av cancervården i norra regionen

Processen utarbetande och beslut om denna regionala nivåstruktureringsplan beskrivs översiktligt i Bild 1.

I september 2015 fick processledarna och deras regionala processarbetsgrupper i uppdrag att se över nivåstruktureringen inom sina respektive områden, utgående från den föregående regionala nivåstruktureringsplanen från 2013. Fokus för den planen var i huvudsak kirurgisk och i viss mån onkologisk behandling. I det nya uppdraget ingick att se över hela vårdkedjan, inklusive diagnostik, rehabilitering och palliativ vård. Det omfattade även att belysa om det finns små diagnoser, eller specifika undergrupper inom en diagnos, där vårdkedjan är nivåstrukturerad på ett särskilt eller där det finns särskilda behov av en förändrad nivåstrukturering. Processarbetsgrupperna utarbetade underlag till i december 2015. Dessa finns i bilaga 1.

Under våren 2016 pågick en process avseende nationell nivåstrukturering av vissa åtgärder, se avsnitt 2.2. Resultatet av regionens beredning av aktuella remisser inväntades innan denna plan sammanställdes.

Under augusti-september 2016 diskuterades planen i chefssamrådet för cancervården i norra regionen samt i RCC Norrs styrgrupp, och patientrådet och de regionala processledarna fick lämna synpunkter. Planen presenterades därefter för direktionen för Norrlandstingens regionförbund, som fastställde den 21 september 2016.

Planen ska vara genomförd 2019, och då görs även en uppföljning av planen där avvikelser analyseras med avseende på anledningen till avvikelserna. En revidering av planen planeras genomföras under 2020.

Förbundsdirektionen beslutar om nivåstrukturering inom cancervård som inte ges i varje landsting. För lokal nivåstrukturering krävs landstingsinterna nivåstruktureringsarbeten parallellt med att beslut om nivåstrukturering fattas på regional nivå.

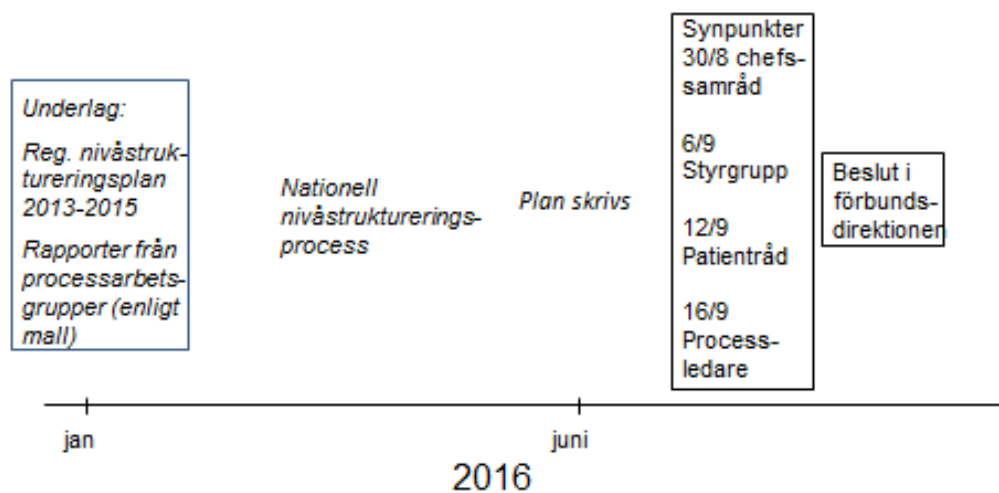


Bild 1. Process för beslut om nivåstrukturering av cancervården i norra regionen.

3 Bilaga

Bilaga 1. Nivåstrukturering i norra regionen – samlade underlag från de regionala processarbetsgrupperna

Bilaga 1 Nivåstrukturering i norra regionen – samlade underlag från de regionala processarbetsgrupperna till den regionala nivåstruktureringsplanen 2016-2018

Innehållsförteckning

Uppdrag till de regionala processarbetsgrupperna att utarbeta underlag	2
Mall för underlagen	2
Diagnos-/områdesspecifika underlag	4
1.1. Huvud-halstumörer	4
1.1.1. Huvud- och halscancer (HHC)	4
1.1.2. Tumörer i det centrala nervsystemet (hjärnan, förlängda märgen samt ryggmärgen)	6
1.2. Endokrina tumörer	8
1.3. Tumörer i magtarmkanalen	12
1.3.1. Övre gastrointestinala tumörer: cancer i matstrupe (esofagus) och magsäck (ventrikel), lever-, gallblåse- och gallgångstumörer samt pancreas- (bukspottkörtel-) och periampullär cancer (tumörer vid gallgångens mynning i tolvfingertarmen)	12
1.4. Tumörer i lunga och lungsäck (pleura)	15
1.5. Ben- och mjukdelstumörer (sarkom)	16
1.6. Hudtumörer	20
1.7. Bröstcancer	23
1.8. Gynekologiska tumörer (samtliga tumörformer)	24
Vulvacancer	25
Ovarialcancer	26
Cervixcancer	27
Corpuscancer	27
1.8.1. Cervixcancerprevention	32
1.9. Urologiska tumörer	34
1.9.1. Prostatacancer	34
1.9.2. Urologiska tumörer utom prostatacancer (underlag omfattande urinblåsecancer, urotelial uretär- och njurbäckencancer, peniscancer och testiscancer)	40
Urinblåsecancer	40
Urotelial uretär- och njurbäckencancer	44
Peniscancer	45
Testiscancer	46
1.10. Ögontumörer	49
1.11. Lymfom/hematologiska maligniteter (blodcancer)	49
1.12. Barnonkologi	52

1.13. Cancerrehabilitering	56
1.14. Palliativ vård	62

Uppdrag till de regionala processarbetsgrupperna att utarbeta underlag

I september 2015 fick processledarna och deras regionala processarbetsgrupper i uppdrag att se över nivåstruktureringen inom sina respektive områden, utgående från den föregående regionala nivåstruktureringsplanen från 2013. Processarbetsgrupperna gjorde för sina respektive områden en översyn av hela vårdkedjan i regionen, inklusive diagnostik, rehabilitering och palliativ vård. Underlag till den regionala planen utarbetades enligt nedanstående mall till i december 2015. Under våren 2016 pågick en process avseende nationell nivåstrukturering av vissa åtgärder. Resultatet av regionens beredning av aktuella remisser inväntades innan den regionala nivåstruktureringsplanen sammanställdes, och där så är relevant har de diagnos-specifika underlagen uppdaterats med hänsyn till den nationella nivåstruktureringen.

För varje diagnos/område har processarbetsgrupperna beskrivit nuvarande nivåstrukturering av patientens vårdkedja, inom respektive landsting, inom regionen och nationellt. Förslag till förändringar i handläggning redovisas och konsekvenser av dessa beskrivs.

Mall för underlagen

Nulägesbeskrivning

1. Hur många patienter insjuknar årligen inom diagnosen/området i regionen?
Om området omfattar flera diagnoser, ange volymer för respektive diagnos.
2. Beskriv var de olika delarna av patientens vårdkedja sker idag. Vilka åtgärder görs
 - a) inom respektive landsting?
 - b) centraliserat inom regionen?
 - c) utanför regionen? Om patienter skickas utanför regionen för vissa åtgärder, till vilka sjukhus skickas de?

Beakta hela vårdkedjan, inklusive utredning, diagnostik, behandling (kirurgisk, medicinsk och onkologisk) och cancerrehabilitering. Finns det små diagnosgrupper inom området eller undergrupper inom någon diagnos där vårdkedjan är nivåstrukturerad på ett särskilt sätt? Beskriv i sådana fall detta och ange patientvolymer.

Förslag till förändringar

Beskriv nedan vilka förändringar vad gäller nivåstrukturering inom er diagnos som ni ser som rimliga inom de närmaste 5 åren.

Motivera tydligt varje föreslagen förändring, t.ex. resursskäl, kvalitetsskäl, bristande följsamhet till vårdprogram, nya metoder eller utvecklingssteg som kräver koncentrerad forskning, metoder som etablerats tillräckligt för att möjliggöra spridning, förutsebara närliggande förändringar beträffande sjukdomens diagnostik och behandling etc.

3. Finns det behov av koncentrerad på regional eller nationell nivå inom
 - a) utredning/diagnostik?
 - b) kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling?

c) cancerrehabiliterande åtgärder?

Beakta både kurativt syftande och palliativ vård. Finns det små diagnosgrupper inom området eller undergrupper inom någon diagnos med särskilda behov av koncentrerad insatser?

4. Motivering till de förändringar som föreslås ovan i punkt 3:

5. Finns det behov av ökad decentralisering av någon del i vårdkedjan?

Beakta både kurativt syftande och palliativ vård. Finns det små diagnosgrupper inom området eller undergrupper inom någon diagnos med särskilda behov av decentralisering av vissa insatser?

6. Motivering till de förändringar som föreslås ovan i punkt 5:

Konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar

För varje föreslagen förändring ange både eventuella för- och nackdelar. Beskriv konsekvenserna både ur ett a) patient- och närståendeperspektiv och b) organisatoriskt vårdperspektiv, både för vårdenhet(er) som enligt förslaget skulle få ett utökat uppdrag för vissa vårdinsatser och för vårdenheter som skulle lämna ifrån sig dessa insatser.

4. Konsekvenser för screeningprogram (om sådant finns eller är planerat för diagnosen)

5. Konsekvenser för diagnostik vid primärvård och sjukhus

6. Konsekvenser för operativ behandling, såväl akut som elektiv

7. Konsekvenser för icke-operativa behandlingsmetoder, t.ex. strålbehandling

8. Konsekvenser för neoadjuvant/adjuvant behandling

9. Konsekvenser för cancerrehabilitering

10. Konsekvenser för handläggande av komplikationer

a) tidiga komplikationer (under vårdtiden)

b) sena komplikationer (efter avslutad vårdepisod)

11. Konsekvenser för uppföljning och kontroll, inklusive registrering i kvalitetsregister

12. Konsekvenser för diagnostik och behandling vid återinsjuknande

13. Konsekvenser för palliativ vård

14. Strukturella helhetskonsekvenser (för primärvård, länsdelssjukhus, länssjukhus och regionsjukhus)

15. Behov av investeringar

16. Behov av utbildningsinsatser

17. Övriga ekonomiska konsekvenser, t.ex. resor, ambulans/flygtransporter, utomlänskostnader, uppbyggnad av enheter som inte finns idag eller som är otillräckligt dimensionerade

18. Övriga konsekvenser

Diagnos-/områdesspecifika underlag

1.1. Huvud-halstumörer

1.1.1. Huvud- och halscancer (HHC)

Nuläge

2014 insjuknade 124 nya patienter i norra regionen

Sedan 2012 finns inom regionen en gemensamt framtagna rutin för utredning av patienter med misstanke om huvud- och halscancer, HHC. Två flöden finns framtagna, ett *snabbflöde* och ett *förenklat flöde*. Behandling sker vid Norrlands universitetssjukhus (Nus), ÖNH-kliniken och/eller onkologen. I och med arbetet med de två flödena gjordes en översyn och omstrukturering i var de olika delarna i vårdkedjan skulle utföras, vilket finns tydligt beskrivet i framtagna rutin. Under 2015 har arbete pågått med att skapa och införa standardiserade vårdförlopp, SVF, genom vidareutveckling av befintligt snabbspår. Patienterna följs under fem år efter avslutad behandling.

Åtgärder inom respektive landsting

Utredning: Vid misstanke om malignitet i struphuvud (larynx), verrucös cancer i munslemhinna, spottkörtlar, näsa/bihålor, körtel på halsen, läpp samt vissa avancerade hudtumörer sker utredning enligt *förenklat flöde* inom respektive landsting, vanligtvis med finnålspunktion/px (biopsitagning) och CT (datortomografiundersökning) av hals och/eller thorax. Berör ca 20 % av regionens samlade patienter.

Diagnostik: CT och finnålspunktion/px (vävnadsprovtagning för patologisk analys) utförs på samtliga sjukhus i regionen. För analys av cytologi- och patologiprover har NLL avtal med Unilab, Region JH har tillresande patolog från NUS, LVN har patolog vid Sundsvalls sjukhus, VLL vid Nus.

Behandling: Behandling sker vid Nus, kirurgisk och/eller onkologisk. Läppcancer behandlas endast i undantagsfall vid Nus. Ute i regionen finns inte HHC-specialiserad onkologi. LVN och NLL har onkologisk kompetens och i JLL är det under uppbyggnad. Palliativ behandling sköts främst av onkologen Nus, men kan ofta ges på respektive länssjukhus.

Uppföljning: Första kontrollbesöket efter avslutad behandling sker vid ÖNH, här deltar även onkologen, Nus och därefter övertas kontrollerna av ÖNH i var landsting.

Åtgärder som görs centraliserat inom regionen

Utredning: Majoriteten av regionens patienter, ca 80 %, utreds enligt *snabbflöde* (SVF) vid ÖNH-kliniken, Nus. Hit hör misstanke om cancer i nässvalget (epifarynx), munhåla (ej läpp), tunga, tungbas, tonsill, övre delen av struphuvudet ovanför stämbanden, inklusive struplocket eller struplocket som stänger av området (supraglottisk), undre svalgrummet (hypofarynx), större larynxtumörer samt vissa recidiv. Utredningspaketet består av PET-CT (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi), ultraljud med FNAC (finnålspunktion med cytologianalys) samt skopi och biopsi i narkos. Patienten är under den tiden, tre dagar, inneliggande på samvårdsenheten. För PET-CT och ultraljud med FNAC finns två förbokade tider/vecka att tillgå.

Diagnostik: Analys av cytologi- och patologiprover görs vid patologen Nus.

Behandling: Behandling sker vid Nus, kirurgisk och/eller onkologisk, även omhändertagande av recidiv. Neoadjuvant och adjuvant behandling sker vid Nus.

Uppföljning: Första kontrollbesöket efter avslutad behandling sker vid ÖNH-kliniken på Nus, där även onkologen deltar. Därefter övertas kontrollerna av ÖNH-klinikerna i respektive landsting.

Åtgärder som görs utanför regionen

Enstaka fall av sällsynta cancerformer skickas. För enstaka fall av lokalrecidiv där inre strålbehandling (brachyterapi) övervägs skickas patienter till Örebro.

Det ser något olika ut inom regionen när och hur rehabiliterande insatser startar igång. Generellt sett är en stor del av patienterna i behov av habiliteringsinsatser och i och med start av behandling följs alla patienter av dietist, tandvård, logoped samt vid behov kuratorskontakt. Dessa insatser behöver många gånger fortgå efter att patienten avslutat sin behandling och sker då inom öppenvården och inom det landsting som patienten hör hemma.

Förslag till förändringar

I och med införande av SVF, där HHC var en av de fem inledande pilotdiagnoserna, intensifierades det regionala arbetet med att se över och vidareutveckla befintliga utredningsflöden. Enligt SVF ska perioden mellan välgrundad misstanke och färdigt utredd vara genomförd inom 14 dagar. Det ovan beskrivna snabbflödet, där ca 80 % av patienterna ingår, innebär ett kraftigt tryck på de resurser som finns vid Nus. För att möjliggöra en utredningstid inom 14 dagar räcker inte befintliga mottagningstider, operations- och röntgendiagnostiska resurser fullt ut. Sedan tidigare har en decentralisering av uppföljande kontrollbesök införts. Nu planeras detta utökas med:

- a) Kontrollskopier i narkos samt ultraljud med FNAC efter avslutad behandling flyttas ut till respektive hemortssjukhus och omfattar cirka 75 % av totala patientgruppen. Provtagning från dessa undersökningar analyseras fortsättningsvis vid patologen, Nus.
- b) Efterkontroller av de patienter som genomgått onkologisk behandling som enda behandling övergår till onkologkliniken och omfattar cirka 40 % av totala patientgruppen.
- c) Stort fokus finns nu att se över och förbättra rehabilitering efter avslutad behandling, vilket innebär ett större och närmare samarbete inom hela regionen mellan främst kontaktsjuksköterska och paramedicin.
- d) Palliativa vården i regionen bör förstärkas till att omfatta patienter med HHC.
- e) Ökad tillgång till PET-CT på länssjukhusen

Motivering till de förändringar som föreslås ovan:

- a) Åtgärden frigör utrymme vid samvårdsenheten, diagnostisk radiologi, operationscentrum och kirurg för omhändertagnade av regionens patienter för utredning inom satt tidsram. LVN ”pilot”-startade under hösten -15 och under 2016 beräknas samtliga ÖNH-kliniker i regionen utföra dessa kontroller.
- b) Åtgärden frigör resurser för både nybesök samt kirurgiska ingrepp och blir resurssparande för onkologen då de idag har svårt att bemanna kontrollbesöken vid ÖNH-mottagningen.
- c) Att öka patienternas och eventuella närståendes kunskap, delaktighet och förbättra omhändertagandet från ett tidigt skede, genom hela vårdkedjan samt efter avslutad behandling.
- d) Trygghet för patient och närstående med vård nära hemmet. Kompetenshöjning på länssjukhusen.
- e) PET-CT ute i regionerna skulle möjliggöra snabbare utredningstid.

Konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar

Primärvården berörs inte. I och med utflyttning av efterkontroller till länssjukhusen frigörs resurser, samtliga professioner och specialiteter, vid Nus, vilket ses leda till kortare ledtider för utredning och start behandling. Sett över hela regionen ses inte överförandet av patienter till respektive hemortssjukhus utgöra någon väsentlig resurskrävande ökning per respektive

län. I LVN är förfarandet förankrat och påbörjat, utvärdering sker början 2016. För patienterna innebär det färre sjukresor till Nus, resor som är både tids- och orkeskrävande. Det blir minskade kostnader för patientresor och minskad utomlänskostnad.

1.1.2. Tumörer i det centrala nervsystemet (hjärnan, förlängda märgen samt ryggmärgen)

Nuläge

I Sverige diagnostiseras ungefär 1300 nya fall av tumörer i det centrala nervsystemet (CNS-tumörer) per år, vilket motsvarar 3 % av samtliga cancerfall. Av de primära hjärntumörerna utgör högmaligna gliom 35 %, meningiom 25 % och lågmaligna gliom 15 %. Det diagnostiseras 113 nya fall av hjärntumörer årligen i norra regionen om man räknar ett genomsnitt av åren 2009-2014 och använder samma inklusionskriterier som till det nationella hjärntumörsregistret. Se sida två i detta dokument för kriterierna:

http://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/hjarna/kvalitetsregister/villkor-cancerregistret-for-cns_20120913.pdf

Vårdkedja

1. Första kontakt. Patienten söker via vårdcentral eller akutmottagning.
2. Inledande undersökningar; magnetresonansundersökning (MR) av hjärnan är optimalt, men vid akut utredning där MR-undersökning inte är tillgänglig så utförs datortomografi utan och med kontrast. Granskning av radiolog med neuroradiologisk kompetens.
3. Patienten träffar neurolog eller annan specialist med adekvat kompetens för bedömning och besked om resultat av bilddiagnostik.
4. Remiss till Neurokirurgkliniken (NKK) på Nus.
5. Operationsbeslut av neurokirurg.
6. Patienten kallas till NKK.
7. Ny MR-undersökning för anatomisk kartläggning av tumörens utbredning. Eventuellt ytterligare kompletterande preoperativa förberedelser.
8. Primära hjärntumörer bör biopsas för patologisk anatomisk diagnos, PAD. Om misstanken är höggradigt gliom och tumören är åtkomlig för kirurgi opereras patienten utan föregående biopsi. Gällande lågmaligna gliom är operationsindikationen mer relativ och fler parametrar måste vägas in.
9. Postoperativ MR.
10. Postoperativ multidisciplinär konferens (MDK).
11. Behandlingsbeslut och ställningstagande till onkologisk behandling i samråd med patienten.
12. Patienten åker hem eller till hemortssjukhus i väntan på onkologisk behandling.
13. Rehabilitering.
14. Onkologisk behandling, vilket innebär strålbehandling och/eller cytostatika beroende på PAD. Om behandlingen innefattar konkomitant radiokemoterapi sker denna på Cancercentrum, Nus. Pat som tillhör LVN och som efter bedömning rekommenderas kort strålbehandling enligt äldrestudien kan i vissa fall genomföra denna i Sundsvall. Äldre patienter i nedsatt allmäntillstånd och med metylerat MGMT kan i vissa fall rekommenderas monoterapi med temozolomid och kan då erbjudas detta via hemortssjukhuset med stöd från Cancercentrum, Nus. (MGMT är en markörgen i tumören, som har betydelse för val av behandling. Ca 40 % av patienterna har den metylerade formen av MGMT.)
15. Rehabilitering.
16. Uppföljning. Via Nus eller hemortssjukhus.

17. Palliativ vård bör i största möjliga utsträckning ske på hemorten. Patienten kan antingen vårdas i hemmet, på sjukhus eller på hospice (finns dock endast i Umeå och i Sundsvall). På flera orter inom regionen finns avancerad hemsjukvård.

Förloppet för en patient med malign primär hjärntumör följer i huvudsak vårdkedjan beskriven ovan. En stor del av den primära vården är således centraliserad till Nus. Samtlig kirurgi och nästan all strålbehandling utförs på Nus. Strålbehandling kan även ges i Sundsvall efter gemensam bedömning med Nus, men det är mindre vanligt för den aktuella patientgruppen. En del cytostatikabehandling kan administreras (och ordinerar) via hemortssjukhus. Rehabilitering och vård efter given behandling sker i så stor utsträckning som möjligt på hemortssjukhus och inom primärvården. Information till inremitterande/tilltänkt övertagande klinik är en viktig del för att vårdkedjan ska fungera optimalt.

Förslag till förändringar

Decentralisering av uppföljning/kontroller

Det finns vissa variationer mellan de olika länen i regionen gällande uppföljningen med mottagningsbesök och kontroller samt fortsatt aktiv behandling efter att patienten opererats och erhållit strålbehandling. I VLL sköter onkologen uppföljningen av patientgruppen och det innebär nästan alltid att det är ett läkarbesök i samband med mottagningsbesöket. I Region JH tar neurologen i Östersund numera över ansvaret av patienterna efter avslutad strålbehandling, med Umeå endast som konsult. Umeå har behandlingsansvaret för patienterna i NLL och remitterar för adjuvant behandling. Sunderby sjukhus tar hand om en del uppföljningar, men det finns utrymme för utökad decentralisering av uppföljningar i NLL, vilket då innebär en lokal nivåstrukturering. Umeå fungerar som konsult i LVN, men nästan all uppföljning och kontroller i LVN sköts via Sundsvall och endast enstaka patienter där det råder speciella omständigheter kallas till Umeå för uppföljning.

Möjlighet till regelbunden återkoppling med onkologen via exempelvis telemedicinrond skulle kunna vara ett sätt att underlätta arbetet med decentralisering av uppföljning/kontroller.

Konsekvenser av föreslagen förändring

Den främsta anledningen till en decentralisering av uppföljning och kontroller är för att bespara patienten långa resor. Minskade resekostnader är även en ekonomisk fördel. Det som behövs är möjligheter och engagemang på främst länssjukhusen, men det kan även till viss del innefatta länsdelssjukhusen.

Rehabilitering

Det finns resurser på samtliga länssjukhus i regionen för att ta hand om cancerrehabilitering, men i många fall är resurserna begränsade, med rehabiliteringspersonal som tar hand om flera enheter på samma gång och där tiden inte räcker till. Möjlighet till tidig/akut rehabilitering för patienter som behandlas inlagda på Nus finns med klinikens paramedicinare, men då endast för den tid behandlingen pågår. En stor del av rehabiliteringen bedrivs via hemortssjukhus. Generellt finns ett problem i regionen när det gäller rehabiliteringsmöjligheter via primärvården och kommunen, då resurserna är så pass bristfälliga. Kompetensen finns, men det saknas tillräckligt med personal för att sköta rehabiliteringen. Processarbetsgruppen har tidigare påpekat att det efter avslutad onkologisk behandling måste finnas möjlighet att remittera patient till enhet som kan erbjuda rehabilitering för patienter med hjärntumörer. Det behövs även utökade rehabiliteringsresurser i såväl kommunal hemsjukvård som inom primärvården. Det finns en processarbetsgrupp i norra regionen som har cancerrehabilitering

som inriktning och de har påbörjat ett projekt med inriktning på förbättrade rehabiliteringsmöjligheter för patienter med hjärntumörer. Ett förslag till lösning på problemet med de bristande möjligheterna för patienterna att erhålla rehabilitering är en rehabiliteringsenhet för flera cancerdiagnoser. Individuell behovsbedömning är viktigt, då det kan vara stora variationer i rehabiliteringsbehov mellan diagnoser och individer. Patienter med hjärntumörer som har rehabiliteringsbehov bedöms många gånger ha ett större behov av specialiserad och resurskrävande rehabilitering än vad som är fallet vid flera andra cancerdiagnoser.

Konsekvenser av föreslagen förändring

Det är till stor del en fråga om ekonomi och organisation. Beroende på vilka åtgärder som ska tillämpas för att förbättra rehabiliteringsmöjligheterna kommer det att vara varierande konsekvenser.

MDK

Rutiner och organisationen kring MDK för hjärntumörer har tidigare diskuterats i processarbetsgruppen och förändringar har gjorts, vartefter arbetsgruppens bedömning är att den fungerar bättre nu. Det som ännu inte fungerar är att regionen ska kunna närvara på videolänk. Att representera från länssjukhusen ska kunna vara med på MDK är ett mål som presenterats i den regionala utvecklingsplanen. Det skulle innebära en förbättrad insikt för övriga delar av regionen i den planering som pågår och de beslut som fattas.

Konsekvenser av föreslagen förändring

Det ska vara möjligt tekniskt att representera från andra sjukhus ska kunna närvara. Det får inte resultera i för många anmälda ärenden, då tiden redan är en begränsande faktor, men processarbetsgruppens bedömning är att det inte nödvändigtvis behöver innebära fler ärenden då antalet patienter fortfarande är konstant.

1.2. Endokrina tumörer

Nulägesbeskrivning

Tumörer i sköldkörteln (tyreoidea), bisköldkörtlar (paratyreoidea) och binjurar – såväl maligna som benigna – samt neuroendokrina bukumörer (GEP-NET) ingår i området endokrin kirurgi. Volymmässigt rör det sig om ca 50 nya tyreoideacancerfall per år och ca 60 fall för de övriga tumörgrupperna ovan. Antalet tyreoideacancerfall är dock i ökande nationellt och internationellt.

Tyreoideacancer dominerar som cancerdiagnos och ett väldigt litet antal fall förekommer i binjurar (binjurebarkcancer och malignt feokromocytom) varje år. Feokromocytom är en ovanlig tumörform, som producerar katekolaminer (oftast noradrenalin och/eller adrenalin). Tumören kan ibland orsaka mycket kraftiga blodtrycksstegringar och är oftast lokaliserad i eller nära binjurarna, men ibland på helt andra ställen i kroppen. GEP-NET är också den malign i sitt växtsätt, om än i regel lågproliferativ och långsamväxande. Man har sedan flera år ett etablerat samarbete inom regionen avseende GEP-NET i form av "Carcinoidrond"/MDK månatligen utgående från Nus, som sattes upp redan 2008 och numera är även Kliniken för Endokrinologisk Onkologi i Uppsala uppkopplad på länk till denna MDK som Centre of Excellence. Detta ger en högkvalitativ bedömning på MDK och att vi själva i samråd redan här kan göra en gemensam bedömning av vårdnivå och eventuellt behov av att patienter delvis direkt kan behandlas/ kompletteringsutredas i Uppsala då regionala resurser i Norr behöver kompletteras. Vi har efter en lång tids arbete lyckats sätta upp 68-Ga-DOTATOC-

PET i regionen, utredning med gallium 68-baserad PET-CT, (initialt inom studieram) för att kunna erbjuda regionens GEP-NET-patienter en modern och betydligt bättre diagnostik, som vi tidigare behövde skicka patienterna till Uppsala för att göra, alternativt undersöka dem med en sämre och mindre modern teknik i Umeå. Det är ett kvalitetsmässigt lyft för denna patientgrupp. Dessutom har vi sedan snart 10 år ett fungerande samarbete avseende potentiellt maligna samt hormonellt överaktiva binjuretumörer med patienter från hela norra regionen mellan medicin- och kirurgklinikerna på Nus och Östersund på en gemensam rond över videolänk en gång i veckan. Inom både GEP-NET och binjuretumörgruppen finns således ett mångårigt upparbetat handläggningssystem koncentrerat till Nus och med involvering av såväl regional som nationell spetskompetens till gagn för patientgruppen. Beskrivningen kommer därför i fortsättningen att beröra tyreoidacancerdiagnosen.

Nivåstrukturering av vissa typer av tyreoidacancer har redan under förra struktureringen genomförts och är väl förenlig med det nationella vårdprogrammet för tyreoidacancer. Den onkologiska behandlingen av anaplastisk tyreoidacancer sköts centralt av Nus i regionen och samarbete med onkologkliniken i Sundsvall föreligger för vissa patienter. Viss mer avancerad cancer kräver ett upparbetat samarbete och en samlad vana, såväl operativt som diagnostiskt och onkologiskt, samt ett multidisciplinärt omhändertagande. Det behövs expertis såväl inom endokrin kirurgi (i vissa fall med komplement av ÖNH, Thorax och övre GI) som specialiserade patologer, radiologer, onkologer och genetiker, för att ge patienten en fullgod vård enligt nationella och internationella mått.

Nivåstrukturering och koncentration till en regionalt högre volymsenhet har också bestämts för papillär och follikulär cancer (PTC respektive FTC) som klassificeras T4 och/eller N1b, det vill säga differentierad cancer med överväxt eller med laterala halslymfkörtelmetastaser, samt medullär tyreoidacancer (MTC) och övrig eventuell hereditär (ärfölig) cancer, dessutom för tyreoidacancer hos barn, såväl profylaktiskt som terapeutiskt. I vissa utvalda fall kan det vara motiverat med en ännu högre koncentration till ett eller möjligen ett par centra nationellt, till exempel för hereditär MTC. De vanligaste cancerformerna, PTC, FTC grupp T1-T3 och N1a, torde dock primärt kunna handläggas lokalt på länssjukhusnivå, förutsatt tillgång till kompetent kirurg och deltagande i MDK samt i nationella register. Ett ytterligare skäl för koncentration av avancerad och potentiellt hereditär cancer är behovet av forskning och då i synnerhet på tumörbiologisk och genetisk nivå, där resurser och kompetens är sämre ute i regionen. Behov av tillvaratagande av tumörvävnad och blod för denna forskning inkluderar dock alla typer av tyreoidacancer – även de mindre avancerade – och kräver en fungerande biobank regionalt och sjukhusen emellan med NUS som nav och ett samarbete.

Ökad decentralisering av tyreoidacancer är inte aktuellt förutom lokal handläggning på länsenheterna av de mindre komplexa cancerformerna enligt ovan, förutsatt att vårdprogrammets kvalitetsindikatorer kan uppfyllas.

Avseende diagnostik krävs en regionalt ansvarig namngiven person inom såväl patologi/cytologi, radiologi/nuklearmedicin, genetik, onkologi och endokrin kirurgi, som ansvarar för kvalitet inom sitt område samt driver utveckling i enlighet med det nationella vårdprogrammets intention och som är huvudansvarig för MDK-verksamheten och kvalitetsregister, vilket finns inom RCC:s arbetsgrupp inom området. Där finns också kontaktsjuksköterskorepresentant och adjungerad patientrepresentant. Cytologisk preoperativ cytologi ska utsvaras enligt Bethesda-klassifikationen på all tyreoidacytologi i regionen och det är bestämt i PM från arbetsgruppen.

Den icke-operativa behandlingen handlar om radiojodablation som kommer att bli aktuell för de allra flesta tyreoidacancerpatienterna. I gengäld kommer många att få en lägre dos, sannolikt med mindre isoleringsbehov. Standardablationsterapi kan ske vid onkologen både på Nus och i Sundsvall, men avancerad tyreoidacancer (T4/N1b) sköts åtminstone initialt och primärt på Nus enligt plan.

Neoadjuvant behandling är i princip endast aktuell vid anaplastisk cancer med hyperfraktionerad strålbehandling och cytostatika och det blir därmed ingen skillnad mot hur det är organiserat nu. Adjuvant behandling i övrigt gäller framför allt radiojodbehandling enligt ovan och tyroxinsuppression, där det nya vårdprogrammet syftar till att minska suppression och avsluta patienter från aktiv tumöruppföljning tidigare. Tyreoidacancerpatienter i behov av tyrosinkinashämmare sköts primärt via onkologen Nus.

Handläggning av komplikationer relaterade till de mest avancerade cancerfallen torde kunna optimeras med förefintlig koncentration av dessa och större vana/volym.

Angående kontroll och uppföljning kommer de mest avancerade cancerfallen med högrisk för recidiv att följas på onkologkliniken Nus efter jodablation. De mindre aggressiva följs på onkologkliniken Nus och även vid onkologkliniken i Sundsvall, fram till och med profilscint-kontroll, inkluderat stimulerad tyreoglobulinmätning cirka 9 månader efter ablation. Därefter återremitteras de i regel för uppföljning på länsenhet inom kirurgi, om det inte finns en onkologisk klinik på länsenheten, och kan avslutas ur aktivt tumöruppföljningshänseende med återremittering till primärvård enligt nationella vårdprogrammet, utifrån tumördata och tyreoglobulinvärden med enbart iterering av tyroxinrecept via primärvården. Detta medför till största delen att det stora antalet fall av tyreoidacancer kan avsluta sin uppföljning efter 5-10 år och att fokus i uppföljningen istället kan riktas på cancer med högre recidivrisk.

Diagnostik och behandling vid återinsjuknande sker beroende på uppföljande enhet utifrån tumörtyp. Vid misstanke om recidiv (kliniskt eller biokemiskt) görs metastasutredning enligt nationella vårdprogram initialt (klinisk undersökning/cytologi, ultraljud, CT/MR) vid uppföljande enhet och med MDK-diskussion. Jodscint och vid behov FDG-PET/CT sker vid Nus. Likaså eventuell behandling med tillägg sekundärt av tyrosinkinashämmare. Multidisciplinärt handläggande med utnyttjande av resurser på ett patientoptimerat sätt betonas.

Palliativ vård ordnas med palliativ team eller hemsjukvård med utgång från respektive landsting. Vid palliativ vård för anaplastisk cancer sker detta enligt vårdprogram och i initial terapi vid onkologen Nus avseende neoadjuvant strålterapi och cytostatika, där det senare kan fullföljas på länsnivå om praktiskt möjligt.

Alla patienter med tyreoidacancer och alla enheter i regionen som handhar dessa patienter har numera en namngiven kontaktsjuksköterska. Det finns även tillgång till kurator med mera inom såväl primäromhändertagande som vid behov av eventuell rehabilitering.

Strukturellt sker omhändertagandet av patienter med tyreoidacancer enligt det nationella vårdprogrammet med uppdateringar med formalisering av MDK och centralisering av avancerade tumörformerna enligt ovan. Videoteknik möjliggör MDK-deltagande och detta är jämte deltagande i nationella kvalitetsregister ett krav för handläggningen av patienter med tyreoidacancer i regionen.

Investeringar behövs för att ha klinisk kompetens på samtliga enheter, en ansvarig person och

fullvärdigt besatta MDK. Översyn av adekvat utrustning och kamera för postablationsscintigram krävs för att kunna följa det nationella vårdprogrammet. Utbildningsinsatser behövs avseende registrering i kvalitetsregistret och kring det nationella vårdprogrammet. För primärvården behövs utbildning avseende både primärutredning och vad som förväntas vid utremittering av avslutade patienter till primärvården enligt vårdprogrammet. Ett marginellt större antal patienter kommer att få radiojodablation än tidigare, baserat på tumördata. De flesta kommer att få en lägre dos, som sannolikt medför mildare isoleringskrav och till och med kanske i dagvård. En forskningsutveckling med inriktning på endokrina tumörer i allmänhet inkluderat tyreoidacancer i norra regionen är önskvärt.

I korthet:

- Tyreoidacancer handhas jämte tumörer i paratyreoidea, binjurar och neuroendokrina buk-tumörer/GEP-NET av specialister inom endokrin kirurgi, endokrinologi och onkologi i regionen enligt en välfungerande algoritm.

- En lokalisering till ett centrum i regionen förlagt till Nus/Umeå universitet för avancerad tyreoidacancer (T4 och/eller N1b) samt medullär tyreoidacancer (MTC) på motsvarande sätt som nu sker för anaplastisk tyreoidacancer är överenskommen och önskvärd ur såväl klinisk som forskningsmässig kvalitetssynpunkt och utveckling.

- Samverkan och kompetensutnyttjande inom regionen bör betonas för tillhandahållande av såväl optimal kvalitet som önskade ledtider till behandling.

Förslag till förändringar

Vi har inom den regionala arbetsgruppen dryftat frågan om att koncentrera all tyreoidacancerkirurgi i regionen till ett eller möjligen två centra, men kommit fram till att vi ser nuvarande organisation och upplägg, med handläggande av standardfall på fyra enheter (Nus, Östersund, Sundsvall och Sunderbyn) och nivåstrukturering av de mer komplexa fallen till Nus, under förutsättning att tillräcklig kirurgisk kompetens finns, samt att man deltar i MDK och nationella kvalitetsregistren, som det vi ska behålla över kommande planeringsperiod. Ett aktivt samråd i enskilda fall sker och kommer även fortsatt att ske avseende behov av särskild kompetens och adekvata ledtider i omhändertagandet av regionens patienter med tyreoidacancer.

Situationen med brist på endokrinkirurger framför allt på Nus i nuläget, men även på grund av generationsskifte och endokrinkirurger på flera enheter, gör att den relativt stora volymen benign tyreoida-/paratyreoideakirurgi inte bedöms kunna hinnas med på färre enheter, även om cancerfallen kunde centraliseras mer. Givetvis måste vi genom registerdeltagande försäkra oss om och kontrollera att adekvat kvalitet föreligger på alla enheter även i framtiden.

Som en bieffekt av att ledtider framför allt för benign tyreoida- och paratyreoideakirurgi både till mottagning och operation setts vara långa på några enheter, och att vi står inför införande av standardiserat vårdförlopp (SVF) för tyreoidacancer inom en snar framtid, har vi aktualiserat förändring i primärutredningen av tyreoidaknölar, för att sedermera kunna bereda snabb handläggning av cancer eller misstänkt cancer enligt SVF:s principer. Detta innebär att vi strävar mot att primärutredning i ökad omfattning kommer att ske genom att inremitterande skickar patienter på primärutredning med ultraljud och cytologisk undersökning, och att patienter med malignitetssuspekt cytologi enligt särskild algoritm (från Bethes-dascore 3) och/eller malignitetssuspekt ultraljud, samt de patienter med lokala trycksymtom

och benign cytologi går till kirurgisk bedömning, det vill säga en mer resurseffektiv hantering.

Konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar

Således planerar vi inte några förändringar utifrån föregående plan vad avser grundområdet tyreoidacancer och GEP-NET, men sekundärt innebär uppväxlingen mot effektivare ledtider för SVF att många ultraljudsundersökningar och i många fall cytologiska punktioner flyttar från kirurgmottagningen till röntgenavdelningen. Volymerna av primärundersökningar med halsultraljud/cytologipunktion på halsknölar som vi vill flytta från kirurgmottagningen till röntgen, eller till en eventuell framtida cytologisk stickmottagning när det gäller Nus, är svårt att uppskatta exakt. Med ca 10 cancerfall/år i Östersund erbjuder vi tid och tittar med ultraljud/cytologi på ca 200 halsknölar på kirurgmottagningen, varav 60-80 opereras. Det innebär en låg verkningsgrad på kirurgen och vi skulle kunna erbjuda SVF bättre om primärselektering inte skedde på en kirurgmottagningen. Bilden är liknande i hela regionen, men med större volym. På Nus gör dock röntgenavdelningen redan nu en del ultraljud-/cytologiutredningar, vilket inte sker på länssjukhusen. På Nus har vi diskuterat om man för att dessutom kunna uppnå en ännu bättre preoperativ cytologisk diagnostik på sikt kan upprätta en cytologisk punktionsmottagning av specialintresserad cytolog avseende bland annat tyreoida, med tillgång till ultraljud för såväl punktionsvägledning som bedömning. Denna organisation räknar vi dock inte med att kunna ordna på övriga enheter, utan då kommer nog punktionen att ske på röntgenavdelning som regel.

Detta innebär i så fall inte någon förändring i handläggningen av tyreoidacancerpatienterna, men att resurser frigörs på kirurgmottagning till patienter med behov av kirurgisk bedömning i högre grad, vilket dock måste kunna ske utan att ledtider ökar i väntan på ultraljudsundersökning och cytologi på röntgenavdelning (eller cytologimottagning). Hur detta skifte rent logistiskt sker och i vilken omfattning måste dock bestämmas lokalt efter rådande förhållanden.

Primärvården måste också erhålla klara riktlinjer över vad som ska och vad som inte ska remitteras för en kirurgisk bedömning. Där underlättar dock det i regionen redan införda Bethesdasystemet avseende cytologin avsevärt.

1.3. Tumörer i magtarmkanalen

1.3.1. Övre gastrointestinala tumörer: cancer i matstrupe (esofagus) och magsäck (ventrikel), lever-, gallblåse- och gallgångstumörer samt pancreas- (bukspottkörtel-) och periampullär cancer (tumörer vid gallgångens mynning i tolvfingertarmen)

Nuläge

År 2013 var incidensen för de tumörformer som ingår i de övre gastrointestinala tumörerna

Esofaguscancer	57
Ventrikelcancer	70
Pankreascancer	95
Primär levercancer	52
Gallvägscancer	30

Utredning/Diagnostik: Både utredning och diagnostik av dessa tumörformer sker i hög grad inom respektive landsting. Detta innefattar endoskopi, patologi, bilddiagnostik (CT, MR och

ultraljud), samt funktionsundersökning av bland annat hjärta, lungor, och njurar. Till undantagen från detta hör PET-CT, som bara finns vid Nus, och som i SVF rekommenderas vid esofagus-ventrikeltumor, samt SpyGlass, som bara finns i Sundsvall, och som i vissa fall kan vara av stort värde vid gallvägscancer.

Onkologisk behandling: Cytostatikabehandling ges inom respektive landsting. Strålbehandling ges i Sundsvall och vid Nus. För de diagnoser som räknas till de övre gastrointestinala tumörerna sker dock den kurativa strålbehandlingen främst vid Nus.

Kirurgisk behandling: Den kirurgiska behandlingen av pankreas-, lever-, och gallvägscancer har varit centraliserad till Nus sedan lång tid tillbaka. I "Nivåstruktureringsplanen för cancer vården i norra regionen 2013" rekommenderas att all kurativt syftande kirurgi av esofagus- och ventrikeltumor ska utföras vid Nus. Beträffande esofagustumor är detta infört, men vad gäller ventrikeltumor är detta dock ännu inte helt implementerat. Palliativ kirurgi bedrivs i hög grad inom respektive landsting. Vissa specialfall, exempelvis hög esofagustumor, lokalt avancerad pankreascancer, och transplantationsfall, skickas utanför regionen, ofta till Karolinska, Huddinge.

Cancerrehabilitering: Rehabilitering sker i hög grad inom respektive landsting.

Förslag till förändringar

Under 2016 har beslut tagits om nationell nivåstruktureringsplan av definierade, ovanligare och komplicerade tillstånd av esofagus- och ventrikeltumor till två nationella vårdenheter (Karolinska universitetssjukhuset och Skånes universitetssjukhus). All övrig kurativ kirurgi för dessa tumörformer ska ske vid ett sjukhus per region, vilket i regionen innebär att de endast ska utföras vid Nus.

Kirurgisk behandling av lever- och gallvägstumörer samt för pancreas- och periampullär cancer har utsetts avseende nationell nivåstruktureringsplan. Våren 2016 har remissförslag lagts om att kirurgisk behandling av perihilära gallvägstumörer (tumörer som uppkommer där gallgången lämnar levern) ska utföras vid två nationella vårdenheter i landet, medan övrig lever- och gallkirurgisk verksamhet ska utföras vid en vårdenhet per sjukvårdsregion. För kirurgisk behandling av lokalt avancerad pankreascancer är remissförslaget att åtgärden ska utföras vid två nationella vårdenheter i landet, medan övrig kurativt syftande kirurgi vid pancreas- och periampullär cancer ska utföras vid en vårdenhet per sjukvårdsregion. Regionen har samlat ställt sig bakom båda remisserna och har inte ansökt om att vara ett nationellt centrum för kirurgisk behandling av perihilära gallvägstumörer eller av lokalt avancerad pankreascancer. Dessa patienter (1-2 respektive 3-4 per år) kommer att skickas till ett nationellt centrum utanför regionen.

Konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar

Enligt beslut avseende nationell nivåstruktureringsplan av esofagus- och ventrikeltumor ska de inte opereras med kurativ intention vid andra centra än Nus i norra regionen. Då det är önskvärt att organkompetensen, främst avseende ventrikeln, upprätthålls inom samtliga landsting, har en grupp tillsatts som för närvarande utreder möjligheten till "Formaliserat samarbete" enligt dansk modell.

1.3.2. Kolorektal cancer (cancer i tjock- och ändtarm)

Nuläge

Koloncancer diagnosticeras hos ca 350 patienter/år i norra regionen, varav 290 opereras med resektion. Av de opererade genomgår 78 % elektiv kirurgi och 22 % opereras akut, det vill

säga under det första vårdtillfället. Antalet patienter med rektalcancer är ca 200/år i regionen. Av dessa opereras ca 140 patienter, varav ca 120 med resektion.

Åtgärder inom respektive landsting

Utredning och diagnostik vid nyupptäckt kolorektal cancer, liksom uppföljande tumörkontroller, görs vid de flesta av regionens sjukhus. Detta är nödvändigt av volymskäl, då symtologin vid kolorektal cancer ofta är ospecifik. I NLL utgår utredningarna från Sunderbyn, men koloskopi och röntgen kan utföras vid de flesta sjukhusen. God tillgänglighet till kolonundersökningar bör eftersträvas.

NLL och Region JH har endast ett sjukhus vardera som behandlar cancer. I nivåstruktureringsplanen för norra regionen från 2013 angavs tre alternativ för VLL och LVN, där alternativ A var oförändrad struktur, alternativ B innebar koncentration av kirurgin för rektalcancer och viss koncentration av koloncancerkirurgin och alternativ C innebar koncentration av all kirurgi för kolorektal cancer till länssjukhusen. VLL genomförde en nivåstrukturering enligt alternativ B under 2014 och LVN har genomfört en motsvarande strukturförändring under 2016. All nivåstrukturering har tills nu skett inom landstingen och någon ytterligare centralisering till regional nivå har inte diskuterats hittills.

Operation för koloncancer görs i NLL endast i Sunderbyn, i VLL i Skellefteå och Umeå och i Region JH vid det enda sjukhuset i Östersund. LVN har under 2016 genomfört en strukturförändring, så att koloncancer nu opereras i Örnsköldsvik och Sundsvall.

Operation för rektalcancer har koncentrerats till Sunderbyn, Östersund, Umeå och Sundsvall.

Cytostatikabehandling till patienter med kolorektalcancer ges vid alla sjukhus i regionen utom Sollefteå. Dock centraliseras en del mer komplicerade behandlingar till onkologklinikerna i Sundsvall och Umeå.

Cancerkontroller sker i NLL i huvudsak i Sunderbyn (enstaka patienter följs i Gällivare), i övriga regionen är kontrollerna till stor del decentraliserade till närmaste hemsjukhus.

Åtgärder som görs centraliserat inom regionen

TEM (transanal endoskopisk mikrokirurgi) vid tidiga rektaltumörer respektive som palliativa ingrepp utförs i Sundsvall, Sunderbyn och på Nus.

Strålbehandling mot rektalcancer ges endast i Sundsvall och Umeå.

PET-CT vid diagnostik av lokalt avancerad tumörsjukdom eller inför metastaskirurgi utförs endast i Umeå. Operation av lever- eller lungmetastaser utförs i Umeå.

Åtgärder som görs utanför regionen

Patienter som ska behandlas med peritonektomi (avlägsnande av bukhinnan) och HIPEC (hyperterm intraoperativ cytostatika), det vill säga behandling vid peritoneal carcinos vid kolorektal cancer, utförs inte i regionen utan dessa patienter remitteras till något av landets fyra sjukhus som ingår i ett nätverk för behandling av denna patientgrupp. Från norra regionen har hittills alla dessa patienter behandlats i Uppsala eller Stockholm. Totalt rör det sig om 5-10 patienter per år från norra regionen.

Enstaka patienter med lokalt avancerad rektalcancer, framför allt med behov av bäcken-exenteration, remitteras för operation vid Karolinska sjukhuset, Stockholm, som specialiserat sig på denna patientgrupp.

Förslag till förändringar

Det finns i nuläget inga förslag till förändringar av vårdkedjan för patienter med kolorektal cancer. Diagnostik och utredning av kolorektal cancer måste även fortsatt ske decentraliserat vid de flesta av regionens sjukhus. Vissa patienter måste remitteras för kompletterande undersökningar vid metastasutredning, till exempel PET-CT, vilket redan sker. Kirurgi vid koloncancer utförs för närvarande vid sex enheter i regionen, och ytterligare centralisering är knappast rimlig eller möjlig inom de närmaste åren. Den kirurgiska behandlingen av rektalcancer är koncentrerad till ett sjukhus per landsting. Kemoterapi bör fortsättningsvis ges decentraliserat när så är möjligt. Rehabiliteringsinsatser bör i möjligaste mån ske nära patienten. Undantaget är naturligtvis avancerade åtgärder såsom rekonstruktiv kirurgi.

1.4. Tumörer i lunga och lungsäck (pleura)

Nuläge

Årligen diagnosticeras drygt 300 nya fall av lungcancer i norra regionen. 15-20 % av dessa har en lokaliserad sjukdom och kan opereras. All lungcancerkirurgi i norra regionen utförs på Nus. För patienter med lokaliserad sjukdom, som på grund av andra sjukdomar inte kan opereras, erbjuds kurativt syftande stereotaktisk strålbehandling, som även denna ges på Nus. För patienter med lokalt avancerad sjukdom (stadium III), ca 15 % av patienterna, ges strålbehandling i kombination med cytostatika behandling i syfte att bota patienterna. Den kurativt syftande strålbehandlingen ges i Umeå. Mer än hälften av alla lungcancerpatienter har spridd sjukdom redan vid diagnos. Majoriteten av dessa ges cancerläkemedel i syfte att bromsa sjukdomsförloppet och lindra symtom. Här är palliativ strålbehandling ett viktigt behandlingsalternativ, som i nuläget endast kan erbjudas i Umeå och Sundsvall. 15 % av patienterna är i för dåligt allmäntillstånd för att tolerera tumörspecifikbehandling och ges enbart palliativ vård.

Den basala lungcancerutredning sker i dagsläget vid ett sjukhus i varje län, vilket kvarstår oförändrat. För patienter med potentiellt botbar sjukdom ska utredningen kompletteras med PET-CT och i vissa fall EBUS (endobronkiellt ultraljud). PET-CT finns idag endast vid Nus. EBUS görs på Nus och sedan 2016 även i Sunderbyn.

Det är fortsatt viktigt att förstärka och optimera patologin i hela regionen, då det fortfarande är alltför varierande svarstider för både histopatologi och molekylärgenetiska analyser. För lungcancer är den molekylärgenetiska diagnostiken helt central då denna predikterar behandlingssvar på målriktad behandling. För närvarande finns godkänd behandling för EGFR-muterade tumörer och för tumörer med ALK-translokation. I nuläget utförs diagnostik i Sunderbyn, Nus och i Sundsvall. I Östersund ansvarar patologer från Nus för denna diagnostik. I NLL är den molekylärgenetiska diagnostiken upphandlad via ett externt laboratorium. Utvecklingen går snabbt och ytterligare målriktade terapier är på snabb frammarsch. Den molekylärgenetiska testningen måste därför vara fullt fungerande för att kunna erbjuda regionens patienter adekvat vård. Oavsett om dessa analyser utförs vid regionala laboratorier eller utförs av externa aktörer är kvalitén och snabbhet i provsvaren det centrala. På många håll i Sverige görs redan en mer omfattande kartläggning av molekylärgenetik (NGS - next generation sequencing). Denna teknik finns tillgänglig på Nus.

Det är viktigt att patienter erbjuds utredningarna oavsett bostadsort och att utredningstiderna är så korta som möjligt.

Radioterapi (RT) med kurativ intention utförs endast på onkologen vid Nus, vilket bibehålls. Strålbehandling i lindrande syfte är en mycket bra behandling. Ett problem är att denna behandling då endast kan ges på Nus och i Sundsvall, vilket innebär en ojämlig vård inom norra regionen.

Vid avancerad lungcancer är palliativ behandling med cytostatika, målriktadbehandling inklusive immunologisk behandling grundläggande. Cytostatikabehandling ordinerar i nuläget vid sju enheter och ges vid åtta enheter, vilket rekommenderas bibehållas. Nya behandlingar vid avancerad lungcancer är på frammarsch. Dessa är i många fall kopplade till andra specifika tumördrivande mutationer, vilket gör att adekvat utredning är ett måste. Immunologisk behandling, som är en ny behandlingsmodalitet för lungcancer, kommer också att ges i alla fyra landsting, utan någon centralisering.

Förändringar

Ett mål är att inom en snar framtid påbörja analys av lungcancerpreparat med NGS, för att identifiera andra tumördrivande mutationer och kunna rikta specifik terapi mot dessa. NGS av lungcancer bör åtminstone i en uppstartsfas vara centraliserad till Nus.

Behovet av undersökning med PET-CT och EBUS ökar och behöver hanteras inom regionen.

Den onkologiska kompetensen på länsnivå i Jämtland och Norrbotten måste öka och strävanden att etablera onkologkliniker vid länssjukhusen i Östersund och Sunderbyn måste stöttas. På sikt vore strålbehandlingsenheter för palliativ vård på dessa orter önskvärt, men sådana etableringar bedöms i nuläget inte realistiskt genomförbara.

1.5. Ben- och mjukdelstumörer (sarkom)

Nuläge

Processarbetsgruppen för sarkoms verksamhetsområde omfattar tumörer inom extremiteter, buk- och thoraxvägg, samt i vissa fall även hals-huvudregion i norra sjukvårdsregionen. Det innefattar både maligna och benigna tumörer. Till detta kommer även handläggning av skelettmetastaser med och utan känd primärtumör. Dessa tumörer handläggs på Nus vid ortopedkliniken, onkologkliniken, kirurgkliniken samt avdelning för pediatrik onkologi. En del patienter vårdas även vid andra kliniker beroende på undergrupp av tumör, men med nära samarbete med övriga kliniker. Den vid Nus äldsta multidisciplinära konferensen, sarkomronden, utgör beslutscentrum i verksamheten. Vid sarkomronden medverkar förutom ovanstående kliniker även representanter för radiologi, patologi och cytologi. Vid ovanstående kliniker handläggs omkring 400 remisser per år inom området och de flesta av dessa fall diskuteras på sarkomronden.

Cirka 40 extremitetssarkom och cirka 20 buksarkom diagnostiseras årligen inom den norra sjukvårdsregionen.

Det finns många undergrupper/varianter av sarkomdiagnoser. Enligt WHO finns för närvarande cirka 110 olika mjukdelstumörer och cirka 60 olika bentumörer. Vissa av dessa entiteter är mycket ovanliga och uppträder 1 gång vart 5-10 år. Ett vårdprogram för ortopediska sarkom

håller på att utarbetas och planeras bli färdigt under våren 2016. Initiering av förberedelsearbetet för standardiserat vårdförlopp planeras till 2016.

Vårdkedja

1. Första kontakt. Patient söker via vårdcentral på grund av misstanke om tumör.
2. Inledande undersökningar. Slätröntgen, MR, CT med mera, eventuellt scintröntgen. Via vårdcentral eller hemortsklinik, ibland efter kontakt med och i samråd med sarkomcenter.
3. Telefonkontakt med sarkomcenter och eventuellt kompletterande röntgenundersökningar. Kontaktsjuksköterska på ortopedkliniken Nus kopplas in.
4. Formell remiss ställs till ansvarig klinik vid Nus.
5. Sarkomronden (MDK) vilken äger rum en gång i veckan. Däremellan sker informella kontakter mellan respektive kliniker och röntgenavdelning. Vid sarkomronden medverkar representanter (läkare, kontaktsköterskor, studenter) för radiologi, ortopedi, barnonkologi, onkologi, patologi, allmänkirurgi, samt vid behov läkare med specialkompetens inom exempelvis handkirurgi, rekonstruktiv bukväggskirugi, öron, thorax, plastikkirurgi.
6. Mottagningsbesök sker ofta i samband med MDK, liksom biopsi på ortopedmottagningen eller remiss för biopsi via radiologisk klinik eller via operationsanmälan.
7. Mottagningsbesöket, vid vilken patienten träffar ansvarig läkare och kontaktsjuksköterska, innefattar också en preliminär vårdplanering, vilken fastställs efter presentation av slutdiagnos på sarkomrond. Kontaktsköterskan samordnar olika undersökningar och behandlingar i samråd med övrig vårdpersonal på onkologiklinik, ortopediklinik, barnonkologienhet och andra vårdinstanser. Vidare sker samordning med operationsplanerare. I den här fasen görs även en bedömning av patientens sociala situation, med fokus på anhöriga och barn som närstående.
8. Sarkomrond nr 2. Svar på biopsi och ställningstagande till fortsatt handläggning.
9. Behandling enligt beslut på sarkomronden. Kemoterapi, radioterapi, kirurgi.
10. Individuell rehabiliteringsplan utformad utifrån patientens behov. Beroende på behovet kan fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist eller kurator kopplas in.
11. Sarkomrond nr 3. Kontroll av behandlingen (med MR, CT, eventuellt PET-CT) diskuteras på sarkomrond och ställningstagande sker till fortsatt handläggning.
12. Fortsatta kontroller enligt vårdprogram via mottagningsbesök vid antingen NUS eller hemortssjukhus, beroende på tumörtyp och patientålder. Vissa kontroller sköts via kontroll med MR och lungröntgen på hemorten och därefter telefonsamtal. Minst någon gång årligen sker kontroll vid besök på mottagning vid Nus i de flesta fall. Utnyttjande av patienthotell för patient och anhöriga sker i hög utsträckning. Genom att många operationer numera utförs polikliniskt ökas utnyttjandegraden. Flera patienter som får kemoterapi eller strålbehandling vistas långa perioder på patienthotellet. Till barnonkologavdelningen finns dessutom kopplat familjelägenheter.
13. Kontinuerlig återkoppling till hemortssjukhus och inbjudan till MDK och även operationsnärvaro sker.
14. Palliativ vård sker i största möjliga utsträckning på hemorten, i hemmet, på sjukhus och eventuellt på hospice. På flera orter inom regionen finns avancerad hemsjukvård.

På grund av att sarkom är relativt sällan förekommande och behandlas både kirurgiskt och onkologiskt på ett sätt som skiljer sig från övrig tumörbehandling är en stor del av den primära handläggningen centraliserad till sarkomcenter vid Nus. All ortopedisk kirurgi utförs för närvarande på Nus, men en utredning avseende nationell nivåstrukturering pågår.

För buksarkom skiljer sig vårdförloppet en del från ovanstående beskrivning. Remiss ska då gå via kirurgiska kliniken vid Nus. Kirurgkliniken Nus opererar majoriteten av GIST-tumörerna, men övriga buksarkom remitteras för fortsatt utredning och kirurgisk åtgärd vid

Karolinska Universitetssjukhuset Solna (KS). Utredningarna via KS drar många gånger ut på tiden och logistiken fungerar ännu inte optimalt. En förhoppning är att det ska bli tydligare strukturering när SVF införs för diagnosen. Oavsett vad den planerade nationella nivåstruktureringen kommer att innebära så är det viktigt att vårdkedjan definieras och optimeras.

Urologen vid Nus opererar vissa tumörer som visar sig vara sarkom, men det är få tumörer och det handlar då om att man inte vet att det är ett sarkom förrän efter patologisk analys.

Det borde inte finnas några sarkomdiagnoser som opereras på länssjukhusen i regionen, men det förekommer ett fåtal akuta operationer där det inte fanns misstanke om sarkom före operationen, men där det visade sig vara ett sarkom.

Primära onkologiska behandlingar utförs uteslutande på onkologiska kliniken vid Nus. En del av andra linjens cytostatikabehandling kan administreras på hemortssjukhus, men ordinerar då av onkologläkare från sarkomcenter på Nus. Rehabilitering och vård efter given behandling sker i så stor utsträckning som möjligt på hemortsjukhus och inom primärvården.

Förslag till förändringar

Effektivare remittering

Sarkomcentrum bör alltid kontaktas via telefon vid misstanke om sarkom. Detta sker i praktiken innan remiss skickas. Det är i första hand tumöransvarig ortoped vid Nus som ska kontaktas. Det finns ett mål att en specialist ska se patienten inom en vecka från remiss och att behandling ska startas inom en månad från att remiss utfärdats.

Konsekvenser av föreslagen förändring

Snabbare handläggningstid och större möjligheter att uppnå mål med att patienten ska träffa en tumörspecialist så snart som möjligt.

Decentralisering av uppföljning

Återbesök och uppföljning sköts nu av ortopederna och onkologen vid Nus, men kan i större utsträckning skötas även på andra sjukhus i regionen. Efter cytostatikabehandling följs patienterna via onkologkliniken, Nus. Ibland vid gemensamma mottagningstillfällen. Sarkompatienter kontrolleras 10 år efter behandling avseende metastas och lokalrecidiv. Det är arbetsgruppens bedömning att kontrollerna de första fem åren bör handläggas av klinikerna i Umeå, men de efterföljande fem åren kan uppföljning ske via länssjukhus eller länsdelssjukhus. En målsättning är att det ska finnas kontaktsjuksköterskor och även sarkomansvarig läkare inom ortopedi och kirurgi vid varje sjukhus i regionen. Detta skulle möjliggöra nya lösningar inom regionen som samordning av patienternas uppföljning. Det nationella vårdprogrammet kommer att underlätta uppföljningsarbetet för läkare på länssjukhus eller länsdelssjukhus. En grov uppskattning är att cirka 20-30 patienter i regionen skulle kunna följas upp av andra sjukhus än Nus under år 6-10 efter att de erhållit behandling.

Konsekvenser av föreslagen förändring

Mindre resor för patienten. Det finns en ekonomisk fördel för hemortssjukhusen att själva bedriva en större del av vården av patientgruppen. Arbetsbelastningen för länssjukhus och länsdelssjukhus bedöms försumbar då patientgruppen är förhållandevis liten. För att uppföljning, kontroll och inte minst rehabilitering ska fungera så bra som möjligt behövs kontaktsjuksköterska i varje län eller varje sjukhus. Huvudansvaret för patienten ligger dock på klinik vid sarkomcentrum, liksom inrapportering till kvalitetsregister.

Oväntade patologiska fynd som visar sarkom

Vid oväntade fynd som tyder på sarkom vid analys på patologiskt laboratorium utanför Nus vore det önskvärt patolog kontaktar sarkopatolog per telefon för konsultation. Sarkopatolog kan därefter sätta upp ärendet på MDK. Ansvarig patolog för det oväntade fyndet bör därmed per telefon kontakta både sarkopatolog i Umeå och ansvarig ortoped eller kirurg på hemortssjukhus. Denne kontaktar i sin tur sarkomcentrum. Det är viktigt att kontakten i första hand sker via telefon för att minska handläggningstider.

Konsekvenser av föreslagen förändring

Kortare handläggningstid från biopsi till behandlingsstart. Detta gäller speciellt fall inom LVN, där preparat ofta skickas till Lund för analys och det har tagit lång tid innan sarkopatolog vid Nus fått kännedom om ärendet så fallet kan tas upp på MDK.

Tumöransvarig ortoped bör närvara vid planering av strålbehandling

Tumöransvarig ortoped bör vara med vid planering av strålbehandling av områden där ortoped opererat. Detta gäller framför allt vid operation på växande barn för att undvika komplikationer och det handlar i första hand om mjukdelssarkom.

Konsekvenser av föreslagen förändring

En säkrare planering av strålfältet bör bli följden om ortoped närvarar vid strålplaneringsrund.

1.6. Hudtumörer

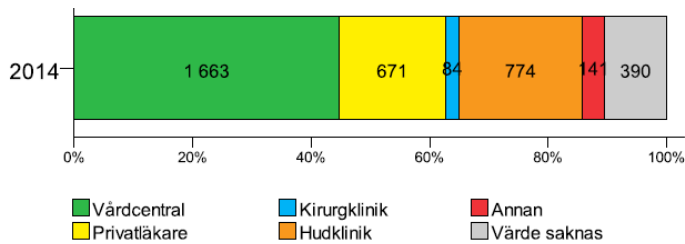
Nuläge

Under 2014 registrerades 228 nya fall av malignt melanom i norra regionen.

Vårdprocessen startar när patienter söker för en hudförändring eller där sådan upptäcks i samband med besök hos vårdgivare av annat skäl, och slutar när patienten är färdigbehandlad och färdigkontrollerad efter avslutad behandling. Processen omfattar melanom, men även tumörer där melanom misstänks tills dess att melanom utesluts. Vårdprocessen ska tillgodose behov av snabb och säker klinisk diagnostik, kirurgisk- och i förekommande fall onkologisk behandling, samt uppföljning med följsamhet till det nationella vårdprogrammet.

- Tidig diagnos syftar till att finna många botbara tunna (≤ 1.0 mm tjocka) melanom. För patienter med melanomsjukdom i stadium III och IV, som genomgått onkologisk behandling (kirurgisk, medicinsk), föreligger ibland behov av rehabiliteringsinriktade åtgärder. För en mindre andel av patienterna, de som får melanomsjukdom i stadium IV och där onkologisk behandling inte kan fördröja progress, ska vårdprocessen dessutom tillgodose behov av palliativ vård.
- Symtom som motiverar misstanke av malignt melanom är en nyttillkommen avvikande hudtumör, oftast pigmenterad, eller en förändring i ett befintligt pigmentnevus i huden. Första nivån för de flesta patienter som söker för misstänkt melanom i huden är primärvården. Det finns ett fåtal privata dermatologer och kirurger i norra regionen där patienten kan söka själv.

Vårdnivå vid första läkarbesök (enligt nationella kvalitetsregistret)



- Avvikelser i utseendet hos en lesion (synlig pigmentsfläck) jämfört med patientens övriga nevi (födelsemärken) ska leda till vidare utredning (dermoskopi alternativt diagnostisk excision). Med dermoskopi förbättras diagnostiken ytterligare för tränade användare. I regionen utförs dermoskopi enbart på hudklinikerna av dermatologer. Tillgängligheten till dermatologer är låg. I och med det har teledermatoskopi utvecklats som ett sätt att öka tillgänglighet till en specialistbedömning och öka diagnostisk säkerhet. I VLL har teledermatoskopi införts vid samtliga hälsocentraler, även privata, under 2014. Mellan 250-350 remisser kommer månadsvis till hudkliniken. Ca 60 % är benigna tumörer som inte kräver behandling. Detta sparar lidande för de enskilda patienterna och kostnader för samhället. I LVN pågår införande av teledermatoskopi.
- Vid klinisk misstanke om melanom (före eller efter dermoskopi) ska en diagnostisk excision göras med 2 mm marginal, enligt vårdprogrammets rekommendation. Denna åtgärd kan utföras vid flera vårdnivåer beroende på lokalisering av tumören och lokala organisatoriska förutsättningar (primärvård, hudklinik, ÖNH, plastikkirurgi, allmän kirurgi). I VLL finns en överenskommelse att misstänkta melanom ska excideras inom specialiserad sjukhusvård (hud/plastiken/kirurgen).
- Preparatet skickas till klinisk patologi för en histopatologisk bedömning. Från Region JH skickas ofta de melanocytära förändringar till hudpatologen i Umeå, sporadiskt från NLL och LVN. Samtliga fall där indikation för sentinel node finns granskas av hudpatologen i Umeå inför multidisciplinär konferens.
- Sentinel node (portvaktscörtel)-biopsi rekommenderas för melanom < 1mm Breslow med ulceration (sår) samt alla > 1 mm Breslow. Sentinel node-biopsi utförs vid sjukhusen i Sundsvall, Östersund, Sunderbyn och Umeå. Vid huvud-hals-melanom utförs sentinel node i LVN vid ÖNH-klinik i Sundsvall och prognosen är att de flesta melanomfall inom huvud-hals-området kommer att handläggas helt i Sundsvall, både primär kirurgi, såsom utvidgad excision och med eventuell sentinel node. Därav kan samordningen mellan ÖNH och hudkliniken i Sundsvall behöva ses över för att bespara patienterna extra resor.
- Fullständig fjärrmetastasutredning med PET-CT utförs vid radiologiska kliniken i Umeå.
- Tertiär kirurgi (terapeutisk lymfkörtelutrymning) utförs vid kirurgiska kliniken i Umeå.
- Adjuvant behandling: Strålbehandling vid sjukhusen i Sundsvall och Umeå.
- Systemisk behandling ges vid onkologklinik efter diskussion på regional MDK. I Sundsvall, Umeå och ibland i Östersund och Sunderbyn.

- Vid in transit metastaser, indikation för isolerad hyperterm perfusion efter diskussion vid MDK. Verksamheten är i Sverige helt koncentrerad till Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.
- Kontroll av högriskindivider med sekventiell digital dermatoskopi (intervall på 6-12 månader) utförs på Hudkliniken i Umeå där utrustningen finns (FotoFinder ®).
- Patienter med levermetastaser handläggs delvis utanförregionen, vid kirurgkliniken på Sahlgrenska.

Förslag till förändringar

Vad gäller behandling med malignt melanom kommer man att använda mer immunoterapi hos patienter med metastaserat melanom, men kanske även i adjuvant situation framöver. Dessa nya behandlingar och behandlingsmetoder ställer krav på ny kompetens hos medarbetare och förmåga att fungera som support åt patienterna. Konsekvensen blir att nya funktioner skapas. Behandlingen är lätt att administrera men kräver en del resurser i form av telefonuppföljning och biverkningsmonitorering. För detta finns redan strukturer i regionen. Det yttersta ansvaret för patienternas behandling kommer fortsatt att ligga på onkologisk klinik, men själva infusionerna och en del kontakter med patienterna kommer att kunna ske på övriga sjukhus i regionen. Vi ser också goda möjligheter till långtidsöverlevare, vilket kommer att öka antalet patienter med metastaserad sjukdom som följs på mottagningarna i regionen under mycket längre tidsperioder än idag. Resursmässigt kommer det i regionen att krävas utbildning kring dessa nya behandlingsmetoder och biverkningsprofiler. Utredningsmässigt är det inte särskilt annorlunda från idag, möjligen kan antalet PET-CT-undersökningar öka något. Om patienterna lever längre hinner de ju också göra fler undersökningar än idag.

Behov av koncentrerad på regional eller nationell nivå finns inom

a) utredning, diagnostik

- Brist på dermatopatologer kan medföra en annorlunda koncentrerad av dessa utredningar i framtiden
- Nya riktlinjer för uppföljning av familjära melanom fastställs under 2016. Det kan innebära en koncentrerad på regional nivå vid utredning avseende klinik genetik (släkttred, genetiska tester).
- Kontroll av högriskindivider med sekventiell digital dermatoskopi (intervall på 6-12 månader) utförs på regional nivå vid Hudkliniken i Umeå där utrustningen finns (FotoFinder ®).

b) kirurgisk, medicinsk, eller onkologisk behandling

Beslut finns sedan tidigare att tertiär kirurgi ska göras på regionsjukhuset i Umeå. Detta gäller i högsta grad utrymning av ljunskar. Alla beslut om patienternas handläggning och behandling ska tas på MDK, med onkolog, kirurg, patolog, radiolog och kontaktsjuk-sköterska närvarande. Detta innebär inte att behandlingen måste centraliseras men att alla patienter på alla sjukhus ska erbjudas möjlighet att dras på MDK.

c) cancerrehabiliterande åtgärder

I och med att fler patienter lever länge kommer det att finnas en helt ny grupp melanom-patienter som behandlats för metastaserat malignt melanom, har sjukdomen helt under

kontroll och mår fysiskt väldigt bra. Detta trots sannolik kvarvarande obotlig sjukdom vilket innebär nya utmaningar kring cancerrehabilitering.

Det krävs således en viss ökad resurs för utbildning, samt på mottagningar/radiologi för uppföljning, av den ökande patientgruppen med metastaserat malignt melanom.

Det finns även behov av ökad decentralisering av delar i vårdkedjan. Med tanke på det ovan beskrivna kommer inte alla patienter att kunna följas vid cancercentrum, utan fler kroniskt sjuka melanompatienter kan behöva skötas på hemortssjukhusen

PET-CT kommer att krävas som del i utredning framgent inom många cancerdiagnoser. Fler maskiner kommer att behövas i regionen.

1.7. Bröstcancer

Nuläge

Incidens 2014 i norra regionen: 748. I Sverige är bröstcancer den vanligaste cancerformen och det är kvinnans vanligaste cancer. År 2014 diagnostiserades 8735 fall av bröstcancer i Sverige och 1480 avled i sjukdomen. Det betyder att ungefär var nionde kvinna i Sverige insjuknar. Antalet insjuknande ökar med nästan 2 procent per år.

Bröstcanceroperationer har tidigare av tradition gjorts på alla typer av sjukhus. Kraven är tydliga på "multidisciplinära team" samt och möjlighet till portvaktstörd diagnostik. Tidigare gjordes rutinmässigt fryssnitt på samtliga portvaktstymförlar men detta har man under de senaste åren allt mer börjat avveckla. Bakgrunden till detta är ökande ultraljudsledd diagnostik av axillen (armhålan) preoperativt, samt att man slutat att utrymma axillen vid låg metastatisk (mikrometastas) börda. Denna utveckling frigör även resurser vid patologienheterna.

I norra regionen utreds och opereras patienterna enbart på de fyra länssjukhusen samt i Skellefteå. Skellefteå och Nus har sen några år tillbaka gått ihop och bildat "Bröstcentrum Västerbotten" och har gemensamma multidisciplinära konferenser. Patienter med ej palpabla förändringar handläggs på Nus, då ett nära samarbete med mammografienheten finns som möjliggör peroperativa indikeringar och preparatröntgen i direkt anslutning till operation.

Mortaliteten vid operation vid bröstcancer är idag nära noll och operation på grund av komplikation är så låg att den idag inte finns i nationella kvalitetsregistret för bröstcancer.

Andelen patienter som utreds med magnetkamera har ökat och metoden finns idag tillgänglig i hela norra regionen.

Mastektomi (operation där hela bröstet tas bort) med direktrekonstruktion är centraliserat till i huvudsak Nus (12,1%) men görs även i Sunderbyn (8%) samt ett enstaka fall i Östersund. Sundsvall (6,2%) remitterar till Nus. Det är endast Nus som kommer upp till norra regionens målnivå på 10%.

Profylaktiska mastektomier som görs vid ärftlig bröstcancer är centraliserat och görs idag i huvudsak av plastikkirurgen vid Nus. Dessa patienter har hittills inte handlagts vid MDK före operation.

Registrering i kvalitetsregister: En nationell validering av registret har utförts. Ett slumpvis urval av 800 patienter ingick i validitetsanalysen. Täckningsgraden är generellt hög inom regionen. Sammanfattningsvis visar valideringsstudien på hög kvalitet och god validitet.

Förslag till förändringar

Patienter där mastektomi i profylaktiskt syfte planeras ska remitteras till Kirurgisk enhet och diskuteras på MDK innan kirurgi. Detta för att undvika att en eventuell bröstcancer missas i denna högriskpopulation och att samtliga patienter inför operation har genomgått den rekommenderade preoperativa imaging utredningen med bland annat bröst-MRI. Operationen kan utföras av bröstkirurg eller plastikkirurg beroende på kompetensen på enheten. Andelen patienter som opereras med omedelbar rekonstruktion och mastektomi på grund av bröstcancer eller DCIS (duktal (bröst)cancer in situ, en icke-invasiv typ av bröstcancer) ökar, och denna utveckling ökar behovet av tillgänglighet till direktoperation och kirurgisk kompetens i regionen.

Standardiserat vårdförlopp (SVF) för bröstcancer införs under 2016. Detta kommer att öka kraven ytterligare på Patologin som redan i dag har en mycket pressad arbetssituation. Därmed är avvecklingen av generell fryssnittning att rekommendera då detta är en mycket resursintensiv verksamhet.

Konsekvenser av föreslagen förändring

Ur patient- och närståendeperspektiv ses inga konsekvenser. Ur organisatoriskt perspektiv har vi redan idag plastikkirurgisk kompetens vid MDK på Nus. En rutin behöver införas så att aktuella patienter (oavsett län) som planeras för operation på Nus remitteras till kirurgcentrum Nus och preoperativt anmäls till MDK. Den ökade vårdinsatsen ses som ringa då det rör sig om en relativt liten patientgrupp. För de patienter som planeras för operation i annat landsting (framför allt i NLL) bör samma rutin utvecklas lokalt.

1.8. Gynekologiska tumörer (samtliga tumörformer)

Nuläge

Gynecancer är en heterogen cancergrupp och består av 10 olika diagnoser beroende på var i gynsfären canceren uppkommer. De 10 diagnoser som hör till gynekologisk cancer är peritonealcancer (cancer i bukhinnan), epiteal ovarialcancer (äggstockscancer), icke-epiteal ovarialcancer, tubarcancer (cancer i äggledaren), sarkom, endometriecancer (även benämnd corpuscancer, livmoderkroppscancer), cervixcancer (livmoderhalscancer), vaginalcancer, vulvacancer (cancer i kvinnans yttre könsorgan) och trofoblasttumörer (från moderkaksvävnad). Det är enbart ovarialcancer som Socialstyrelsen presenterat i öppna jämförelser.

Då flera av dessa diagnoser är mycket ovanliga brukar man göra en grov förenkling och dela in gynekologisk cancer i fyra grupper; ovarialcancer (inklusive peritonealcancer och tubarcancer), corpuscancer, cervixcancer och vulvacancer. Dessa diagnoser stod för 310 av regionens cancerdiagnoser under 2013 varav 75 ovarialcancer, 182 corpuscancer, 39 cervix- och vaginalcancer och 14 vulvacancer. Därutöver behandlas ett antal patienter med avancerad cancer i buken, cancer abdominis, detta är avancerade former av cancer där det är svårt att säkerställa diagnos, men handläggs i regel som ovarialcancer.

Organisation

När en patient misstänks ha en gynekologisk tumör följer alla patienter samma organisatoriska struktur. Vägen in i vården kan vara via hälsocentral eller annan specialistklinik, som

remitterar patienten till kvinnokliniken. Patienten kan även söka direkt till kvinnokliniken, då det inte finns ett remisstvång för en specialistläkarbedömning. Grundprincipen är att utredning och uppföljning alltid sker via kvinnokliniken i respektive hemlandsting, men att samtliga patienter remissbedöms av gynonkolog i Umeå. Gynonkologen beslutar vilka patienter som går vidare till en klinisk bedömning i Umeå. Vid avancerad sjukdom bedöms patienten på MDK, där ansvarig läkare och kontaktsjuksköterska deltar via videouppkoppling. Kvinnoklinikerna i regionen har ett nära samarbete med gynonkologen och regionens tumörkirurger, onkologkliniker finns i Sundsvall och Umeå. Under de senaste åren är det i den gynonkologiska processen genomfört nivåstruktureringsarbete inom olika områden regionalt. Under 2017 kommer en nationell nivåstruktureringsarbete att genomföras för diagnosgruppen vulvacancer.

Vulvacancer

I dagsläget finns det inget nationellt vårdprogram för vulvacancer. All behandling av primär vulvacancer (kirurgi och radioterapi) är idag fram till årsskiftet 2016-17 centraliserad till Umeå. Nationellt pågår ett nivåstruktureringsarbete inom vulvacancer och regionen har avstått att ansöka om att bli ett nationellt centrum. Beslut har tagits att kurativt syftande behandling av vulvacancer ska utföras vid 4 nationella vårdenheter: Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset Linköping

Vilka konsekvenser detta får för regionen och denna patientgrupp är inte klart men i remissvaret har följande lyfts:

Kostnadsökningar bör beräknas då regionvård upphör och ersätts av rikssjukvård. Detta gäller såväl vårdinsatsen som resor och boende. Avståndet och transportmöjligheten till det behandlande centrum kommer att få konsekvenser för patient och närstående. Det ställer krav på individualiserad reseservice och varje huvudman i regionen måste upprätta en plan för detta. Om närstående ges möjlighet att vara med under behandlingen skulle detta vara en resurs för både sjukvården och patienten.

Kommunikationsvägarna kommer att påverkas, från ett etablerat kontaktnät i regionen för samtliga patienter med gynecancerdiagnos, till att diagnosgruppen vulvacancer kommer att lyftas ut. Respektive sjukhus som remitterar till behandlande centrum ska hålla ihop vårdprocessen. Det ställer högre krav på framförallt kontaktsjuksköterskefunktionen, så att överlämningen av patienten mellan vårdgivare sker på ett för patienten fördelaktigt sätt. Varje vårdgivare måste se över att denna funktion finns och att tillse att adekvat utbildning ges. En nationell MDK kommer att etableras. Detta kräver att alla sjukhus i regionen har adekvat utrustning för att delta samt att logistik fungerar.

Kontroller och eftervård kommer att ske på respektive sjukhus, så som redan idag sker. Enstaka patienter i diagnosgruppen kommer på grund av mycket hög ålder eller påverkat allmänmedicinskt tillstånd inte vara i fysisk kondition att remitteras till ett center. I dessa fall kommer palliativ vård att ges via respektive hemortssjukhus, så som redan idag sker. När behandlingen för patienter med vulvacancer flyttas från regionen kommer kompetensen att successivt försvinna. Det är viktigt att tillse att kompetens för att behandla komplikationer efter behandlingar och kompetens för det palliativa skedet finns kvar i patientens närområde. Fortlöpande utbildning i samarbete med det nationella centrumet vore önskvärt, gärna videounderstött med tanke på avstånden.

Förslag till förändringar

*Beslut om vilket nationellt center norra regionen ska samarbeta måste diskuteras.
Professionen önskar att hela regionen samarbetar med samma center.*

Ovarialcancer

Revidering av det nationella vårdprogram för ovarialcancer är gjort och blev klart 2015. I regionen har utarbetats en regional tillämpning som varit standard under 2016. Standardiserat vårdförlopp är under framtagande för diagnosen och beräknas vara infört under hösten 2016. Parallellt med detta har en utredning av huruvida ovarialcancer ska genomgå nationell nivåstrukturerings pågått. All kurativt syftande kirurgisk behandling av ovarialcancer föreslås utföras vid sex högspecialiserade gynekologiska vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion, med utvärdering efter två år för ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

Endast en sjukvårdsenhet i regionen, kvinnokliniken vid Nus (KK Nus), uppfyller de kriterier som sakkunniggruppen anser ska finnas vid en högspecialiserat gynekologiskt center (HGC, se nedan). Vid regiondagen 151130 diskuterades frågan av professionen och man hade då enighet att stödja KK Nus att utveckla ett HGC i enlighet med sakkunnigförslag. Då det gäller välvärnsade ovarialförändringar, där misstanken på malignitet är låg, kommer det att finnas möjlighet att remittera fallet för diskussion på MDK och då beslutas om var patienten ska opereras. I praktiken arbetar norra regionen redan enligt förslaget.

Sakkunniggruppen anser att följande resurser och verksamhetsinnehåll ska finnas vid ett HGC:

- Gynekologiska tumör kirurger och gyn-onkologer, urolog, kolorektal- och övre GI-kirurg samt kärlkirurg.
- Kontaktsjuksköterska, kurator, dietist, sjukgymnast eller motsvarande med bland annat kunskap kring lymfterapi, regional och/eller nationell multidisciplinär terapi-konferens (rMDK eller nMDK). Radiolog, patolog med särskild kompetens/intresse för gynecancer.
- HGC deltar aktivt i forskning- och utvecklingsprojekt nationellt och internationellt samt de nationella kvalitetsregistren. Klinisk forsknings-/utvecklings-/prövnings-enhet samt akademisk miljö.
- HGC tar hand om recidivbehandling och ger råd/ger palliativ vård (individualiserad kirurgi och medicinsk onkologisk eller annan högspecialiserad behandling efter rekommendation från rMDK/nMDK).
- HGC tar hand om den initiala uppföljningen av behandlade ovarialcancerpatienter, därefter decentraliseras kontroller till öppen gynekologisk specialistvård eller till kvinnoklinik nära hemorten. I studier kan det krävas särskild uppföljning.
- HGC ansvarar för regionala och nationella utbildningsinsatser för sjukvård och patientföreningar.

Förslag till förändringar

- All kurativt syftande ovarialcancerkirurgi centraliserats till Nus, Umeå
- Den regionala samordningen av ovarialcancer vården utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

Cervixcancer

Antalet fall av cervixcancer har minskat och det beror till stor del på screeningprogram med cellprovstagning. Ytterligare minskning av antalet fall av cervixcancer till följd av vaccination kommer förhoppningsvis att ske på lång sikt (15-20 år). All behandling av primär cervixcancer (kirurgi och radioterapi) är centraliserad till Umeå. Alla patienter som opereras genomgår robotassisterad kirurgi, förutsatt att det inte finns några patientspecifika kontraindikationer. Det pågår arbete med framtagande av nationellt vårdprogram liksom standardiserat vårdförlopp för cervixcancer som beräknas vara klart under 2016. Vilka konsekvenser detta får för regionen är inte klart i dagsläget.

Förslag till förändringar

- All kirurgisk behandling är centraliserad till Nus, Umeå.
- Inga förslag på nivåstrukturering i avvaktan på nationellt vårdprogram.
- All radioterapi är centraliserad till Umeå

Corpuscancer

Det pågår arbete med revidering av nationellt vårdprogram för corpuscancer, som beräknas vara klart 2016. Ett förslag till standardiserat vårdförlopp är utarbetat och beräknas införas under 2017. Corpuscancer har ökat de senaste decennierna. Majoriteten av patienter upptäcks i ett tidigt skede. Vid diagnos görs en riskindelning gällande stadiumindelning av tumörerna i hög- respektive lågrisk. Patienter i högriskgruppen genomgår en mer komplicerad operation med lymfkörtelutrymning, medan patienterna i lågriskgruppen genomgår enklare kirurgi. Högrisk-fallen genomgår robotassisterad kirurgi, förutsatt att det inte finns några patientspecifika kontraindikationer. Ett fåtal av dessa operationer utförs i Sundsvall, då med öppen operationsteknik.

Förslag till förändringar

- Operationer i högriskgruppen bör centraliserats till Umeå
- Inga förslag på nivåstrukturering i avvaktan på nationellt vårdprogram.

Utredning/diagnostik

Utredning för de olika diagnoserna finns beskrivet i respektive vårdprogram. Generellt för alla utredningar är en grundlig anamnes, klinisk kroppsundersökning och gynekologiskt status, histologisk eller cytologisk diagnos från tumören, en basal bilddiagnostisk utredning med gynekologiskt ultraljud, CT thorax-buk och eventuellt MR lilla bäcken. I vissa utvalda fall görs en PET-CT, som enbart görs i Umeå, ansvarig läkare på hemorten kan remittera patienten för PET-CT. Övrig bilddiagnostik sker på respektive hemortssjukhus.

MDK (multidisciplinär konferens)

I norra regionen har en fungerande MDK tagits fram under 2012-2015. MDK genomförs på veckobasis från Umeå. Där deltar gynonkolog, gynekologisk tumörkirurg, radiolog, patolog, kontaktsjuksköterska och operationsplanerare. Vid behov deltar även colorektalkirurg, övre-gastrokirurg, urolog, kärlkirurg, plastikkirurg och stomiteurapeut. Regionen deltar vid MDK via videounderstöd regional MDK, där ansvarig läkare på hemsjukhuset och kontaktsjuksköterska deltar. Det är patienter med avancerad sjukdom som bedöms på den regionala MDK:n. På MDK:n tas beslut *vilken* behandling som ska erbjudas (medicinsk onkologisk behandling, strålbehandling, kirurgi eller en kombination av dessa) och *var* den eventuella behandlingen ska ske. De patientkategorier där sjukdomstillstånd och behandling är väl-definierade och överenskomna tas inte upp på MDK.

Nationell MDK kommer att behöva etableras för de diagnoser som är föremål för nationell nivåstrukturerings, och för detta krävs att alla sjukhus i regionen har adekvat utrustning för att delta samt att logistik fungerar.

Förslag till förändringar

- *Etablera nationell MDK för de diagnoser som blir föremål för nationell nivåstrukturerings. Fungerande regional MDK finns.*

Behandling

Behandlingen individualiseras beroende på diagnos, stadium och allmäntillstånd. Det finns nationella vårdprogram för behandling av ovarialcancer och corpuscancer. Nationella vårdprogram för cervixcancer och trofoblasttumörer är under bearbetning och beräknas komma under 2016. För vulvacancer finns ännu inga nationella vårdprogram, så därför följer norra regionen de vårdprogram som utarbetas av region syd och väst. De behandlingsmodaliteter som erbjuds är kirurgisk behandling, medicinsk onkologisk behandling (kemoterapi, mål-inriktade läkemedel, hormonell terapi) och radioterapi.

Strålbehandlingsenheter finns i Umeå och Sundsvall, där större delen av patienterna behandlas i Umeå.

Samtliga patienter remissbedöms av läkare på gynonkologiska enheten i Umeå, som tar ställning till att adekvat behandling föreslås. Detta sker i nära samarbete med tumörkirurg från kvinnokliniken i Umeå. Aktuell behandling kan många gånger initieras centralt och därefter föras ut till regionen i möjligaste mån, så att patienten får så korta resor som möjligt. Cytostatikabehandling och viss annan antitumoral behandling har tidigare genomgått en decentralisering, där stora delar av behandlingen ges på hemsjukhusen med behandlingsrekommendationer från onkologkliniken, Nus.

- *Behandlingsrekommendationer är centraliserade till Umeå.*

Operation

Avancerad sjukdom vid äggstockcancer, vulvacancer och patienter i högriskgruppen corpuscancer har redan genomgått en regional nivåstrukturerings. Robotkirurgi kommer troligtvis att vara ett krav om cervixcancer blir föremål för nationell nivåstrukturerings, och detta ökar Umeås möjligheter att ansöka att bli ett centra.

Cancerrehabilitering

Det har under 2014-2015 pågått ett projekt (Carereprojektet) i vårdprocessen, med fokus på cancerrehabilitering, kontaktsjuksköterskan och ”Min vårdplan”, och att arbeta strukturerat med cancerrehabilitering. Ett syfte har varit att i verksamheten skapa en struktur för hur och när cancerrehabiliterande åtgärder initieras och av vem på olika nivåerna. Det har utarbetats rutiner inom flera olika områden, kontaktvägar är etablerade och införandet med samma modell av ”Min vårdplan” i hela regionen har inletts.

Många problem som patienter med gynekologiskcancer har efter behandlingar delar de med andra diagnosgrupper, som urologisk cancer eller kolorektalcancer. Det pågår ett arbete med att skapa ett bäckencentrum i norra regionen, vilket kräver samverkan mellan flera olika kliniker och professioner. Där ska patienter med specifika behov och problem i bäckenområdet bedömas och behandlas i ett multiprofessionellt team. Ett bäckencentrum skulle vara till hjälp

för flera patienter och närstående inom olika diagnoser, då vårdinsatser och bedömningar skulle utgå från behoven och inte diagnosen.

Sexologiska behov

Kvinnor med gynekologisk cancer har ofta behov av sexuell rådgivning och behandling, då många behandlingar kan påverka sexualiteten. Många läkare, kontaktsjuksköterskor, kuratorer och övrig personal upplever att de har otillräcklig kunskap inom området. I regionen finns endast ett sexologiskt centrum, i Umeå.

En utbildning inom sexologi har erbjudits inom ramen för Carereprojektet, där den allmänna kunskapsnivån har höjts. Det har även bidragit till att åter lyfta frågan om specialistkompetens i regionen inom området, där det i vårdprocessen behöver skapas rutiner för när det i regionen är aktuellt att remittera till sexologisk enhet. Enheten är liten och ligger organisatorisk under urologen, NUS, och har en person som är anställd på heltid som är socionom, leg. psykoterapeut och auktoriserad sexualterapeut. Medicinsk ansvarig läkare är urolog, och enheten har en konsulterande läkare på kvinnokliniken. De patienter som har någon typ av sexologisk problematik, oavsett vilken sjukdom, kan remitteras till enheten. Det innebär att regionpatienter kan remitteras till enheten där patienten och eventuell närstående kan erbjudas medicinsk konsultation och sexologisk behandling, enskild eller i par.

Lymfödem

Det finns tillgång till lymfterapeuter i varje landssting/region. Patienter som har en ökad risk för lymfödem ska få information om egenvårdsråd och göras uppmärksamma på när de ska söka sjukvård.

Fertilitet

Det är få patienter som berörs och de som behöver komma i kontakt med fertilitetscentrum upplevs få adekvat omhändertagande. Remiss kan skrivas till IVF-klinken i Umeå från hela regionen.

Förslag till förändringar

- *Regionalt och lokalt utarbeta rutiner gällande sexuell rehabilitering, inklusive rutin för hur patienten blir informerad och behandlad för sammanväxningar i vagina efter behandling*
- *Arbeta för att ett regionalt bäckencentra skapas i samverkan med olika professioner och andra aktuella kliniker*
- *På landstingsnivå säkerställa att det finns rutiner gällande lymfterapi*
- *Införa kontaktsjuksköterskor på länsdelssjukhusen*

Ökad decentralisering

Målet är att så mycket av behandlingen som möjligt ska ske nära patientens hem. Cytostatikabehandling och annan antitumoral behandling decentraliseras allt mer. Decentralisering av cytostatikabehandling innebär att cytostatikamottagningar i regionen måste vara välutrustade för att kunna ta dessa ofta komplexa behandlingar. Lokalt ansvariga läkare måste vara väl insatta i såväl verkningsmekanismer och biverkningar. Detta ställer högre krav på regional utbildning inom aktuella behandlingar och deras biverkningsprofiler. Det behövs även kunskap i egenvårdsråd och strukturerad utvärdering under behandlingsperioden. Det finns utarbetat behandlingsmallar som stöd för hemsjukhusen vid exempelvis dosförändringar.

Förslag till förändringar

- *Fortsatt arbete med att säkerställa en säker decentralisering av cytostatikamottagningar i regionen*

Konsekvenser för diagnostik

Det finns en stor brist på patologer och de som har specialistkunskap inom denna tumörgrupp. Det skulle behövas en tydlig definition på en gynpatolog, då det inte är helt klart idag. Eftergranskningar av PAD vid universitetssjukhus är en kvalitetsparameter i cancervården som eftersträvas i regionen, vilket både är resurskrävande då provet behöver granskas igen och ökar ledtider.

Olaparib är ett nytt läkemedel som kan användas vid recidiv hos patienter med ovarialcancer som bär på en BRCA-mutation i primärtumören. För att hitta dessa patienter krävs att man vid primäroperationen analyserar mutationen på färskfrusen vävnad för att uppnå säker diagnos. Det krävs en logistik i omhändertagandet av tumörmaterial från operationsavdelningen så att färsk tumörvävnad direktfrysas för mutationsanalys samt formalinfixeras för sedvanlig diagnostik. Detta kräver medverkan av patologavdelningen vid utskärning av preparaten. Denna logistik finns redan uppbyggd i Umeå för tillvaratagande av färskfruset material för forskning, dock inte för kliniskt bruk. För närvarande utförs analyserna endast i Lund.

I det nationella vårdprogrammet föreslås att samtliga patienter med diagnosen ovarialcancer ska vävnad tillvaratas för att senare kunna analyseras för BRCA-mutationer i tumören (cirka 70 patienter/år i norra regionen). Av dessa ca 70 patienter kommer ca 50 patienter att ha en serös ovarialcancer. Av dessa 50 patienter kommer ca 25% att ha mutationen, det vill säga cirka 12 patienter. För att erhålla läkemedlet krävs att patienten kommer i partiell eller komplett remission efter att hon behandlats med platinuminnehållande cytostatika i second-line. En grov uppskattning ger då att det kommer att röra sig om cirka 5 patienter/år i norra regionen, som kan bli aktuella för behandling till en kostnad av 50 279 kr/månad per patient. Total läkemedelskostnad per patient beräknas till 563 125 kr. Behandlingstiden förväntas bli cirka 11 månader i snitt enligt registreringsstudien.

Följande rutin gäller vid handläggning i norra regionen: Om patienten uppfyller kriterierna för adekvat cytostatikasvar av första linjens behandlingar och andra linjens tre inledande behandlingar skickas från gynonkologen, NUS en remiss tillsammans med tumörvävnad från primäroperationen för BRCA-analys till Lund, till en kostnad av ca 17 000 kr/prov (cirka 30 prover per år beräknas). Under det att patienten får de tre avslutande cytostatikabehandlingarna hinner analysen utföras och för de patienterna som har muterad tumörvävnad kommer *Olaparib* att ordinerar av gynonkolog efter avslutad cytostatikabehandling. Analysen utförs i dagsläget på tumörklossar, men målsättningen är att den ska utföras på färskfruset material från primäroperationen, då detta ger ett säkrare analysresultat. För de patienter som har en BRCA-mutation i tumör bör även remiss utfärdas till mottagningen för familjär cancer, NUS. Detta för att utreda huruvida mutationen sitter enbart i tumörvävnaden eller om det finns en ärftlig komponent i patientens genom.

Förslag till förändringar

- *Utarbeta en klinisk rutin för direktfrysning av ovarialtumörvävnad*
- *Överväga att sätta upp analysmetoden för BRCA-mutationen på NUS, Umeå .*
- *Stärka patologin*

Konsekvenser för operativ behandling

När vulvacancer genomgår nationell nivåstrukturerings kommer Nus att förlora kompetens för dessa ingrepp. Inrättande och deltagande i nationell MDK för denna diagnosgrupp måste

genomföras. Antalet operationer av avancerad gynekologisk cancer i Umeå kommer att öka. Kompetensen för avancerad bukkirurgi kommer att minska på läns- och länsdelssjukhus. Man bör ge möjligheter för läkare att auskultera på såväl regionalt som nationellt center.

- *För att upprätthålla kompetens i regionen behövs samverkan och erfarenhetsutbyte regionalt och nationellt via MDK och auskultationer.*

Konsekvenser för icke-operativa behandlingsmetoder

Strålbehandlingsenheter finns i Umeå och Sundsvall, där större delen av patienterna behandlas i Umeå. Några enstaka patienter med högrisk corpuscancer får postoperativ strålbehandling i Sundsvall, samt de kvinnor som får palliativ strålbehandling. Kompetens för kurativt syftande strålbehandling av vulvacancer kommer att försvinna från Nus. Fortfarande kommer det att finnas behov av palliativ strålbehandling i regionen

- *För att upprätthålla kompetens i regionen behövs samverkan och erfarenhetsutbyte regionalt och nationellt via MDK och auskultationer*

Konsekvenser för cancerrehabilitering

I Carereprojektet har det utarbetas bättre kontaktvägar och team runt patienten. Teamet har fått en ökad kunskap om varandras områden, vilket stärker behovsbedömningar och att rätt åtgärder sätts in. Projektet har även visat på de brister som funnits/finns på vissa enheter och har gett möjlighet till ett fortsatt utvecklingsarbete. Vissa landsting har även tryckt på behovet av att skapa multidisciplinära team inom landstingen.

- *Fortsatt arbete på landstingsnivå för att säkerställa en fungerade rehabiliteringsprocess i rutinvården.*

Konsekvenser för handläggande av komplikationer

Enstaka patienter i diagnosgruppen kommer på grund av mycket hög ålder eller påverkat allmänmedicinskt tillstånd inte vara i fysisk kondition att remitteras vidare, utan kommer att få behandling på hemorten. För de diagnoser som blir aktuella för nationella nivåstrukturerings kommer patientens eftervård och kontroller att ske på respektive sjukhus.

Då det även fortsättningsvis kommer att finnas behov av kompetens i hela regionen är det mycket viktigt med fortlöpande utbildning.

- *För att upprätthålla kompetens i regionen behövs samverkan och erfarenhetsutbyte regionalt och nationellt.*

Registrering i kvalitetsregister

Inrapportering i kvalitetsregister är i stort behov av strukturering för att höja täckningsgrader. Det pågår ett ständigt arbete med att hitta hållbara lösningar för detta i hela regionen. Det pågår även ett arbete med att revidering av blanketterna till de olika registren som kommer under 2016. Nivåstrukturerings av ovarialcancer kommer att utvärderas efter två år för ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

Stort behov av att strukturera inrapportering i kvalitetsregister föreligger.

Palliativ vård

Palliativ vård ges via respektive hemlandsting inom hemsjukvården, det är varje kliniks ansvar att skapa kontaktvägar för hur kontakt initieras med den palliativa enheten i landstinget. Det finns en gratis webbutbildning på 4 timmar som rekommenderas att all personal går för en allmän kompetenshöjning inom palliativ vård.

Behov av investeringar

Det finns sedan tidigare ett visst investeringsbehov av utrustning för att möjliggöra optimalt deltagande vid MDK för länsdelssjukhusen samt av behov av teknisk support. Landstingen behöver säkerställa att regionen har adekvat utrustning för att delta samt att logistik fungerar vid såväl regionala som nationella MDK.

Behov av utbildningsinsatser

MDK är viktiga ur utbildningssynpunkt, det är därför bra om det ges möjlighet för professionen att delta vid MDK. Utbildning av fler tumörkirurgier och behövs för att ta emot ett ökat patientantal och möta förväntade pensionsavgångar. Utbildning av gynonkologer och gynpatologer behövs.

Övriga ekonomiska konsekvenser

Kostnadsökningar bör beräknas då regionvård upphör och ersätts av rikssjukvård för de diagnoser som är aktuella för nationell nivåstrukturerings. Detta gäller såväl vårdinsatsen som resor och boende. Avståndet och transportmöjligheten till det behandlande centrat kommer att få konsekvenser för patient och närstående. Det ställer krav på individualiserad reseservice och varje huvudman i regionen måste upprätta en plan för detta. Om närstående ges möjlighet att vara med under behandlingen skulle detta vara en resurs för både sjukvården och patienten.

Ett ökat antal avancerade kirurgiska ingrepp på Nus kommer att innebära ett ökat behov av operationsutrymme, avancerad anestesi och postoperativt vårdbehov.

En ansökan om Olaparib är gjord sedan tidigare i regionen för ett standardiserat införande. En uppskattning är att ca 5 patienter kommer att erbjudas Olaparib i regionen/år.

1.8.1. Cervixcancerprevention

Nuläge

Ungefär 40 kvinnor insjuknar årligen i norra regionen med diagnosen livmoderhalscancer. Antalet har minskat betydligt sedan screening för livmoderhalscancer med cellprover introducerades i vårt land för cirka 50 år sedan. Varje år screenas cirka 50000 kvinnor i norra regionen med gynekologisk cellprovskontroll (GCK). Ett nytt nationellt vårdprogram är under framtagande utgående från Socialstyrelsens nya rekommendationer från juni 2015.

Vårdkedjan idag och behov framöver där diskussioner om nivåstrukturerings är aktuell

A: Provtagning

Inom GCK tas prover på kvinnor på samtliga barnmorskemottagningar i hela regionen inom ramen för mödrahälsovårdens uppdrag. Ett nytt screeningprogram medför behov av utbildning, men kommer även fortsättningsvis att vara basen i GCK-screeningprogrammet.

B: Cellproverna analyseras av cytodiagnostiker på de fyra patologlab som landstingen/regionen själva driver eller har avtal med.

NLL – har tjänsten upphandlad av Unilabs, som har samarbete med sina övriga lab i landet och Europa

VLL – bedriver verksamheten på NUS

LVN – bedriver verksamheten på Sundsvalls sjukhus

RJH – har avtal med VLL, Laboratoriemedicin på Nus bedriver verksamheten på patologlab i Östersund och på Nus.

Problem: Det är stor brist på cytodiagnostiker i regionen, och det är mycket svårt se hur rekrytering för att täcka behoven i regionen ska lyckas framöver, även om ny utbildning startas på KI hösten 2016. Även vid planerat införande av primär HPV-test för vissa åldersgrupper inom screeningprogrammet framöver (troligen under 2017) kommer behovet av snabb diagnostik med hög diagnostisk säkerhet att vara fortsatt stort.

C: HPV-testerna ska utföras på ackrediterade labb, även metoden för HPV-testet ska vara ackrediterad och använt test vara i enlighet med nationella krav, tillgång till virologisk kompetens ska vara säkerställd.

Problem: hur stora HPV-provvolymer krävs för att detta ska vara genomförbart?

B+C:

Problem: När det gäller **logistiken** är det centralt att ”cellprovsburkshantering” blir rationell då avvikande prover i såväl primär cellprovdiagnostik som primär HPV-diagnostik ska ”reflex-testas” med den andra prov typen. Om detta inte är optimalt kommer det att kunna påverka patientsäkerheten och svarstiderna negativt.

IT-systemen:

Problem: Stort behov av funktionellt IT-stöd för laboratorieverksamheterna i dessa stora flöden och registrering av sammanhållna cytologi- och HPV-testsvar. Det är även stort behov av adekvat IT-stöd för ”GCK-screening-organisationen”, för kallelser, ombokningar och brev-svar till patienterna, samt behov av ”kontrollfiler” för uppföljning efter behandling. Diskussioner pågår om eventuellt införande av ett nationellt kallelsesystem, men tillsvidare är det första steget att vi snarast (under 2016) i alla fyra landstingen/regionen får införa uppkoppling mot den så kallade ”cytburken”.

Förslag till förändringar

Det är stort behov av diskussion inom landstings- och regionledningar samt bland verksamhetschefer för de inblandade laboratoriemedicinska verksamheterna angående en gemensam strategi och olika möjliga former av samverkan inom regionen (eventuellt även med lab i andra delar av landet) för att klara av de identifierade problemen ovan. Det finns även behov av inventering av eventuell ny teknik, som kan användas för delar av den cytologiska diagnostiken, om rekrytering av tillräckligt många cytodiagnostiker inte kommer att lyckas. Involvering av IT-ansvariga och prioritering av nödvändiga förändringar utifrån verksamheternas behov och de nya nationella riktlinjer som är under framtagande behövs.

Konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar

Konsekvenser för screeningprogrammet

OM dessa problem INTE får en fungerande lösning riskerar vi att denna så framgångsrika preventionsinsats, GCK, inte längre kan erbjudas alla kvinnor i regionen på ett säkert sätt.

Konsekvenser för diagnostiken inom laboratoriemedicin

Vitalt är att ledningarna för regionen laboratorier tillsammans finner hållbara lösningar för fortsatt säker cytologidiagnostik för GCK-prover och säkra HPV-test med vettig logistik av dessa stora provvolymer samt IT-stöd. Troligen finns behov av resurstillskott.

Konsekvenser för uppföljning och kontroll, inklusive registrering i kvalitetsregister

Det är fortsatt stort behov av regelbunden kvalitetsuppföljning och deltagande i det nationella kvalitetsregistret för cervixcancerscreening, NKCx.

Konsekvenser för diagnostik och behandling vid återinsjuknande

Kvaliteten på och tillgången till cytologisk diagnostik är fortsatt mycket viktig även vid utredning av de förändringar som upptäcks vid screeningen och vid behandling, samt vid uppföljning efter behandling av cellförändringar.

Strukturella helhetskonsekvenser (länssjukhus och regionsjukhus) är svåra att i nuläget bedöma.

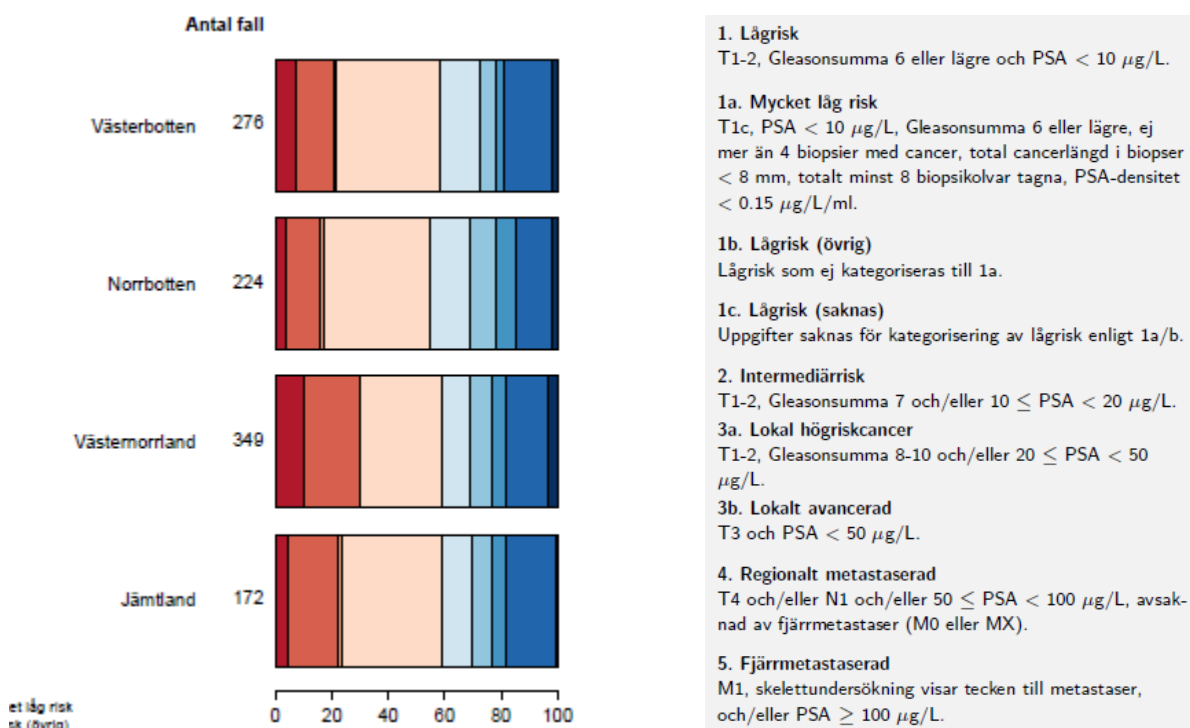
Behov av investeringar måste preciseras senare, utifrån de lösningar som verksamhetscheferna för de laboratoriemedicinska verksamheterna i regionen kommer fram till.

1.9. Urologiska tumörer

1.9.1. Prostatacancer

Nuläge

Inom norra regionen fick 1021 patienter diagnosen prostatacancer under 2014. Det är ett antal som hållit sig relativt konstant under de senaste åren. Det är ur resurs- och nivåperspektivet viktigt att se på fördelningen av riskgrupperna då handläggningen skiljer sig åt mellan dem.



Röd och ljusröd är mycket låg- och lågrisk, ljusrosa är intermediärrisk och så vidare.

De olika delarna av patientens vårdkedja och var de utförs

All primär diagnostik sker nära patienten på läns och länsdelssjukhus. Den första kontakten med sjukvården för dessa patienter är oftast på vårdcentralen. Patienterna kan söka för vattenkastningsbesvär eller oro och ska då kunna erbjudas information om för och nackdelar med

PSA-testet. Vidare utredning av högriskpatienter, som enligt ovan utgör ca 40 % av alla, görs med radiologi i form av skelettscint, MR eller PET-CT på länssjukhus (scint, MR) eller universitetssjukhus (PET).

Kurativ behandling sker enbart på de tre länssjukhusen och Nus när det gäller operation och i Sundsvall och Umeå när det handlar om strålbehandling. Enstaka patienter får strålbehandling i form av brachyterapi utanför regionen, det har då oftast skett i Stockholm. Från LVN har ett antal patienter skickats till Stockholm för robotassisterad kirurgi, även efter att den metoden finns tillgänglig vid Nus.

Aktiv monitorering, som är den rekommenderade förstahandsbehandlingen vid lågriskcancer, utgörande 20-30% av alla nya fall, sker vid primärt diagnostiserande klinik.

Palliativ behandling sker vid alla diagnostiserande enheter med primär hormonblockerande behandling. Vid progress till kastrationsresistent stadium så diskuteras flertalet patienter på multidisciplinär konferens eller remitteras till onkolog i Umeå eller Sundsvall för bedömning om lämplig terapi som sedan i många fall kan administreras på hemorten. De nya tillgängliga terapierna för den här patientgruppen har gjort det svårare att välja lämplig behandling för respektive patient i olika skeden av sjukdomen.

Förslag till förändringar

Behov av koncentrerad på regional nivå av någon del av vårddedjan

Utredning/diagnostik

Utredningen bör bli kvar så nära patienten som möjligt, utan att tumma på kvaliteten. Där kvaliteten är lägre får man överväga koncentrerad av verksamhet. Ett stort problem är bristen på urologer, som på vissa ställen i regionen blir ännu mer akut det kommande året med väntade pensionsavgångar. Tiden till första besök har hittills varit mycket lång, inget sjukhus har klarat att få in mer än en liten andel patienter inom 28 dagar. Förhoppningsvis kan standardiserade vårdförlopp hjälpa en del, men bristen på kompetens är mycket stor.

De sjukhus som är beroende av stafettverksamhet för att fungera är extra sårbara. Det tydligaste exemplet finns i LVN, i Sollefteå saknar man många veckor helt urolog på plats, de deltar aldrig i MDK och inrapporteringen i kvalitetsregistret har i flera år varit bristfällig eller väldigt sen. Dock behöver det inte vara så illa med ett stafettsystem, om man ser till Örnsköldsvik så finns regelbundet återkommande stafettläkare, deltagande i MDK varje vecka samt en bättre inrapportering i kvalitetsregistret. Om det inte blir bättre i Sollefteå bör man fundera över om prostatacancerdiagnostik ska lägga på två sjukhus istället för tre.

För verksamheten i övriga län gäller att länsdelssjukhusen i VLL bör vara med på MDK vilket de inte är idag. I NLL är man organiserade som länsklínik, vilket gör att de som tjänstgör på länsdelssjukhus också arbetar vid länssjukhuset och då får med patienterna på MDK.

Undersökningen med MR är indicerad redan idag enligt vårdprogrammet vid tidigare negativa biopsier med kvarstående cancermisstanke, men indikationen håller på att utvidgas. Multiparametrisk MRT för prostatadiagnostik kan utföras där det finns en magnetkamera, men det är en svårbedömd undersökning som kräver vana vid bedömningarna och möjlighet till återkoppling från klinikern till radiologen. Det gör att själva bedömningarna med fördel skulle kunna centraliseras, för att då kan volymen per radiolog bli tillräcklig för att få god träning. Fallen behöver diskuteras vid MDK för ökad kunskapsspridning och återkoppling till radiologen.

PET-CT är en metod som fått relativt stor användning för prostatadiagnostik. Det sker ständigt utveckling och nya och mer specifika tracers är under utveckling. Att den utrustningen ännu så länge bara finns vid Nus gör att det skapas flaskhalsar i utredningen. Här ser vi ett sannolikt scenario med ökat behov under åren, som kommer för att alla där det är indicerat ska kunna genomgå undersökningen. En utökad kapacitet vid Nus för att möta upp behoven, eller en decentralisering med möjlighet till undersökning vid länssjukhusen, är två olika möjligheter. Det första alternativet utnyttjar den kompetens som redan finns kring genomförande och bedömning av PET-CT undersökningar, medan alternativ två ger kortare resor för patienterna.

För båda bildundersökningsmetoderna gäller att en koncentrering och därmed större volymer gör forskning lättare att genomföra.

Kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling

Patientflödena efter att robotassisterad prostatektomi (RALP) blev tillgänglig vid Nus har inte påverkats särskilt, mycket förutom att något fler Norrbottenspatienter har opererats än tidigare. Det utförs drygt 80 RALP varje år vid Nus, men kapaciteten för roboten beräknades till 120/år för prostatektomier. I det nationella vårdprogrammet rekommenderas att varje enhet som utför prostatektomier oavsett teknik ska göra minst 50 ingrepp per år med motivationen att andelen återinläggningar på grund av komplikationer blir färre vid större enheter och enligt patientenkät blir andelen med bibehållen potens större. Endast två opererande enheter klarar det volymsmåttet. Att flytta bort den verksamheten från de övriga två bedömdes inte möjligt vid föregående nivåstruktureringsplan. Det bör dock ständigt ifrågasättas om så få ingrepp som under 10-15/år gör att kompetensen upprätthålls.

Regionens urologichefer har diskuterat frågan angående operationsvolymer vid prostatacancer och gjort följande ställningstagande, som fått stöd av det regionala chefsamrådet för cancer-vården och RCC Norrs styrgrupp:

” I chefsgruppen för urologi är konsensus att man fortsättningsvis bör avvakta med att nivåstrukturera prostatektomier enligt vårdprogrammets nivå på 50 operationer per sjukhus per år. Antalet operatörer vid varje enhet är redan idag få, även om operationsvolymerna inte når upp till 50 st. I LVN utför operatörerna även övrig kirurgi i lilla bäckenet.

För 2014 finns följande siffror att hämta ur NPCR (siffror för 2015 ej klara):

Landsting	Antal op	Antal strålade	Kirurger
Västernorrland	20	78 (primär terapi registrerad)	2
Västerbotten	51	181 (primär terapi registrerad)	2
Norrbotten	8	-	2
Jämtland	44	-	1-2

Ser man till dessa siffror ges mer strålbehandling i norra regionen än många andra regioner, medan operationsvolymerna är lägre här. På pappret så låga att endast VLL kommer över den satta nivån på 50 patienter per år på ett sjukhus. Dock ska nämnas att patienter har

skickats från VLL och LVN till andra sjukhus för operation. För VLL rör det sig om 10-20 patienter för 2014. NLL:s låga siffror skulle vara intressant att undersöka vidare, då vi såg en något ökad remittering till VLL under 2014.

Jämför man med till exempel Stockholm kommer man att se det omvända förhållandet mellan operation och strålning. För lågrisktumörer (ej mycket lågrisk inkluderade) opereras 46 % av patienterna, medan i norra regionen är siffran 8 %. För intermediärriskpatienterna opereras 71 % och strålbehandlas 18 % av patienterna i Stockholm, medan för norra regionen är siffrorna 33 % och 40 %.

En nivåstrukturering som fokuserar på antalet patienter kan riskera en indikationsglidning och möjligen en förändrad inställning till behandling än vad vi har idag och ingetdera är önskvärt.

I nuläget behöver vi istället utveckla en regional multidisciplinär konferens för prostata-cancer, med deltagande av patolog och röntgenläkare. En mer systematisk årlig uppföljning av resultat för kirurgi borde kunna göras inom till exempel RCC-processarbetsgruppen.

Ett av urologins största problem är att behålla och rekrytera urologer. En strikt nivåstrukturering kommer sannolikt att kraftigt försvåra möjligheterna till rekrytering av nya kollegor. Det finns redan idag länsdelssjukhus utan fasta urologer som är stafettberoende för den urologiska verksamheten. En ytterligare utarmning kommer att påverka den icke-kirurgiska vården för urologiska patienter, det vill säga utredning och uppföljning.”

För strålbehandling, som är koncentrerat till två enheter, är volymerna tillfyllest liksom inrapport till kvalitetsregister. Ingen ändring föreslås. Att starta upp brachyterapi är en så stor omställning från dagens läge att för de patienter där det bedöms indicerat är det rimligare att skicka dem utanför regionen.

Medicinsk behandling av prostatacancer har fått nya möjligheter sedan föregående nivåstruktureringsplan. Tidig kemoterapi vid nyupptäckt metastatisk sjukdom kommer att bli standard för de patienter som bedöms tåla det. Därefter finns flera nya läkemedel för män med obotlig sjukdom, och att välja rätt läkemedel till rätt patient blir en utmaning. För att följa upp det finns nu ett verktyg i form av kvalitetsregistermodul i INCA speciellt utformad för män med relapserad eller primärt metastaserad sjukdom, Patientöversikt Prostata Cancer (PPC). Varje enhet som behandlar dessa män bör registrera dem här för att vi ska kunna se vad vi gör, hur vi gör det och vad vi åstadkommer med det vi gör.

Cancerrehabiliterande åtgärder

Det finns behov av ett bäckenbottencentrum för hantering av svåra, mer sällan förekommande komplikationer efter kurativ behandling. Med fördel ett gemensamt utnyttjande för olika maligniteter i bäckenet. Här ryms prostata, urinblåsa och penis som urologiska maligniteter, rektalcancer inom kirurgi och gynekologiska maligniteter oavsett sort. Ett sådant arbete är påbörjat och ska också kunna rymma svåra komplikationer efter förlossningar. Då komplikationerna kan vara svåra och röra flera funktioner i bäckenet, såsom miktions (tömning av urinblåsan), avföring, sexualitet, smärta med flera, är det bra med ett helhetsgrepp. De svåra fallen är ändå relativt sällsynta och för att få erfarenhet av att hantera dem behövs en koncentration. Sexolog är en funktion som tydligt efterfrågas av en del mer pålästa patienter och den är svår-åtkomlig, då sexologiskt centrum endast finns vid Nus. För en mer jämlik vård där fler ska

kunna få tillgång utöver de som vet att en sådan hjälp existerar borde tillgången till sexologisk kompetens utökas centralt, alternativt finnas på varje länssjukhus.

Behov av ökad decentralisering av någon del i vårdkedjan

- a) Se ovan angående diagnostik. Närhet till var patienten befinner sig är viktigt för att kunna ha snabba vägar in till utredningen. Jämför med större städer söderut där mycket diagnostik bedrivs hos privat öppenvård.
- b) Samtliga enheter har fått eller börjar få kontaktsjuksköterskefunktionen på plats som ett viktigt led i rehabiliteringen. Alla enheter behöver ha tillgång, då tryggheten i att veta vart man vänder sig i första hand är jätteviktig för många patienter.
- c) Uroterapeut finns tillgänglig för alla patienter inför kurativ behandling, men kapaciteten bör räcka till även för icke-kurativa patienter som många gånger har likartade problem.
- d) Kurator är en resurs som ofta delas med flera andra diagnoser och ska finnas till för alla skeden i sjukdomen, primärdiagnos, återfall, livets slutskede. Det gör att tillgången blir knapp och endast de svåraste fallen kan prioriteras. Sådan kompetens behöver finnas nära så att både den sjuke och hans anhöriga kan få stöd.
- e) Koordinatorsfunktion, för att få de standardiserade vårdförloppen att flyta på är det viktigt att koordinatören finns nära verksamheten och har överblick dels över flödet på hemmaplan dels över de resurser som eventuellt måste bokas på annan ort.

Konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar

Konsekvenser för screeningprogram är en central fråga som hanteras av Socialstyrelsen, och är inte aktuellt just nu.

Konsekvenser för diagnostik vid primärvård och sjukhus

- Om någon enhet inte blir kvar för primärutredning blir det längre resor för patienterna. Den möjliga vinsten för patienten blir en högre kvalitet och en jämnare tillgång till vård. För sjukvården blir det en ökad belastning på de enheter som blir kvar då de ska svälja den volym som annars togs om hand av det andra sjukhuset/enheten.
- MR-undersökning primärt i utredningen kräver en kapacitetsökning av tillgängliga tider på MR-kamerorna. Det krävs också att fler radiologer utbildar sig i bedömningen av dessa bilder. Om inte alla sjukhus med MR-kamera kommer att erbjuda undersökningen kan det bli långa resor för patienten. Detta gäller helt och hållet även för PET-CT undersökningar.

Konsekvenser för operativ behandling, såväl akut som elektiv

- Prostataktomi är aldrig en akut operation, den görs endast elektivt. Eventuella sena komplikationer efter utskrivning som kräver återinläggning och operativ åtgärd är få men måste beaktas. Om de enheter som utför få prostataktomier skulle sluta göra dem frigörs ett fåtal tider för andra operationer på de enheterna, medan de ändå ska göras någon annanstans. Om då inte kapaciteten räcker till där uppstår köer om inte arbete kan omfördelas. Rekryteringsfrågan får också tas med i beräkningen, liksom bakjours-kompetens.
- För patienterna som i de allra flesta fall ändå måste resa till sjukhuset för sin operation blir skillnaden inte så stor, resan blir lite längre. Det kan bli svårare för de närstående att komma på besök.

- Denna fråga är så pass komplex att den kräver en helt egen utredning där man också ser på hur det är gjort i övriga Sverige.

Konsekvenser för cancerrehabilitering

- För patienten kan en ökad tillgång till rehabilitering medföra en lättare återgång till ett liv som liknar det han hade före operation/strålbehandling.
- För sjukvården uppstår ett behov av rekrytering av ytterligare uroterapeuter och sexologer för utökad tillgänglighet.
- Vid konstruktion av bäckenrehabiliteringscenter, en ny resurs som skulle vara till för hela regionen berörs samtliga vårdenheter, varifrån ska kompetensen tas, var ska centrat fysiskt finnas, vilka kompetenser ska ingå i ett sådant team.

Konsekvenser för handläggande av komplikationer

- tidiga komplikationer (under vårdtiden): Ingen skillnad mot idag.
- sena komplikationer (efter avslutad vårdepisod): Eventuellt behov av reoperation skulle kunna försvåras om primäroperatören finns på annat sjukhus. För strålbehandlingskomplikationer så finns de enheterna idag långt ifrån patienten, med utökad kontaktsjuksköterskefunktion även där kan patienterna få råd om egenvård snabbare.

Konsekvenser för uppföljning och kontroll, inklusive registrering i kvalitetsregister

Koncentrering av verksamhet till enheter där uppföljning och kvalitetsregisterarbete fungerar höjer kvaliteten i sig och det går att se vad som görs. För patienten märks det inte direkt i mötet med vården, men på sikt blir det tryggare om enheten kontrollerar sig själv och följer upp vad den gör.

Konsekvenser för diagnostik och behandling vid återinsjuknande

En ökad förmåga att fastställa arten av recidiv, lokalt eller fjärrspridning med PET-CT och MR gör att det uppstår ett ökat behov av att utnyttja dessa undersökningar. För patienten kan det ge en möjlighet till mer precis och korrekt behandling i den situationen men kräver förstås resa för att göra undersökningen. För de enheter som kan behandla recidiv kan det bli en ökad belastning för att utföra fler behandlingar. Även för de som ska sköta diagnosticerandet då en ökad behandlingsmöjlighet kräver ökad diagnostisk aktivitet som ska skötas nära patienten. Varje patients behov behöver belysas och det görs enklast på en multidisciplinär konferens. Konsekvens av det blir att radiolog behöver vara med på konferensen vilket inte är fallet idag.

Konsekvenser för palliativ vård

- Mer kuratorskompetens närmare patienten gör skillnad även för patienter och närstående i det palliativa skedet som kan få ökat stöd. Vid förlust av någon enhet som geografiskt ligger närmare patienten behövs samarbete med andra specialiteter vid eventuella behov av inneliggande vård. Det sker i stor utsträckning redan idag.
- Fler behandlingsmöjligheter i palliativ fas gör att fler patienter behöver diskuteras på MDK för att de ska kunna få samma möjligheter oavsett var de bor. MDK behöver bemannas med rätt kompetenser från alla deltagande instanser. Uro-onkologer, urologer, radiologer och patologer är alla från specialiteter med stor bristsituation vilket gör att det kan bli svårt att hinna/orka med att diskutera alla. Det är också så att för en riktig bedömning av onkolog om vilken behandling som är lämplig behövs många gånger ett personligt möte med patienten, därefter kan behandlingen ofta skötas på hemorten. Läkare på hemorten kommer att behöva lägga mer tid på utvärdering av behandling av denna patientkategori, tid som måste tas någon annanstans ifrån.

- För patienten är de ökade behandlingsmöjligheterna till godo om han kan få tillgång till dem.

Konsekvenser för behov av investeringar

- Mer kapacitet för PET-CT och MR-undersökningar. God televideokapacitet. Fler än en konferens med möjlighet för visning av bild och funktionsundersökningar måste kunna pågå samtidigt.
- Bäckebottenrehabiliteringscenter; någon form av koordination av de insatser som behövs runt varje patient behöver komma till.

Konsekvenser för behov av utbildningsinsatser

- Utbildning av radiologer och nuklearmedicinare för tolkning och bedömning av MR prostataundersökningar och PET-CT.
- Utbilda eller rekrytera sexologer.

Övriga ekonomiska konsekvenser

- Beroende på lokalisering av diagnostik och behandling kan ett behov av ökat resande uppstå.
- Om annan fördelning av enheter än idag behöver de kvarvarande dimensioneras för en ökad belastning.

1.9.2. Urologiska tumörer utom prostatacancer (underlag omfattande urinblåsecancer, urotelial uretär- och njurbäckencancer, peniscancer och testiscancer)

Antalet patienter som insjuknar årligen i regionen:

Urinblåsecancer cirka 240 personer

Urotelial uretär- och njurbäckencancer: cirka 30 personer

Peniscancer: cirka 10-15 personer

Testiscancer: cirka 30 personer insjuknar årligen i Testiscancer

Urinblåsecancer

Nuläge

Vårdkedjan

Primär diagnos och transuretral resektion (TURb) sker på samtliga slutenvårdsenheter i regionen

Avancerad urinblåsecancer

Av de 240 patienterna har totalt cirka 45-50 personer behov av avancerad högspecialiserad kirurgi och eftervård i form av cystektomi (borttagande av urinblåsan) och urindeviation (urinavledning). Detta utförs inom ramen av verksamheten för ett gemensamt inofficiellt regionalt cystektomitem, där cystektomierna utförs vid NUS (cirka 30-35/år och Sundsvalls sjukhus, cirka 12-15/år).

Sedan år 2012/2013 remitteras inga cystektomipatienter utanför regionen. All högspecialiserad kirurgi och eftervård hanteras inom regionen.

Drygt 80 % av cystektomerade patienter med muskelinvasiv urotelial urinblåsecancer erhåller preoperativ kemoterapi (neoadjuvant kemoterapi). Detta sker inom ramen för cancercentrum i Umeå samt onkologiska kliniken i Sundsvall.

I totalgruppen avancerad urinblåsecancer som cystektomerats (45-50 per år enligt ovan) ingår även icke-muskelinvasiv cancer (cirka 30 % av de som cystektomerats) som inte svarat på gängse konservativ behandling, och därmed kliniskt har en hög risk för progression och i slutändan metastasering. Dessa motsvarar cirka 30 % av de som cystektomerats årligen i regionen.

Enstaka patienter med invasiv adenocarcinom eller skivepitelcancer ingår också i den totala cystektomigruppen.

Cirka 5-10 patienter årligen i regionen med avancerad urinblåsecancer saknar kliniska förutsättningar för avancerad kirurgi. Deras komorbiditet är för hög för att klara den sortens kirurgi. En andel av dessa får istället kurativt syftande strålbehandling, andra erhåller palliativ strålbehandling eller endast palliativ kirurgi vid behov (transuretral kirurgi vid lokala symtom och/eller blödning).

En andel av de patienter som initialt har cystektomerats med kurativ intention, uppvisar inom en femårsperiod (oftast redan efter första 12-24 månaderna), tecken till recidiv och generalisering. Dessa behandlas vid symptomgivande recidiv med palliativ onkologisk terapi.

Icke-muskelinvasiv urinblåsecancer

Incidens cirka 180-190 patienter/år (av totalantalet 240). Denna grupp kan indelas i grovt två riskgrupper;

- En lågriskgrupp - patienter med TaG1-G2 cancer
- En högriskgrupp - patienter med T1G2-G3 cancer med eller utan cancer in situ

Båda riskgrupperna genomgår primär TURb (transuretral resektion, där tumörvävnaden opereras bort med hjälp av ett särskilt operationscystoskop) vid samtliga slutenvårdsenheter i regionen.

Lågriskgruppen går på regelbundna cystoskopikontroller upp till 10 efter senaste diagnos-tillfälle. Vid tecken på recidiv utförs förnyad TURb och vid upprepade recidiv erbjuds instillationer av cytostatika eller tuberkelvaccin lokalt i blåsan efter specifika scheman.

Samtliga instillationsbehandlingar sköts på regionens samtliga urologiska slutenvårdsenheter. De lågriskpatienter som recidiverar med mer avancerad recidiv (högriskdefinitionerna eller till och med muskelinvasiv cancer) flyttas upp i riskbedömningen och i den kliniska hanteringen. En andel av patienterna går vidare till cystektomi (se ovan).

Samtliga patienter i ***högriskgruppen*** ska genomgå en ny TURb (så kallad second resection) inom 2-6 veckor efter det första primära ingreppet. Detta för att säkert urskilja att de inte har en muskelinvasiv cancer (risken är cirka 20-25%) och därmed kvalificerar för i första hand cystektomi.

Vid icke-muskelinvasiv diagnos efter second resection förordas i de allra flesta fall konservativ behandling med täta kontroller. I första hand erbjuds instillationsbehandling vilken utförs på regionens samtliga urologiska slutenvårdsenheter. Om patienten trots detta recidiverar med

cancer i urinblåsan, förordas cystektomi. Hos enstaka patienter med initialt stora volymer högriskcancer (beroende tumörstorlek och antal lokala cancertumörer i urinblåsan) och relativt låg biologisk ålder, kan man erbjuda cystektomi utan att invänta effekterna av lokal instillationsbehandling.

Sammanfattning av nuläget för urinblåsecancer

Vårdkedjan:

TURb: samtliga urologiska slutenvårdsenheter i regionen

Preoperativ kemoterapi: Umeå/Nus (VLL) och Sundsvall (LVN)

Cystektomier: Utförs inom ett enda inofficiellt regionalt cystektomiteam på två ställen:

Umeå/Nus (VLL) och Sundsvall (LVN)

Strålterapi: Umeå/Nus (VLL) och Sundsvall (LVN)

Palliativ onkologisk terapi: Umeå/Nus (VLL) och Sundsvall (LVN)

Ett enda inofficiellt operationsteam som opererar patienterna på två olika orter är genomförd/genomförs. Samarbetet växer stadigt med gemensamma riktlinjer, gemensam snabbt expanderande forskning, samarbete kring registerfrågor, cirkulerande operatörer i båda riktningarna, successivt utarbetande av gemensamma PM. Avseende onkologisk terapi nivåstrukturering redan utförd, med endast två enheter i regionen.

Inga patienter behöver skickas utanför regionen.

Förslag till förändringar

Behov av koncentrerad på regional nivå finns inom

- utredning/diagnostik: Det föreligger ett uttalat behov av en ökad urologisk kompetensförsörjning avseende primärdiagnostik och primäroperation (TURb) vid ett antal enheter motsvarande ett antal länssjukhus (Gällivare, Skellefteå, Lycksele och Örnsköldsvik). Kompetensförsörjningen försämras för varje år och patienterna riskerar att bli utan urologisk kompetens på ovannämnda ställen inom en mycket nära framtid.
- kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling avseende TURb, se ovan. Avseende cystektomierna, så är norra regionen den region som har kommit längst nationellt med regional nivåstrukturering om man beaktar samtliga aspekter som en sammansatt och komplex verksamhet:
 - Regional samverkan och samsyn
 - Veckovisa länkade MDKer
 - Ett enda sammansatt (men inofficiellt) cystektomiteam
 - Kvalificerad forskning och utveckling

Vid utredningen avseende nationell nivåstrukturering förordade den nationella expertgruppen i remissutlåtande en regional nivåstrukturering, men avvisade helt tanken på en nationell nivåstrukturering. Samtliga sakkunniga i den nationella gruppen var eniga om detta. Våren 2016 lades ett remissförslag om att ingreppet ska utföras vid en vårdenheter i varje sjukvårdsregion. Regionen stödjer förslaget, med förbehållet att verksamheten som bedrivs av det etablerade regionala cystektomiteamet ses som en regiongemensam vårdenheter.

Den onkologiska behandlingen i Sundsvall och i Umeå ligger på nationell toppnivå. Inget behov av finns av ytterligare regional nivåstrukturering. Det innebär att ingen förändring planeras av regionens cystektomiverksamhet.

- cancerrehabiliterande åtgärder
Följande områden behöver prioriteras de närmaste åren
 - Sexualmedicinska insatser. Fysisk träning före och efter cystektomi
 - Rökavvänjning
 - Strukturerad kontroll och uppföljning av försämrad hörsel, med i vissa fall bestående hörselnedsättning, efter neoadjuvant kemoterapi som föregår cystektomi i en hög andel.

Den sexologiska kontaktverksamheten behöver samordnas i hela regionen. I nuläget har endast urologienheten vid Nus en sexolog knuten till verksamheten. Övriga punkter kan inte förstärkas med hjälp av nivåstrukturerad, det rör sig om patientnära verksamhet som passar bäst i en decentraliserad form.

I den nämnda forskningsverksamheten som cystektomiteamet bedriver i regionen ingår kommande projekt som ska beröra samtliga fyra nämnda rehabiliteringsåtgärder. De projekten befinner sig i så kallad ”pipeline”.

Konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar

Ökad urologisk kompetensförsörjning för primärt ingrepp (TURb) för att substantiellt förkorta ledtider och för att bibehålla klinisk bedömningsförmåga på ovan listade länsdelssjukhus. Utförandet av TURb har också betydelse för minskad risk för komplikationer, förbättrad långtidsöverlevnad och för patientkontinuitet. En uppgradering och numerärt ökad kompetens för transuretral kirurgi vid listade länsdelssjukhus kommer att ha den positiva konsekvensen att beredskapen stärks vid akuta behov av transuretral kirurgi (kraftiga blödningar med koagelbildning, urinstämning som inte kan hävas med urinkateter och liknande). Patienterna blir inte färre och det finns processmässigt små förutsättningar för att patienter från urologiskt utarmade upptagningsområden, hörande till listade länsdelssjukhus, snabbt ska kunna beredas operationsutrymme i länsdelssjukhusens kösystem. Satsning på länsdelssjukhusen med utvidgad urologisk kompetens för att klara TURb-verksamheten, tarvar riktade insatser på lång sikt. Lösningar med så kallade stafettläkare är suboptimalt ur flera aspekter.

Med en beskriven förbättrad kompetensförsörjning på det transuretrala området så kommer ledtider att kunna hållas och standardiserade vårdförlopp (SVF) kunna bibehållas.

Ett bevarat cystektomiteam i norr med beskriven uppställning, kommer att utgöra en tillgång för att kunna hantera både elektiv och akut kirurgi för följande specialiteter och därmed vara till nytta för fler diagnoser än urinblåsecancer:

- Urologi
- Nedre gastro- och tarmkirurgi
- Gynekologi (framförallt gynekologisk cancerkirurgi) och även i vissa enstaka komplicerade obstetriska ingrepp.

Det blir inga konsekvenser för neoadjuvant/adjuvant behandling. Norra regionens urologi i samarbete med onkologin är drivande nationellt i frågan. Vi har högst procentuella siffror nationellt för neoadjuvant kemoterapi och har ett antal aktiva forskningsprogram i anslutning till just denna terapi. Adjuvant kemoterapi saknar evidens, vilket är en nationell och internationell konsensusbedömning.

Det finns en god beredskap samt god erfarenhet inom de två enheter som ingår i norra regionens inofficiella cystektomiteam, att fortsätta sköta både korttids- och långtidskomplikationer. Teamet har jämförbara siffror i det nationella registret och i vissa avseenden bättre resultat. En påtaglig förbättring avseende komplikationerna vid cystektomier, har från ett nationellt perspektiv blivit ännu tydligare från och med hösten 2014. Detta kan avspeglas i teamets siffror och resultat, både från det interna forskningsregistret samt ifrån det nationella registret.

Det finns behov av ökad samordnande regional utbildning av sjuksköterskor, undersköterskor, kuratorer, sjukgymnaster i samarbete de specialister som ingår i cystektomiteamet.

Strukturella helhetskonsekvenser:

Primärvården: behov av ökat samarbete kring SVF, i övrigt inga konsekvenser

Länsdelssjukhus: ökad satsning på urologisk kompetens för primäroperationen TURb

Länssjukhus och regionsjukhuset: vid avsaknad av ökad satsning på urologisk kompetens för länsdelssjukhusen blir det stora problem för att kunna uppfylla SVF och hålla ledtiderna nere.

Urotelial uretär- och njurbäckencancer

Nuläge

Primärutredningar med röntgendiagnostik sker vid samtliga urologiska slutenvårdsenheter i regionen.

Utredning med uretärskopi sker på fyra enheter i regionen; länssjukhusen och Nus.

Operativ åtgärd: så kallad nefroureterektomi (borttagande av njure plus urinledare) sker på fyra enheter i regionen; länssjukhusen och Nus.

Onkologisk terapi avser de patienter med metastaser eller recidiv som ska erhålla palliativ terapi och sker på två enheter i regionen, Nus och Sundsvall.

Inga patienter behöver skickas utanför regionen.

Förslag till förändringar

- kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling?
En interregional diskussion behöver påbörjas om bildandet av *ett regionalt operations-team* för denna diagnosgrupp. Vidare bör en interregional diskussion påbörjas om att begränsa antalet opererande enheter till högst tre (3) och lägst två (2) i regionen. Detta avseende operationen nefroureterektomi och (i vissa enstaka fall – lokal uretärresektion).

Således föreligger ett behov av regional nivåstrukturering, men definitivt inget behov för en nationell centralisering.

- cancerrehabiliterande åtgärder?
Följande områden behöver prioriteras de närmaste åren
 - Sexualmedicinska insatser
 - Fysisk träning före och efter cystektomi
 - Rökavvänjning
 - Strukturerad kontroll och uppföljning av försämrad hörsel, med i vissa fall bestående hörselnedsättning, efter neoadjuvant kemoterapi som föregår cystektomi i en hög andel

Den sexologiska kontaktverksamheten behöver samordnas i hela regionen. I nuläget har endast urologienheten vid Nus en sexolog knuten till verksamheten. Övriga punkter kan inte förstärkas med hjälp av nivåstrukturering, det rör sig om patientnära verksamhet som passar bäst i en decentraliserad form.

Projekt som nämndes ovan för cystektomerade patienter (med urinblåsecancer) kommer även att inkludera patienter urotelial uretär- och njurbäckencancer i stor omfattning.

Konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar

En regional nivåstrukturering till ett specifikt team som arbetar i hela regionen och endast opererar nefroureterektomier på minst 2 samt högst 3 enheter kommer att ge följande fördelar:

- Enhetlig regional hantering
- Förbättrad följsamhet i registersammanhang
- Rekryteringsbefrämjande i kompetensförsörjningshänseenden
- Bättre underlag för forskning och utveckling
- Bevarad verksamhet i regionen, där annars nationella strävanden från storstäderna riskerar att utarma norra regionen på framtida kompetens inom detta specifika område. En tydlig regional uppstramning kan istället leda till att norra regionens verksamhet kan med tiden betraktas som en nationell förebild.
- Bättre förutsättningar för att introducera neoadjuvant kemoterapi.
- Både korttids- och långtidskomplikationerna att kunna hanteras vid utsedda regionala center. Enklare långtidskomplikationer kommer att kunna hanteras på respektive hemortslasarett. En regional nivåstrukturering till endast ett (1) centrum kan leda till alltför stora geografiska avstånd och kan försvåra patienttransporterna vid allvarliga långtidskomplikationer som tarvar snabb åtgärd.

Det finns behov av ökad samordnad regional utbildning av sjuksköterskor, undersköterskor, kuratorer, sjukgymnaster i samarbete de specialister som ingår i ett, förhoppningsvis, framtida regionalt team.

Strukturella helhetskonsekvenser:

Primärvården: behov av ökat samarbete kring SVF, i övrigt inga konsekvenser

Länsdelssjukhus: De eventuella länsdelssjukhus som utför nefroureterektomier mister dessa.

Det rör sig om enstaka ingrepp per år och medför ingen stor konsekvens.

Länssjukhus: Inga större konsekvenser, utom för ett eller två länssjukhus som kan ingå i ett regionalt team, med en ökad mängd ingrepp

Regionsjukhus: Ökad mängd ingrepp

Det blir ett något ökat resande för patienter som endast ska opereras på minst 2 men max 3 enheter i regionen. Ökade resurser kan behövas till de enheter som får ökade slutenvårdsinsatser.

Peniscancer

Nuläge

Vårdkedjan

Patienterna identifieras på samtliga urologiska mottagningar i regionen. De remitteras till Umeå (VLL) för primärbedömning och diskuteras på nationell MDK. Patienterna remitteras för operativ åtgärd till ett av två nationella centra (Malmö och Örebro) efter MDK-beslut

Eventuell onkologisk terapi erbjuds dock vid de onkologiska enheterna i Sundsvall (LVN) respektive Umeå (VLL).

Förslag till förändringar

Den kirurgiska kompetensen för att hantera komplikationer efter kirurgi vid de båda nationella center som numera utför kirurgin, kommer inom de närmaste åren att mer eller mindre försvinna från norra regionen. Det är av största vikt att norra regionen tillser att 1-2 yngre kollegor från regionen får tillfällen att auskultera aktivt i regelbundna perioder, vid de två nationella centra som bedriver denna sortens kirurgi. Risken är annars att patientunderlaget i regionen kommer att delas upp i ett A-lag och ett B-lag:

A-laget som hör till de primära upptagningsområden som Malmö och Örebro omfattar, där de lokalt hemmahörande patienterna även snabbt och professionellt kan få hjälp med postoperativa komplikationer (vilka kan uppstå både omedelbart postoperativt eller efter utskrivning). *B-laget* med patienter som hör till övriga regionala centra, där sena postoperativa komplikationer kommer att behöva skötas av framtidens lokala urologer som inte har någon djupare kunskap om vare sig peniscancer eller peniscancerkirurgi. Det kanske kan skötas hjälpligt över en telefonlinje vid enstaka tillfälle - men är suboptimalt sett ur ett nationellt jämlikhetsperspektiv.

Vad gäller cancerrehabiliterande åtgärder pågår en uppgradering nationellt, inom styrgruppen och med styrgruppen associerade multidisciplinära professioner, med att utarbeta nationella uppgraderingar av just cancerrehabiliterande åtgärder. Norra regionen behöver aktivt medverka i denna verksamhet och tillse att det finns en multidisciplinär regional grupp som samarbetar nationellt i dessa frågor. Norra regionen behöver tillsätta en regional kontaktsjuksköterska för regionens peniscancerpatienter och utbildning av 1-2 kontaktsjuksköterskor inom området behövs.

Konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar

En långsiktig fokusering på att 1-2 yngre kollegor från regionen får tillfällen att auskultera aktivt i regelbundna perioder vid de två nationella centra som bedriver den aktuella sortens kirurgi kommer att få konsekvensen att norra regionen kommer att urologkirurgiskt kunna hantera senkomplikationer. Risken är annars att patienterna i norra regionen utsätts för en nationell ojämlikhet.

Testiscancer

Nuläge

Testiscancer behandlas primärt med operativt bortagande av testikeln (orkidektomi). Det läggs stor vikt på att provtagning utförs preoperativt (testismarkörer) samt att patienten nära in på operationen får en fullständig helkroppsutredning (buk och thorax) med datortomografi.

Det finns en nationell strävan att samtliga patienter även ska

- Erbjudas spermieinfrysning före operation
- Erbjudas testikelprotesinläggning
- Kunna genomgå biopsier av den andra, friska sidan, vid samma primäroperation

Postoperativt avgör den patologiska undersökningen av cancer vad för sorts onkologisk tilläggsterapi ska få, i form av cellgifter i första hand. Det är i detta skede som patienten framlades kommer att skötas av onkologer istället för av urologer (utom i Region JH där urologerna i Östersund i samarbete med onkologer på distans, sköter uppföljning och kontroller).

Hos mindre än 10 % av de patienter som fått onkologisk terapi, med en viss histologisk sort av testiscancer, så återfinns kvarvarande körtelmetastaser. Dessa ska enligt nationella anvisningar och guidelines erhålla kirurgisk körtelutrymning i buk och lilla bäckenet, vilket är ett omfattande ingrepp. Detta ingrepp berör 0-2 patienter årligen i norra regionen.

Vårdkedjan

Patienterna identifieras på samtliga urologiska mottagningar i regionen och primärutredning samt primäroperation utförs på fler än fyra länscentra, det vill säga även på länsdelssjukhus. När diagnos finns remitteras patienterna till endera onkologisk enhet i Sundsvall eller Umeå. Därefter sköts patienterna fortsättningsvis av onkologer. För de enstaka patienter som behöver kirurgisk körtelutrymning (0-2/år) remitteras patienterna till en enda enhet i regionen, Nus. Därefter fortsätter handläggning och kontroller hos onkologer.

Primäringreppet är inte centraliserat utan utförs på fler än de fyra länscentra som finns i regionen. Regional centralisering gäller de enstaka patienter som tarvar omfattande kirurgisk körtelutrymning, som i nuläget endast gör på Nus.

Förslag till förändringar

- Utredning och diagnostik behöver nivåstruktureras till de fyra länssjukhusen i regionen (inget problem för Region JH)
- Kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling:

Primäroperationen behöver nivåstruktureras till de fyra länssjukhusen.

Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer har utretts avseende nationell nivåstrukturering. Våren 2016 har ett remissförslag lagts om att denna behandling ska utföras vid två nationella vårdenheter i landet. Regionen har samlat ställt sig bakom remissen och har inte ansökt om att vara ett nationellt centrum för åtgärden. Dessa patienter (ca 2 per år) kommer att skickas till ett nationellt centrum utanför regionen. Sena komplikationer efter utvidgad lymfkörtelutrymning kommer att kunna skötas vid de två enheter i regionen som ingår i det regionala cystektomiteamet.

Onkologisk terapi sköts på mycket god nationell nivå vid de båda enheterna i Umeå respektive Sundsvall.

Urologerna i Region JH, som har stora och växande problem med den urologiska kompetensförsörjningen, efterlyser ökad onkologisk resursfördelning för att sköta testiscancerkontrollerna och associerade nationella register. På andra enheter i regionen sköts detta uteslutande av onkologerna.

- cancerrehabiliterande åtgärder: Regionens enda urologassocierade sexolog återfinns i Umeå. Man bör utarbeta strategier för att disseminera och utöka en motsvarande verksamhet till resten av regionens länssjukhus. Fysisk träning/sjukgymnastik före och efter större kirurgi samt rökavvänjning behöver decentraliseras.

Konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar

I alla nationella sammanhang tas norra regionen upp som ett varnande exempel på suboptimal hantering av den primära operationen och associerade åtgärder.

De exempel som nämns är följande

- Avsaknad av tillgång till spermieinfrysning preoperativt
- Avsaknad av erbjudande om testisprotes
- Avsaknad av biopsi från andra sidans testikel

De utvärderingar avseende långtidsöverlevnad som har presenterats har dock inte påvisat sämre överlevnad för norra regionens patienter jämfört med andra regioners patienter. Med en regional nivåstrukturerings av regionens samtliga primäroperationer (orkidektomi) till endast fyra centra (ett länsjukhus i varje län), ökar möjligheterna för att komma tillrätta med listade problemområden. Med endast fyra sjukhus i regionen som gör primäringreppet följer en lokal kompetensförbättring på nämnda länsjukhus. Fördelat på det stora antalet länsdelsjukhus i regionen, så kommer inte förlusterna av enstaka orkidektomier att menligt påverka den lokala urologiska kompetensen.

Komplikationer vid primär testiskirurgi kan vid en nivåstrukturerings på länsnivå hanteras inom respektive länscenter.

Rekommendationen avseende nationella nivåstrukturerings av utvidgad lymfkörtelutrymning och att norra regionen inte blir ett nationellt center, innebär att korttidskomplikationerna (under vårdtid) att hanteras på de aktuella nationella center som opererar dessa patienter. Sena komplikationer vid utvidgad lymfkörtelutrymning (0-2 patienter per år) kommer att kunna skötas vid de två enheter i länet som ingår i cystektomiteamet. Det kan låta som en paradox, men vanan att arbeta kirurgiskt i en öppen buk kommer att bevaras i regionen vid intakt cystektomiverksamhet i norra samt vara till gagn för att kunna hantera långtidskomplikationer vid annan öppen urologisk cancerkirurgi, liksom denna.

Strukturella helhetskonsekvenser:

Länsdelssjukhus: De eventuella länsdelssjukhus som utför orkidektomierna, mister dessa.

Länssjukhus: Ökad mängd ingrepp

Regionsjukhus: Ökad mängd ingrepp

Övriga konsekvenser:

- Ett något ökat resande för patienter som endast ska opereras på fyra länssjukhus i regionen.
- En ekonomisk satsning på tillgången av testisproteser vid de fyra centren.
- En ekonomisk satsning på tillgången av frysmöjligheter av sperma på alla de fyra opererande länssjukhusen i regionen.

Då den nationella nivåstrukturerings för utvidgad lymfkörtelutrymning genomförts kommer 0-2 patienter/år behöva resa för operation utanför regionen.

För samtliga under uroteliala diagnoser beskrivna under 1.9.2 gäller att all cancerrehabilitering kommer att kunna stärkas av ökat regionalt samarbete och urologiska teambildningar som går över länsgränserna. Ett team innebär inte bara ett "operationsteam", utan en multidisciplinär grupp som samlas under en längre tid kring patienter som ska genomgå specifika operationer eller behandlingsåtgärder. Cancerrehabiliteringen kommer att

kunna stärkas med tydliga intra-regionala team, där rehabiliteringen inkorporeras som en aktiv del i teamverksamheten.

Sexualmedicinska insatser, fysisk träning/sjukgymnastik före och efter större kirurgi och rökavvänjning är viktiga cancerrehabiliterande insatser för alla diagnoser. Genom samarbete med primärvården och hemortssjukhus bör detta kunna hanteras optimalt, utan stora investeringar i kostnadskrävande utrustning eller extraordinära åtgärder.

Genom att strama upp den kliniska verksamheten i norra regionen, i alla dess delar, och öka det regionala samarbetet i enlighet med ovanstående underlag, har vi ha goda möjligheter att både hävda oss, fortsätta att bedriva en högkvalitativ vård samt erbjuda våra patienter i norr en vård som är jämlik utifrån ett nationellt perspektiv.

1.10. Ögontumörer

Behandlingen är redan idag samlad till nationell nivå.

1.11. Lymfom/hematologiska maligniteter (blodcancer)

Nuläge

Antal insjuknade under 2014:

Myelom	83
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	69
Lymfom	183
Akut lymfatisk leukemi (AML)	6
Kronisk myeloisk leukemi (KML)	9
Akut myeloisk leukemi (AML)	44
Myelodysplastiskt syndrom (MDS)	24
Myeloproliferativa sjukdomar (MPN)	49

Vårdkedjan:

Myelom behandlas i varje landsting på länssjukhusen och på en del länsdelssjukhus (Piteå, Skellefteå, Örnsköldsvik, Lycksele, Sollefteå). På de övriga länssjukhusen (Kalix, Gällivare, Kiruna, Sollefteå, Lycksele) finns behandlingsenheter där viss cytostatika ordinerat från länssjukhusen ges. Vissa vårdcentraler i Västerbotten och Norrbotten ger också subcutan behandling på ordination av hematolog.

I de fall där högdosbehandling med stamcellsstöd är aktuellt sker detta på Nus. I Sundsvall skördas stamcellerna, övriga patienter skördas i Umeå. Eftervården, direkt efter transplantationen sker i Umeå, Sundsvall och Sunderbyn. Enstaka patienter allogentransplanteras på Nus.

Kronisk lymfatisk leukemi behandlas på samma sjukhus som myelom. Ej aktuellt med högdosbehandling. Enstaka patienter allogentransplanteras på Nus.

Lymfom indelas i aggressiva och indolenta lymfom. De behandlas på länssjukhusen och vissa länsdelssjukhus (Piteå, Skellefteå, Örnsköldsvik) . Vissa indolenta lymfom sköts i Sollefteå och Lycksele. I de fall där högdosbehandling är aktuellt hanteras detta som myelom. Allogena transplantationer görs på Nus.

Akut lymfatisk leukemi behandlas i Umeå och Sundsvall. Allogena transplantationer sker i Umeå.

Kronisk myeloisk leukemi, myeloproliferativa sjukdomar och myelodysplastiska syndrom behandlas och kontrolleras på länssjukhusen och vissa länsdelssjukhus (Piteå, Skellefteå, Örnsköldsvik.). Vid behov av mer aggressiva behandlingar sker detta på länssjukhusen. Allogena transplantationer görs på Nus.

Akut myeloisk leukemi behandlas på Nus, Sundsvall och Sunderbyn. Allogena transplantationer med efterkontroller sker på Nus.

Mellan 2010 och 2014 allogentransplanterades 106 patienter i norra regionen på Nus, varav AML 41, ALL 14, MDS 15, Lymfom 10, MPD 9 och enstaka myelom, KLL, KML. Mellan 2010 och 2014 genomfördes autologtransplantation, högdosbehandling med stamcellsstöd, för 188 patienter, varav myelom 119 och lymfom 53 patienter.

En del genetisk diagnostik görs utanför regionen (på immunologiskt lab på Akademiska sjukhuset). All hematopatologisk diagnostik och större delen av genetisk diagnostik sköts på Nus.

Cancerrehabilitering och palliativ vård sker lokalt. Tillgång och resurser för detta varierar, med generellt bättre resurser i Östersund och på länsdelssjukhusen än vid övriga länssjukhus och Nus.

Fertilitetsbevarande åtgärder kräver att patienterna remitteras till Nus.

PET-CT finns endast på Nus. PET som del i utredning och behandling rekommenderas för allt fler patientgrupper. PET bör göras i första hand inte bara för Hodgkins lymfom (cirka 10/år i regionen), utan också för diffusa storcelliga lymfom (cirka 60/år i regionen), både vid diagnos och behandlingsutvärdering. Detta görs på patienterna på Nus, men i mindre grad på patienter ute i regionen. Orsaken till denna skillnad är avstånd, tillgänglighet och ekonomi. I utredningar där PET är att föredra leder detta till en kvalitetsskillnad. Man kan undvika benmärgsbiopsi hos patienter där PET görs, vilket är positivt för patienten.

Strålbehandling sker på Nus, samt i Sundsvall i samråd med Nus. Palliativ strålbehandling sker både på Nus och i Sundsvall.

Patienter med egen remiss eller önskan om second opinion kan bedömas/behandlas utanför regionen, men detta gäller enstaka patienter.

En gång i veckan hålls en terapikonferens med representanter från alla sjukhus i länet. Patienter anmäls för terapidiskussion. Länssjukhusen och Skellefteå har patologvideokonferenser varannan vecka, där hematolog, onkolog och hematopatolog deltar från Nus. En brist är att genetiker inte deltar i dagsläget.

Förslag till förändringar

Utredning och diagnostik kan vad det gäller kemlab och hematopatologiska prover fortsätta hanteras på samma sätt som idag. PET bör finnas i varje landsting, eller lösas genom en PET-buss för att säkra jämlik vård.

Behovet av centralisering av behandlingar och utredningar är beroende av personella resurser till stor del. Med de standardiserade vårdförloppen tydliggörs kraven på en snabb utredning

med korta ledtider vilket kräver möjlighet till öppna mottagningstider, multidisciplinär samverkan på respektive sjukhus, med möjlighet till snabb röntgenutredning och vid behov korta väntetider för extirpation av körtlar och inläggning av infarter. För att detta ska fungera krävs tillgång till hematologer, kontaktsjuksköterskor och övriga kringresurser. Kontaktsjuksköterskefunktionen finns nu på flertalet sjukhus, dock inte välstrukturerat med tydliga skriftliga uppdragsbeskrivningar. Hematologpatienterna får i mycket få fall skriftliga individuella vårdplaner.

Där det inte finns tillräckligt antal hematologer måste patienter som annars kunde behandlats på hemorten remitteras. Samma gäller om utredningar försenas pga brist på bild och funktionsmedicin eller operations möjligheter. För att ha kontroll på ledtiderna måste respektive landsting se till att kontaktsjuksköterskor finns på alla enheter som utreder och behandlar hematologiska patienter. Registrering i INCA krävs för att kunna följa kvaliteten.

Visar det sej att man på vissa sjukhus inte kan nå upp till ledtider enligt SVF jämfört med övriga sjukhus måste det åtgärdas alternativt bör patienterna remitteras. En stabil och tillräcklig läkarbemanning och kontaktsjuksköterskor/koordinatorer är ett grundkrav. I dagsläget kan Östersund inte behandla AML eller eftervårda patienter efter autologa transplantationer då det krävs tillräckligt antal specialister för att ha en beredsskaps jourlinje.

Telemedicinska mottagningar har startat från Nus. I NLL får patienter där det är lämpligt ta sig till närmsta sjukhus och träffa sin läkare "telemedicinskt" i närvaro av utbildningsläkare på hemorten. Kontroller av vissa lymfom, myelom, MDS och efter transplantationer kan ske på detta sätt med beredskap att vid behov kalla patienten för ett fysiskt besök. Detta bör byggas ut ytterligare och även i de övriga länen för att undvika onödiga resor. Vissa mottagningar skulle kunna utlokaliseras, till exempel i NLL i Malmfälten.

Hematologisk forskning sker i Umeå som har fyra doktorander och i Sunderbyn som har två doktorander. Sundsvall har inga doktorander, men forskning pågår bl a på KML. Kliniska läkemedelsprövningar görs på framför allt på Nus och i Sunderbyn. Sundsvall har åter börjat delta i studier. Att studierna är koncentrerade till några sjukhus är problematiskt, då detta styr möjligheterna för patienterna att få tillgång till nya behandlingsmetoder – nya läkemedel. Möjlighet att remittera patienterna finns naturligtvis, men innebär ofta täta besök vilket är försvårande.

Cancerrehabilitering, som ska ingå i hela patientens utredning, behandling och uppföljning ska organiseras och byggas upp lokalt. Resurserna för detta är idag ojämnt fördelade i regionen.

Vissa patientgrupper skulle i högre grad kunna skötas på hemorten med telemedicinska/utlokaliserade mottagningar. Vid förstärkning av antalet hematologer i Östersund skulle hemtagning av vissa patientgrupper kunna göras. Decentraliserade utredningar och behandlingar med likvärdig kvalitet som kan göras i närområdet gynnar patienter och närstående.

Konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar

Det krävs på varje enhet som utreder hematologiska patienter att resurser finns för att utreda patienterna inom rimlig tid. Det är viktigt att snabbt implementera de standardiserade vårdförloppen i primärvården, så att patienternas SVF initieras. På sjukhusen måste märkning av remisser för till exempel röntgenundersökningar fungera för att ledtiderna ska kunna hållas. Öppna mottagningstider, röntgentider, operationstider för körtelextirpationer och inläggning av centrala infarter krävs.

Öppna tider på operation behöver tillskapas för att ledtiderna ska kunna hållas enligt standardiserade vårdförlopp.

Strålbehandling kommer som tidigare att ske på Nus, förutom för patienter i LVN som i stor utsträckning erhåller strålbehandling i Sundsvall.

Cancerrehabilitering måste handläggas lokalt, Helst bör cancerrehabiliteringsteam byggas upp för att säkra tillgång till rehabilitering i hela vårdkedjan för våra patienter.

Varje enhet som behandlar patienter ska ha resurser eller en handlingsplan för att kunna hantera eventuella komplikationer av behandlingen. Kontroller efter högdosbehandling och allogena transplantationer kan överföras till de hemsjukhus som har tillräckliga resurser personalmässigt. Mottagning kan även skötas telemedicinskt från Nus.

Målen för registrering i kvalitetsregistren uppfylls inte, framför allt inte inom tre månader. Varje enhet måste få resurser för att klara av registreringarna som även är canceranmälan.

Resurserna för den palliativa vården är ojämnt fördelade i regionen. Varje landsting har som uppdrag att säkra en god palliativ vård.

Strukturella helhetskonsekvenser: En del åtgärder/behandlingar ska som tidigare skötas på regionsjukhuset, till exempel allogena transplantationer. Vad som kan göras lokalt är helt beroende av bemanning och kringresurser, såsom exempelvis infektionsklinik, lungklinik, fungerande blodcentral. Vissa mycket aggressiva lymfom, vissa myelom, akuta leukemier och högdosbehandlade patienter kräver en specialistbemanning som medger jourverksamhet, det vill säga stabil bemanning med minst fyra specialister.

Behov av investeringar: PET i regionen. Kontaktsjuksköterskor. Rekrytering av och kompetensplanering för hematologer.

Behov av utbildningsinsatser: Utbildning av kontaktsjuksköterskor som upprepas och hematologsjüksköterskeutbildning regelbundet.

Om telemedicinsk mottagning byggs upp regionalt och inom länen kan det minska volymen patientresor. Då det på flera håll är en stor brist på hematologsköterskor och på en del sjukhus brist på hematologer är vårdplatser stängda och patienter remitteras på grund av personalbrist.

1.12. Barnonkologi

Nuläge

I norra sjukvårdsregionen insjuknar årligen cirka 30-40 barn i någon form av cancersjukdom. Av de olika diagnosgrupperna utgör akuta leukemier (framförallt ALL och AML) knappt 30 %. En lika stor andel utgörs av CNS-tumörer med varierande histologi och lokalisation. Den resterande gruppen om cirka 40 % utgörs av en mängd olika typer av solida tumörer, som Wilms njurtumörer, olika typer av lymfom, neuroblastom, skelett- och mjukdelssarkom med flera.

Vårdkedjan:

Barn med misstänkta cancerdiagnoser inom norra regionen är få till antalet, vilket leder till att kontakt-/processvägarna inom sjukvården i varje enskilt sjukdomsfall är snabba, med korta ledtider. Primärvårdens och barnsjukvårdens på länssjukhusnivå uppgift är i första hand att väcka misstanke om cancersjukdom, i samråd med barnonkologiskt centrum påbörja diagnostisk utredning och när sådan gjorts ombesörja snabb vidareremittering av patienten för ett planerat nybesök på barnonkologiskt centrum. Med få undantag kommer patienterna inom något dygn till Nus, där vidare utredning och säkerställande av diagnos sker. Endast undantagsvis remitteras patienten direkt till annat barnonkologiskt centrum. Så sker i de fall där resurser för högspecialiserade diagnostiska eller terapeutiska åtgärder inte kan erbjudas vid Nus. Exempel på sådana situationer är när specifik kompetens, till exempel för vissa neurokirurgiska ingrepp och/eller eftervård för små barn på barnintensivvårdsavdelning saknas, tillfälligt eller permanent.

Efter erforderliga diagnostiska undersökningar och bedömningar vid Nus beslutas om var den fortsatta vården ska ges. I majoriteten av fallen inleds behandlingen i Umeå. Vissa delar av den fortsatta behandlingen kan i många fall ges på länssjukhus. Viss provtagning sker i primärvården. En nationell nivåstrukturerings har under årens lopp utvecklats inom landets barncancervård. För patienter i den norra regionen innebär det att patienterna kan remitteras vidare till annat barnonkologiskt centrum för delar av behandlingen, avhängigt av diagnos och sjukdomsstadium.

Exempelvis gäller att:

- Barn- och ungdomar med levertumörer som kräver kirurgisk åtgärd remitteras till Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.
- Barn med Wilms tumörer vanligen opereras vid Akademiska Sjukhuset i Uppsala.
- Barn med Neuroblastom och vissa andra mjukdelstumörer som kräver operation remitteras till Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.
- Bakre skallgropstumörer och andra komplicerade CNS-tumörer har med tiden allt oftare kommit att opereras vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.
- Allogena stamcellstransplantationer som regel utförs vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge.
- Stamcellsskörd med därpå följande högdosbehandling med stamcellsåterföring sker för små barn (ej puberterade) vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge.
- Prov för genetisk diagnostik vid vissa cancertyper, till exempel Ewing sarkom och neuroblastom skickas till Lund eller Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg.
- Supportive care, såsom behandling av infektionskomplikationer, mellan cytostatika-behandlingarna sker ofta på länsdelssjukhus. Vid extra intensiv behandling (till exempel vid AML) är dock även de faserna av behandlingen centraliserade till Nus.

Således existerar redan en välutvecklad nivåstrukturerings enligt ovanstående redogörelse. Den strukturerings är välfungerande och behöver inte ändras.

I nuläget finns dock ett visst behov av att vidareutveckla nivåstrukturerings nationellt och därmed även för den norra regionen.

Förslag till förändringar

Diskussioner angående mer permanent nivåstrukturerings av delar av barncancervården i Sverige har under senare tid aktualiserats ibland annat de nationella vårdplaneringsgrupper

som utgör en viktig del av barnonkologins organisation i landet. Syftet är naturligtvis att optimera behandling och vård för varje barn/ungdom som diagnostiserats med cancer men också att på bästa möjliga sätt utnyttja sjukvårdsresurser, samla speciell spetskompetens och förbättra möjligheterna för forskning när det gäller mer ovanliga cancertyper. Några konkreta organisatoriska förändringar av den praktiska vården har dessa diskussioner inte resulterat i under de senaste fem åren.

I nuläget bedömer vi att barnonkologin i den norra sjukvårdsregionen under de närmaste fem åren har ett behov av koncentrerings/centralisering enligt nedanstående:

a) Utredning/diagnostik

- En centralisering bör ytterligare utvecklas till ett eller ett fåtal bestämda nationella centrum för utförande av speciella biopsier vid diagnostik av svåråtkomliga tumörer i till exempel hjärna, visceral organ, andra mjukdelar eller skelett. På så sätt kan diagnostiken förbättras riskerna för komplikationer minskas.
- Genom nationell koncentrerings för bedömning av histologiska preparat vid tillstånd som till exempel CNS-tumörer, mjukdels- och skelettumörer kunna optimera morfologiska, histokemiska och molekylärbiologiska analyser och minimera ledtiderna i dessa ofta helt avgörande diagnostiska moment. I nuläget är fördröjningar i den delen av diagnostiken och därigenom försenad behandlingsstart inte ovanliga.

b) Kirurgisk, medicinsk eller annan onkologisk behandling

- Behandling med protonstrålning. Där har möjligheterna till behandling av flera patienter ökat genom öppnande av Skandionkliniken i Uppsala.
- All sarkomkirurgi på växande barn bör centraliseras till nationellt centrum/centra, till exempel Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

c) Cancerrehabiliterande åtgärder

Ett nationellt rehabiliteringscentrum bör inrättas för barn och ungdomar med behov av rehabilitering efter cancerbehandling. Här finns ett stort, otillräckligt tillgodosett behov i hela landet.

Samlad kompetens, erfarenhet, tekniska och andra resurser vid ovanliga cancertyper, kommer med all sannolikhet att vara till gagn för patienterna för att nå framgångsrik behandling. Antalen insjuknade barn- och ungdomar med specifika tumörtyper är i många fall så små att det förefaller uppenbart att subspecialisering till bestämda centrum i landet leder till större erfarenhet och optimerad behandling och vård samt förbättrar förutsättningarna för kvalitetsregistrering och forskning.

När det gäller viss hemsjukvård, inte minst den palliativa vården, finns ett behov av större decentralisering, kanske framförallt på länsjukvårds/primärvårdsnivå. Så finns till exempel i många fall ett svårtillfredsställt behov av palliativ vård i hemmet. En i många fall oklar uppdelning av ansvaret mellan kommunal och landstingssjukvård bidrar till detta. Palliativ vård kan bli mycket kompetens- och resurskrävande. Ansvaret bör i första hand vila på landstingen. En tydlig ansvarsfördelning är nödvändig för att nå en fungerande hemsjukvård i synnerhet inom den palliativa vården.

Konsekvensbeskrivning av föreslagna förändringar.

Kirurgisk behandling kan enligt ovanstående ytterligare förbättras genom kompetens- och resurskoncentration. Möjlighet för patienten till bättre behandlingsresultat. Möjligt att genom rationaliseringar göra vården mer kostnadseffektiv.

Möjligheter i vissa fall till strålbehandling med bättre behandlingsresultat, framförallt potentiell minskning av bieffekter, genom större tillgång till protonstrålning. En viss volymsökning av barn vårdade i Uppsala skulle bli fallet, med en viss kostnadsökning för norra regionen.

Neoadjuvant/adjuvant behandling kan möjligen förbättras genom kompetenskoncentration, till exempel för adjuvant kemoterapi i samband med protonstrålning vid Skandionkliniken. Eventuellt även här till priset av viss kostnadsökning. För närvarande finns inga planer på ytterligare centralisering.

Om cancerrehabiliteringscentrum kan inrättas i Sverige kommer med stor sannolikhet ökad kunskap och erfarenhet att leda till bättre rehabilitering för många patienter. Kunskap som vunnits kan spridas till andra delar av barncancervården i landet. En ökad kostnad kommer sannolikt att bli fallet då rehabiliteringsbehoven i nuläget inte är tillräckligt tillgodosedda.

En nationell centralisering av behandling av vissa mycket ovanliga diagnosgrupper skulle kunna innebära en ökad kompetens med bättre resultat vid behandling av specifika, framförallt akuta, komplikationer. En möjlig nackdel är att erfarenhet, kunskap och kompetens på regional nivå skulle kunna minska.

Det pågående arbetet för förbättrade kontroller och uppföljningar kommer att vara till stort gagn för patienterna. En ökad belastning på vården för sådan uppföljning kommer sannolikt att leda till ett minskat framtida vårdbehov i vuxen ålder för många barncancerpatienter.

Med ovanstående åtgärder kommer en väsentlig förbättring av den terminala, palliativa vården i hemmet att kunna vara möjlig vilket kan förbättra förutsättningarna för en normal sorgprocess för berörda familjer. En kostnadsomfördelning från sjukhusbunden vård till hemsjukvård och primärvård kan bli fallet.

För regionens barncancervård är de stora geografiska avstånden en viktig faktor. Även om en nationell nivåstrukturerings kan genomföras och därigenom en viss omfördelning av ekonomiska och andra resurser till nationella subcentra ske så kommer den barnonkologiska slutenvården liksom vården på länssjukhusnivå att kräva väsentligen bevarade resurser.

Behov av framtida investeringar i nya diagnostiska metoder liksom behandlingsmetoder är ofrånkomliga. Om nationella subspecialiserade centra kommer att inrättas är ekonomiska satsningar nödvändiga för lokaler, personal, utrustning med mera. Barncancervården vid Nus skulle mycket väl kunna komma att ansvara för ett subspecialiserat område. För länssjukvård och primärvård kommer investeringar i form av framförallt utökad personal sannolikt att bli nödvändig om hemsjukvården ska utvecklas.

Ökade utbildningsinsatser har redan påbörjats och kommer ytterligare att behövas framförallt på länssjukvårds- och primärvårdsnivå.

Ökade resor för patienter och anhöriga med ökade resekostnader kan bli fallet om nationella centra inrättas. Om barncancervården vid Nus skulle ansvara för subspecialiserat barnonkologiskt område kan investeringskostnader för lokaler och personal bli fallet. Vård av patienter från andra regioner kan ge ökade intäkter.

Ökad vårdkvalitet med förbättrade såväl kort- som långtidsresultat i barncancervården är en uppenbar positiv konsekvens. Med den snabba utveckling som sker för vården av barn och ungdomar med cancer är med största sannolikhet betydande framtida kostnadsökningar ofrånkomliga.

1.13. Cancerrehabilitering

Nuläge

Cancerrehabilitering kan definieras på följande sätt och utgår från en definition framtagen 2004 av Nordisk Cancer Union, NCU:

Cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancersjukdom och dess behandling. Rehabiliteringsinsatserna ska ge patient och närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt.

Källa: Nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering 2014

Cancerrehabilitering är ett paraplybegrepp för åtgärder som utförs av flera professioner med syftet att lindra symptom av sjukdom och behandling, underlätta tillvaron och återgång till ett fungerande dagligt liv för patienten och närstående och omfattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Det är därför viktigt för den enskilda patienten och de närstående att cancerrehabilitering erbjuds. Cancerrehabilitering innebär ett multiprofessionellt arbetssätt, där sjukvårdsprofessionen (läkare, sjuksköterskor och undersköterskor) samverkar med rehabiliteringsprofessioner. Ett stort antal yrkesgrupper är specialiserade inom området, som kuratorer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, logoped, psykologer, psykoterapeuter med flera. Cancerrehabilitering är aktuell från det att patienten får sin diagnos, i vissa fall även under utredningsfasen, under behandlingsskedet, efter behandlingen, i en kronisk fas och under palliation.

Rehabiliteringsinsatser kan delas in på olika sätt, i nivåer (grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov), i dimensioner (psykiskt, fysiskt, socialt och existentiellt) och faser (från diagnos, under och efter behandling samt i kronisk och palliativ fas). I alla delarna ingår ett systematiskt arbetssätt med återkommande bedömningar av individuella behov och initiering och utvärdering av insatser. Ett sätt att säkerställa bedömning av individuella behov är att använda bedömningsinstrument som ett komplement till bedömningssamtalet. Det finns övergripande bedömningsinstrument som distresstermometern och yrkesspecifika för olika rehabiliteringsprofessioner. Med ett strukturerat arbetssätt säkras en god rehabiliteringsprocess och att behov uppmärksammas i rätt tid.

Tabell 1. Diagnostiserade cancerfall i norra regionen 2012-2014 fördelat på landstingen/ region (genomsnittligt antal/år)

	Män	Kvinnor	Totalt
Västernorrland	789	658	1447
Jämtland	484	391	875
Västerbotten	809	679	1488
Norrbotten	708	629	1337
Totalt	2790	2357	5147

Källa: Regionalt Cancercentrum Norr

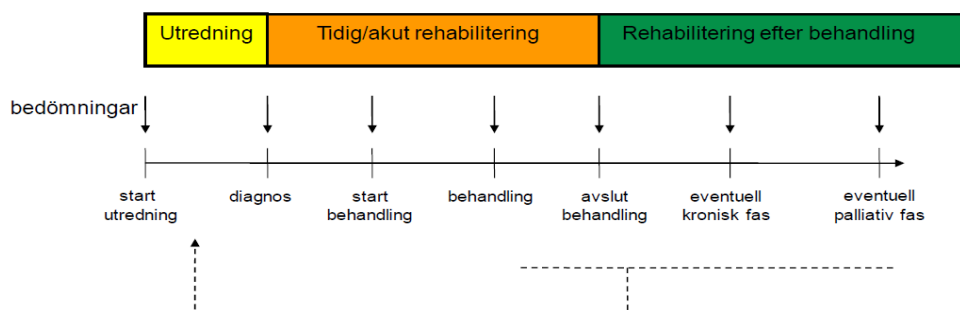
Alla som diagnostiserats med cancer kan förmodas ha behov av cancerrehabilitering i varierande omfattning. Alla patienter med cancersjukdom och deras närstående kan sägas ha grundläggande rehabiliteringsbehov. Uppskattningsvis är minst en tredjedel av patienter med cancer i behov av mer än grundläggande rehabiliteringsinsatser under delar av eller under hela vårdprocessen, där personal med specialkompetens inom cancerrehabilitering behöver kopplas in. Vid avancerade behov behövs tillgång till bedömning och åtgärder från en eller flera professioner.

Information, stöd och involvering av närstående är viktigt genom hela vårdprocessen då det utgör ett stort och viktigt stöd för patienten. Minderåriga barns rätt till information och stöd ska beaktas enligt lag, när en förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt lever med, blir allvarligt sjuk eller avlider.

I dag kan personen leva i decennier med och efter en cancerdiagnos. En cancerdiagnos innebär för många dock långvariga och komplexa behov av vård och stöd. Därför har frågor om livskvalitet, funktionsförmåga och arbetsförmåga blivit allt viktigare i cancervården. Cancerrehabilitering är ett komplext område som bedrivs inom flera enheter och medför att de flesta verksamheter som möter patienter med cancersjukdom också blir involverade i rehabiliteringsarbetet. En följd av cancerrehabiliteringens komplexa område och stora spännvidd är att verksamheten behöver definiera vilken målgrupp, vilka insatser, vilket yrkeskunnande och organisationens struktur som avses för att utveckla området och nå hållbara resultat.

Organisation

Cancerrehabilitering är aktuell i alla diagnosprocesser från det att patienten får sin diagnos, i vissa fall redan under utredningsfasen, under behandlingsskedet, efter behandlingen, i en kronisk fas och under palliation. Uppföljningsprogram pågår oftast under 5 år inom den specialiserade öppenvården. Generellt har tidigt insatt rehabilitering större förutsättningar att lyckas och kräver mindre resurser än om insatserna görs senare. Rehabiliteringsbehovet ska bedömas kontinuerligt under hela förloppet. Vid återfall i sjukdomen, eller en andra cancerdiagnos, startar en ny rehabiliteringsprocess. Kontaktsjuksköterskan är en nyckelperson i detta arbete och Min vårdplan ett viktigt redskap.



I regionen finns en stor variation i hur cancerrehabilitering organiseras och bedrivs och regionens geografiska förhållanden medför särskilda utmaningar. Det finns möjlighet för den enskilde patienten och närstående att söka till olika rehabiliteringsaktiviteter i grupp utanför den egna regionen, men det får då bekostas av den enskilde eller med hjälp av bidrag som kan sökas av den som vill delta. Vem som har rehabiliteringsansvar för patienten i regionen varierar beroende på geografi, landstingets struktur, sjukdomsbild och om de har en aktiv behandling eller inte. En patient kan skötas av många specialiteter och rehabiliteringsansvaret kan vara oklart både för inblandande vårdenheter och för patienten. Cancerrehabilitering måste kunna erbjudas oavsett om patienten vårdas på region-, läns- eller länsdelsjukhus eller i hemmet.

Konsekvenser för cancerrehabilitering

Rehabiliteringsområdet behöver tydligt beskrivas i vårdförloppet och ansvarsfrågan gällande rehabilitering behöver i regionen klargöras både på regional nivå och på landstingsnivå. Specifika rehabiliteringsbehov i vårdprocessen behöver tydliggöras inom varje vårdprocess och därefter skapa en struktur för hur dessa handläggs och där aktuell rehabiliteringsprofession kopplas in i rätt tid utifrån landstingets organisation. Detta för att samordna och skapa en effektiv cancerrehabilitering för patienten, närstående och verksamheten. Det finns en risk för att vårdprocesserna påbörjas med att skapa arbetssätt för cancerrehabilitering utifrån diagnosens specifika behov och att de inte har ett helhetsperspektiv, då rehabiliteringsprofessionen oftast arbetar med flera olika diagnoser och verksamheter och inte alltid har en naturlig organisatorisk koppling till den specifika diagnosen.

En viktig del i uppföljningsprogrammen är att uppmärksamma rehabiliteringsbehov. Ett område som fått ökat fokus de senaste åren är senbiverkningar som patienter kan få av sin cancerbehandling. Dessa kan uppkomma flera månader eller år efter avslutad behandlingen. Varje vårdprocess behöver utarbeta rutiner för information och uppföljning av senbiverkningar och diagnosspecifika rehabiliteringsåtgärder. Ett nationellt vårdprogram för långtidsuppföljning efter barncancer är framtaget, detta ger sjukvården verktyg att uppmärksamma senbiverkningar inom området och beslutsstöd för rehabiliteringsåtgärder.

Sexologisk hälsa och rehabilitering är ett viktigt område som lyfts på senaste tiden. Det finns ett sexologiskt centrum i regionen, i Umeå, en liten enhet som ligger under urologkliniken. Medicinsk ansvarig läkare är urolog och det finns en konsulterande läkare på kvinnokliniken. Enheten tar emot alla patienter som har någon typ av sexologisk problematik oavsett bakomliggande sjukdom. Patienten och eventuella närstående kan erbjudas medicinsk konsultation och sexologisk behandling, enskilt eller i par. Remiss kan skickas från övriga landsting i regionen. Det finns en heltidsanställd på enheten som är socionom, leg. psykoterapeut och auktoriserad sexualterapeut.

Fertilitetscentrum finns enbart i Umeå och det måste säkras att alla patienter som är aktuella för råd och åtgärder från enheten får ett adekvat handläggande. Detta behöver göras i den diagnosspecifika processen.

Primärvårdens roll och uppdrag inom cancerrehabilitering behöver kopplas till vårdprocesserna, då primärvården i vissa landsting har delar av cancerrehabilitering inom sitt uppdrag. För uppdraget behövs särskild kompetens gällande cancerrehabilitering, resurser och samverkan mellan specialiserad sjukvård och primärvården.

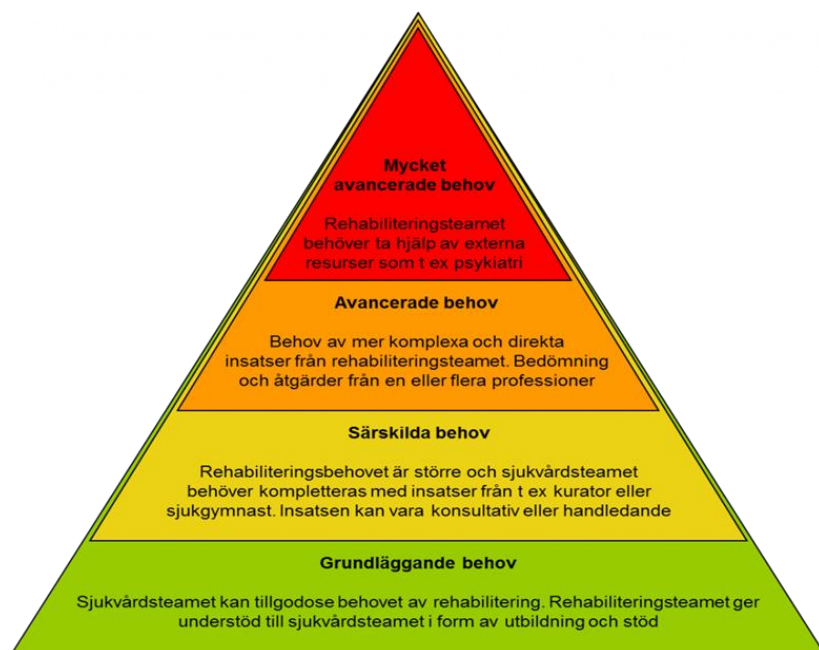
Gränsdragningen mot palliativ vård är flytande inom alla vårdprocesser. Den tidiga palliativa vården tillhör hemsjukvården. Därför behöver den specialiserade sjukvården samverka, skapa kontaktvägar och rutiner för aktiva överlämningar. Att tidigt initiera kontakt med det avancerade palliativa teamet inom landstinget är viktigt ur ett patientperspektiv för att säkerställa cancerrehabiliteringen i det palliativa skedet.

Det finns tillgång till lymfterapeuter i varje landsting/region. Patienter som har en ökad risk för lymfödem ska få information om egenvårdsråd och göras uppmärksamma på när de ska söka sjukvård.

Förslag till förändringar

Cancerrehabilitering organiseras och bedrivs olika i regionen och det saknas en övergripande struktur och organisation såväl inom regionen som inom landstingen. Resurser för cancerrehabilitering finns i varierande grad på sjukhusen, men beskrivs ofta vara otillräckliga. På ett fåtal ställen finns en sammanhållen verksamhet för cancerrehabilitering i landstingen. För en hållbar lösning och för att kunna erbjuda patient och närstående en tillfredsställande cancerrehabilitering krävs både att grundläggande cancerrehabilitering erbjuds och vid mer avancerade behov en samverkan mellan flera olika verksamheter med utgångspunkt ur ett patientperspektiv. För att säkerställa en jämlik cancerrehabilitering behöver det på landstingsnivå tas beslut om hur cancerrehabilitering ska organiseras och bedrivas.

Patienter har behov av rehabilitering på olika nivåer genom vårdkedjan. Alla patienter med cancersjukdom har grundläggande behov av rehabilitering, detta gäller bland annat individanpassad information, gott bemötande, stöd och råd om sjukdomen, behandling, egenvård och rehabilitering. Patienter kan under perioder i vårdkedjan eller under hela sjukdomsperioden vara i behov av mer avancerade rehabiliteringsåtgärder, då behövs samarbete mellan flera yrkesprofessioner.



Nivåbeskrivning av cancerrehabiliteringsbeov Källa: Nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering 2014

För att erbjuda patienter och närstående grundläggande behov av cancerrehabilitering, göra bedömningar, sätta in åtgärder och genomföra uppföljningar bör det på varje klinik finnas ett sjukvårdsteam bestående av kontaktsjuksköterska, läkare och eventuellt undersköterska.

Vid särskilda behov kompletteras sjukvårdsteamet med insatser av någon representant från rehabiliteringsprofessionen i form av handledning eller konsultation.

För mer avancerade behov bör det i varje landsting organiseras multidisciplinära rehabiliteringsteam. Att arbeta utifrån multidisciplinära team innebär ett mer flexibelt och holistiskt arbetssätt och en säkrare vård för patienten. Fördelar med multiprofessionella team är främst för patienten och anhöriga, men också för deltagarna i teamet. I ett multiprofessionellt team ingår olika yrkesgrupper och patient och närstående får tillgång till personal som tillsammans besitter en bredare kompetens. Det multidisciplinära teamets funktion kan även skapa en trygghet, en känsla av delaktighet och sammanhang i den vård som bedrivs. Deltagarna kan dra nytta av arbetssättet genom att den individuella kompetensen utvecklas i samverkan med andra. För fungerande multidisciplinära team med olika kliniker anslutna eller en verksamhet som inte enbart träffar patienter med cancer krävs en tydlig och övergripande organisation, med formulerad målsättning och riktlinjer. Idag saknas det multidisciplinära team i landstingen som gör gemensamma bedömningar av patientens behov, sätter in åtgärder och utvärderar inom cancerrehabilitering. Detta är ett viktigt arbete för att utveckla cancerrehabilitering i regionen.

Konsultativt arbetssätt är en effektiv modell att arbeta utifrån när rehabiliteringsprofessionen inte är klinikansluten, modellen beskrivs i vårdprogrammet. Det är ett kostnadseffektivt arbetssätt och utgår från patientens och närståendes behov. Rutiner behöver skapas för att klinikerna ska ha en aktuell kunskap om vilken rehabiliteringspersonal som finns att tillgå för konsultation.

Cancersjukdom kan innebära en stor psykisk belastning som leder till en kris. Det grundläggande goda omhändertagandet underlättar patientens och familjens anpassning till den nya situationen. I vissa fall utvecklar patienten avancerad psykisk ohälsa, såsom djup depression eller uttalad psykos. Behandling av detta kan kräva psykiatrisk specialistkompetens. Därför måste kontaktvägar upparbetas och psykiatrisk kompetens inkluderas i det multidisciplinära teamet vid behov.

Fysisk aktivitet har visat sig ge positiva effekter på muskelstyrka, kondition, livskvalitet och fatigue och är en mycket viktig del av cancerrehabiliteringen genom hela vårdkedjan. Även de med obotlig cancer kan få förbättrad livskvalitet genom fysisk aktivitet. Samtliga yrkesgrupper i cancervården kan uppmuntra till ökad fysisk aktivitet. FaR, fysisk aktivitet på recept, kan vara ett sätt att ge individuellt anpassade råd. All legitimerad personal kan förskriva detta.

Ett inrättande av ett nätverksbaserat regionalt bäckenrehabiliteringcentrum planeras, med samverkan mellan kolorektalkirurgi, urologi och gynekologi med respektive stödfunktioner, för omhändertagande och utredning av komplicerade fall, patienter med specifika problem och rehabiliteringsbehov runt bland annat stomskötsel, tarmtömningsfunktion och påverkade urogenital- och sexualfunktioner. Patienter som behandlas för cancer i bäckenområdet (kirurgi/stålbehandling) har ofta behov av sexuell rådgivning, då många behandlingar kan ge en funktionell sexuell nedsättning som biverkan. I regionen finns endast en sexolog och många läkare, sjuksköterskor inklusive kontaktsjuksköterskor och rehabiliteringspersonal upplever att de har otillräcklig kunskap inom området.

Sjukvården har ett särskilt och lagstiftat ansvar att uppmärksamma minderåriga barns behov av information, råd och stöd, då en vuxen familjemedlem drabbas av svår sjukdom eller skada. Som sjukvårdspersonal kan man utgå från att de flesta barn och ungdomar med en svårt sjuk förälder behöver professionellt stöd. På landstingsnivå finns det information på intranäten, barnombud finns inom flera verksamheter och inom vissa landsting finns utarbetad skriftlig information som riktar sig till personal och familj. Det behöver fortfarande utarbetas rutiner på klinisknivå för att säkerställa att lagen efterföljs. Ett sätt att utarbeta rutiner inom området är att gå den webbutbildningen som Nationellt Kompetenscentrum för anhöriga tagit fram, <http://www.anhoriga.se/anhorigomraden/barn-som-anhoriga/webbutbildning/>

Behov av utbildningsinsatser

Det första nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering publicerades 2014. Revidering av vårdprogrammet är påbörjat och beräknas vara klart under 2016. Det är av största vikt att implementera kommande vårdprogram genom informations- och utbildningsinsatser för att säkerställa en jämlik cancerrehabilitering. Dialogmöten som genomförs med landstingen under 2016 kommer att visa på vilka möjligheter och hinder som finns och utgöra en grund till fortsatt samverkan och utveckling inom området.

En ökad grundkunskap inom området krävs för att säkerställa att patienten och närstående erbjuds cancerrehabilitering på grundnivå. Kunskap om cancerrehabilitering måste spridas i olika forum, för att fortsätta arbete med att etablera ett nytt begrepp och synliggöra ett stort och viktigt arbetsområde. Det är viktigt att samverka mellan landstingen när det gäller gemensamma utbildningsinsatser för att skapa en gemensam kunskapsbas.

Det efterfrågas nätverk utifrån diagnos- och/eller yrkestillhörighet och dessa behöver skapas. I det arbetet har den regionala processarbetsgruppen för cancerrehabilitering en viktig funktion att driva den utvecklingen. Nätverk är ett sätt att säkerställa att arbetet inom varje yrkesgrupp utförs utifrån bästa möjliga kunskapsläge. Det bör säkerställas att de rehabiliterande yrkesgrupperna erhåller fortbildning inom sin profession vad gäller de åtgärder som utförs inom cancerrehabilitering. Verksamheterna efterfrågar även att de olika yrkesgrupperna inom rehabiliteringsarbetet har kompetens inom onkologi.

Vetenskapliga undersökningar finns som ger stöd för att bland annat fysisk aktivitet minskar risken för återfall i koloncancer. Inom området cancerrehabilitering och psykosocialt stöd finns det dock ett mycket stort behov av ökad kunskap och evidens som underlag för insatser och resurstilldelning. Därför måste forskningsarbete inom detta område uppmuntras såväl nationellt som regionalt. Kunskap om redan utförd forskning bör spridas och implementeras i cancerrehabiliteringen. Kunskapsområdet cancerrehabilitering bör finnas med redan på grundutbildningsnivå samt ingå i fort- och vidareutbildningar inom berörda områden.

Sammanfattning

Decentralisering:

- Ökad grundkunskap om cancerrehabilitering, genom informations- och utbildningsinsatser och utvecklingsarbete
- Verksamheterna måste säkerställa att alla patienter med cancer, samt deras närstående, systematiserat och återkommande får information om cancerrehabilitering, bedöms vad gäller behov av rehabilitering, samt att relevanta åtgärder erbjuds och utvärderas

Landstingsnivå:

- Stödja utvecklingen av multidisciplinära team på landstingsnivå

- Verka för införandet av konsultativt arbetssätt där rehabiliteringsprofessionen inte är klinikansluten
- Säkerställa att patienter som har en ökad risk för lymfödem ska få information om egenvårdsråd och göras uppmärksam på när de ska söka sjukvård.
- Verka för att det på landstingsnivå skapas någon form av rehabiliteringsteam

Regional nivå:

- Stödja utvecklingen av ett regionalt bäckenrehabiliteringscentrum
- Sexologiskt centrum - rutiner för hur och när patient/närstående remitteras
- Fertilitetscentrum - säkerställa att alla patienter som är aktuella får råd, stöd och åtgärder från enheten
- Stödja utveckling av yrkesspecifika nätverk
- Verka för att de regionala målen uppfylls
- Verka för att beslut tas i landstingen för hur cancerrehabilitering ska organiseras

1.14. Palliativ vård

Målsättningen för den palliativa vården i norra regionen är att varje obotligt sjuk och döende person ska erhålla palliativ vård utifrån sina behov oavsett diagnos, ålder, bostadsort och vårdenhet.

Det innebär att målsättningen för alla patienter med palliativa behov är att de ska kunna få dessa behov tillgodosedda så nära hemmet som möjligt. Strukturella förutsättningar för detta är bland annat (som idag ställvis fortfarande saknas):

- Att det finns tillgång till sjuksköterskekompetens dygnet runt över hela regionens yta (allmän palliativ vård)
- Att det finns tillgång till läkarkompetens dygnet runt över hela regionens yta (allmän palliativ vård)
- Att det finns tillgång till arbetsterapeut och sjukgymnast kontorstid över hela regionens yta.
- Att det finns tillgång till specialiserad palliativ kompetens (läkare, sjuksköterska, psyko-social) över hela regionens yta.

Dessutom måste tillgången till nedanstående centraliserade kompetenser tillförsäkras genom välfungerande handläggning och transporter mellan inblandade enheter i regionen.

Vissa funktioner/åtgärder är rimliga att centralisera, dvs att de inte fysiskt är lokaliserade i varje lokalmiljö (men givetvis tillgängliga för var och en av regionens medborgare):

- palliativ strålbehandling
- palliativ cytostatikabehandling
 - etablerad
 - studiedeltagande nya preparat
- specialiserad palliativ kompetens
 - palliativa rådgivningsteam/konsultteam
 - palliativa hemsjukvårdsteam
 - palliativa slutenvårdsplatser/hospice
 - palliativmedicinsk jourlinje
 - verksamhetsförlagd specialistutbildning av läkare, sjuksköterskor
- anestesilogisk smärtkompetens
- ryggortopedisk kompetens vid ryggmärgspåverkan
- stentkompetens

- palliativ kirurgi

Är det så att någon eller flera av dessa funktioner/åtgärder inom ett antal år kan erbjudas närmare där den palliativa patienten bor, har den regionala samrådsgruppen för palliativ vård ingenting emot detta så länge kvaliteten är garanterad.

Palliativ strålbehandling

Erbjuds idag vid onkologiklinikerna i Umeå och Sundsvall. Etablering på ytterligare någon ort är i dagsläget inte aktuell. Möjligheten av symtomlindrande effekten vid t ex smärtsam skelettmetastasering är mycket stor. Upp till cirka 75 % av patienter som behandlats med en behandling vid ett tillfälle/en dag får påtaglig smärtlindrande effekt.

Statistik gällande palliativt strålbehandlade patienters bostadsort saknas idag, varför det inte är möjligt att uttala sig med säkerhet om huruvida regionens behövande patienter har likvärdig tillgång till denna strålbehandling eller ej.

Palliativ cytostatikabehandling - etablerad

Målsättningen måste vara att dessa kan ges på en mottagning på hemortssjukhuset för att minimera betungande resor. Fungerar till största delen över hela regionen.

Palliativ cytostatikabehandling - studier med nya preparat

När nya behandlingar introduceras är det rimligt att detta monitoreras i studier och att specialistklinikerna i onkologi har möjlighet att samla viss erfarenhet av dessa behandlingar innan de utlokaliseras till hemortssjukhuset. Även när dessa dyrbara preparat används på hemortssjukhusen är det av största vikt att effekter och bieffekter monitoreras på ett systematiskt sätt i kliniska studier, vilket alltför sällan görs idag.

Specialiserad palliativ kompetens

Förutsätter i enlighet med Socialstyrelsen termbank att tjänstgörande läkare, sjuksköterskor och psykosocial kompetens besitter särskild erfarenhet och kunskaper i palliativ medicin/ omvårdnad så att det ger förutsättningar till stöd och åtgärder till patienter som har komplexa palliativa behov.

Förslagsvis bör team som aspirerar att rubricera sig som specialiserade palliativa team certifieras på olika nivåer:

Nivå 1 - teamets arbetar huvudsakligen med palliativa patienter och deras familjer.

Nivå 2 - teamet har minst en läkare som är diplomerad/specialist i palliativ medicin samt en sjuksköterska som är diplomerad/specialist i palliativ omvårdnad.

Nivå 3 - teamet bedriver både palliativ konsultverksamhet och specialiserad hemsjukvård och/eller specialiserad palliativ slutenvård

Nivå 4 - teamet har även en psykosocial kompetens anställd på teamet och deltar aktivt i verksamhetsförlagd specialistutbildning av läkare och sjuksköterskor

Nivå 5 - teamet deltar även i palliativ forskning och deltar i grundutbildningen av läkare och sjuksköterskor

Varje landsting bör ha en enhet som är certifierad på minst nivå 4 och helst nivå 5.

Varje sjukhus bör ha en enhet som är certifierad på nivå 3.

Geografiskt bör alla regionens invånare oavsett bostadort, diagnos, vårdnivå och ålder ha tillgång till en specialiserad enhet med minst certifieringsnivå 2.

Dagsläget ser ut på följande sätt:

Norrbottnen: Piteå nivå 3, Sunderbyn, Kalix, Gällivare och Kiruna nivå 1
Västerbotten: Umeå nivå 4, Skellefteå nivå 3 och Lycksele nivå 2
Västernorrland: Hela länet nivå 3
Jämtland: Östersund nivå 5

Specialiserad palliativ kompetens - palliativa rådgivningsteam/konsultteam

Består av läkare, sjuksköterska och psykosocial kompetens. Ska finnas att tillgå på samtliga sjukhusavdelningar året runt och på plats kunna ge konsultstöd vid behov på alla korttidsplatser och särskilda boenden i regionen. Denna funktion ökar möjligheterna för patienterna att vårdas nära hemmet men ändå kunna få specialiserad palliativ kompetensstöd. Saknas delvis i Västernorrland.

Specialiserad palliativ kompetens - palliativa hemsjukvårdsteam

Ska organiseras så att de vid behov kan stödja en patient med komplexa behov oavsett diagnos, bostadsort, ålder (det vill säga även barn) och tid på dygnet (se nedanstående punkt om palliativmedicinsk jourlinje). Palliativa hemsjukvårdsteam saknas i Norrbotten.

Specialiserad palliativ kompetens - palliativa slutenvårdsplatser/hospice

I regionen finns idag två hospice, nämligen Axlagården i Umeå och Mellannorrlands hospice i Sundsvall. Med tanke på regionens stora avstånd och glesa befolkning är start av nya hospice inte rimligt. Däremot måste landstingen utan hospice ha tydliga principer för hur invånare som har behov av just denna vårdform ska kunna få del av detta.

Specialiserade palliativa slutenvårdsplatser bör finnas på åtminstone ett sjukhus/landsting för att tillförsäkra möjligheter till forskning och undervisning samt prompt handläggning av palliativa patienter med komplexa behov. Dessa ska vara bemannade med läkare och personal med specialiserad kompetens inom det palliativa området.

Vid stora avstånd till befintliga hospice är palliativa slutenvårdsplatser på det lokala sjukhuset ett möjligt alternativ.

Saknas i region Jämtland Härjedalen och delvis i Västernorrland (finns endast i Sundsvall) och Västerbotten (finns endast i Umeå).

Specialiserad palliativ kompetens - palliativmedicinsk jourlinje

Palliativmedicinsk läkarkompetens måste vara tillgänglig per telefon dygnets alla timmar 365 dagar om året för all legitimerad personal såväl inom sjukhus som inom regionens kommunala vårdformer (korttidsplatser, särskilda boenden, hemsjukvård).

Rimligt är att detta kan lösas med hjälp av samjour mellan ett par av regionens län. Detta förutsätter dock online-tillgång till patientjournaler och säkerställda dokumentationsrutiner över länsgränserna.

Saknas i hela regionen förutom i Umeå.

Specialiserad palliativ kompetens - verksamhetsförlagd specialistutbildning av läkare och sjuksköterskor

Kan bedrivas på de specialiserade palliativa enheter som är bemannade med läkare och sjuksköterskor som är diplomerade eller specialiserade i palliativ medicin eller palliativ omvårdnad. Denna kompetens bör åtminstone finnas på en enhet per landsting, vilket det i dagsläget verkar göra.

Anestesiologisk smärtkompetens

När smärtilidandet kräver åtgärder i form av blockader och/eller läkemedelstillförsel intill ryggmärgen (spinal/intrathecal) krävs anestesiologisk kompetens. Varje landsting måste ha tydliga rutiner för hur denna anestesiologiska smärtkompetens ska finnas att tillgå vid behov oavsett bostadsort, diagnos, vårdform. Blir beslutet att denna kompetens inte finns lokalt måste tydliga rutiner för transporterna av behövande patienter ska kunna lösas alternativt att läkarkompetensen görs mobil vid behov.

I Norrbotten finns tillgång till denna kompetens i Piteå och Sunderbyn men inte i länets norra delar. I Umeå och Skellefteå välförsörjt. I Västernorrland hänger kompetensen på en eller ett par kollegor vilket gör det hela sårbart. I Östersund finns kollegor som tekniskt kan lägga in en spinalkateter lumbalt, men har bristande erfarenhet av mer komplicerade fall.

Ryggortopedisk kompetens vid akut ryggmärgspåverkan

Ett antal obotligt sjuka cancerpatienter drabbas varje år av att tumörväxten påverkar ryggmärgen och därmed löper akut risk för att bli paraplegiska (förlamade i underkropp och ben) och inkontinenta för både avföring och urin. Om patientens funktioner ska kunna räddas krävs urakut handläggning inbegripande ortopedkirurgisk avlastning (laminectomi och eventuell stagning). Denna kompetens måste finnas åtminstone vid Nus, men gärna vid ytterligare minst ett annat sjukhus i regionen. Det är också mycket väsentligt att den kirurgiska kompetensen inte ligger enbart på en person. Allt för att möjliggöra tillgång årets alla dagar.

I Umeå utförs dessa ingrepp av någon av de fem ortopedkirurgiska kollegor som bemannar verksamheten dagtid och även täcker jourtid året runt.

Stentning av gallvägar, esofagus, ventrikel, kolon/rektum samt luftvägar

Att genom stentning av hålformiga organ kunna upprätthålla organets funktion utan att tillgripa öppen kirurgi är ett stort framsteg inom den palliativa cancervården. Det ger symptomlindring prompt med betydligt mindre morbiditet och mortalitet än motsvarande öppna åtgärder. Med tanke på en relativt stor förekomst av dessa ingrepp bedöms att kompetens inom detta område måste finnas på minst ett sjukhus per län. Undantaget kan vara behov av stentning av luftvägarna som åtminstone måste kunna utföras på ett ställe i regionen. Samtliga åtgärder har ofta ett relativt kort tidsfönster vilket ställer stora krav på snabb handläggning.

Palliativ kirurgi

Kompetens inom detta område bör finnas i varje län. Vissa specialiserade åtgärder kan behöva centraliseras till en klinik i regionen till exempel komplicerad fistelkirurgi.



19

Rekommendation rörande nationell och
regional nivåstrukturering inom
cancerområdet

RS/334/2016

2017-02-07

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

RS/334/2016

Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering inom cancerområdet

Ärendebeskrivning

Regionala cancercentrums samverkansgrupp beslöt vid sitt möte den 18 oktober 2016 att avge bifogad rekommendation till landsting/regioner. Rekommendationen sänds efter önskemål från SKLs sjukvårdsdelegation till landstingsstyrelser/regionstyrelser samt chefen för respektive Regionalt cancercentrum för hantering i landstingen/regionerna på det sätt som beslutas av respektive region.

Rekommendationerna avser att godkänna och tillämpa nationell nivåstrukturering för tre åtgärder i cancervården i enlighet med bifogad underlag.

Rekommendationer avseende nationell nivåstrukturering:

1. Kirurgisk behandling vid perihilära gallvägstumörer

att kurativt syftande kirurgi för perihilära gallvägstumörer ska utföras vid 2 nationella vårdenheter

att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

2. Kirurgisk behandling vid lokalt avancerad pankreas- och periampullär cancer

att kurativt syftande kirurgi vid lokalt avancerad pankreas och periampullär cancer ska utföras vid 2 nationella vårdenheter

att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

3. Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

att retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer ska utföras vid 2 nationella vårdenheter

att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

För ovanstående tre åtgärder rekommenderas att koncentration av åtgärden införs från och med 1 november 2017.

Regiondirektörens förslag

Region Jämtland godkänner rekommendationen för nationell nivåstrukturering för tre åtgärder inom cancerområdet och kommer att tillämpa denna från och med 1 november 2017.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Hälso- och sjukvårdsdirektör

2016-12-09

Till landstingsstyrelser/regionstyrelser och
samtliga chefer för Regionala cancercentrum
För kännedom:
Nätverket Landstingsdirektörer
Nätverket Hälso- och sjukvårdsdirektörer

Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering inom cancerområdet

Regionala cancercentrums samverkansgrupp beslöt vid sitt möte 18 oktober 2016 att avge bifogad rekommendation till landsting/regioner. Rekommendationen sänds efter önskemål från SKLs sjukvårdsdelegation till landstingsstyrelser/regionstyrelser samt chefen för respektive Regionalt cancercentrum för hantering i landstingen/regionerna på det sätt som beslutas av respektive region. Rekommendationen sänds också till nätverken landstingsdirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer för kännedom. Rekommendationen avser att godkänna och tillämpa nationell nivåstrukturering för tre åtgärder i cancervården i enlighet med bifogad underlag. Dessutom beslöt samverkansgruppen att avge rekommendation avseende regional nivåstrukturering för fem åtgärder i enlighet med bifogad underlag.

Kopia på tagna beslut om att godkänna och tillämpa rekommendationen avseende nationell nivåstrukturering sänds senast 1 april 2017 till:

SKL

att: RCC i samverkan/ Gunilla Gunnarsson

Avd för vård och omsorg

118 82 Stockholm



Gunilla Gunnarsson

Ordförande Regionala cancercentrums samverkansgrupp

Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering i cancervården

Mot bakgrund av vad nedan angivits rekommenderar Regionala cancercentrum i samverkan landsting/regioner:

att godkänna och tillämpa nedanstående rekommendationer avseende nationell nivåstrukturering för tre områden i cancervården.

Regionala cancercentrum i samverkans beslut

Regionala cancercentrum i samverkan beslöt vid sitt sammanträde 18 oktober 2016 enhälligt att för tre områden inom cancervården rekommendera landsting/regioner att besluta om nationell nivåstrukturering enligt följande:

1. Kirurgisk behandling vid perihilära gallvägstumörer

att kurativt syftande kirurgi för perihilära gallvägstumörer ska utföras vid 2 nationella vårdenheter

att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

2. Kirurgisk behandling vid lokalt avancerad pankreas- och periampullär cancer

att kurativt syftande kirurgi vid lokalt avancerad pankreas- och periampullär cancer ska utföras vid 2 nationella vårdenheter

att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

3. Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

att retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer ska utföras vid 2 nationella vårdenheter

att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Rekommendationerna har förankrats i nätverken för hälso- och sjukvårdsdirektörer och landstingsdirektörer (2016-10-20--21). SKLs sjukvårdsdelegation har uttalat sitt stöd för RCCs arbete med nivåstrukturering(2016-10-06).

För ovanstående tre åtgärder rekommenderas att koncentration av åtgärden införs från och med 1 november 2017.



Kopia på tagna beslut om att godkänna och tillämpa rekommendationen avseende nationell nivåstrukturerings sänds senast 1 april 2017 till:

SKL att: RCC i samverkan/ Gunilla Gunnarsson

Avd för vård och omsorg 118 82 Stockholm

Regionala cancercentrum i samverkan avser att följa upp de nationella vårdenheternas arbete enligt fastställd mall två år efter driftsstart.

Därutöver lämnar RCC i samverkan inom området regional nivåstrukturerings även följande rekommendationer till landsting/regioner:

1. Kirurgisk behandling vid lever- och gallvägscancer exklusive perihilära gallvägstumörer och levertransplantation

att kirurgisk behandling vid lever- och gallvägscancer exklusive perihilära gallvägstumörer och levertransplantation ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.

2. Kirurgisk behandling vid pankreas- och periampullär cancer exklusive lokalt avancerad cancer

att kurativt syftande kirurgisk behandling vid pankreas- och periampullär cancer exklusive lokalt avancerad cancer ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.

3. Äggstockscancer

att primär behandling samt behandling vid progress eller recidiv av äggstockscancer ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.

4. Kirurgisk behandling vid njurcancer

att kirurgisk behandling av komplicerad njurcancer med avancerade tumörer, såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ, ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.

att övrig kirurgisk behandling av njurcancer utförs vid vårdenheter som utför minst 50 operationer om året.

5. Kirurgisk behandling med cystektomi vid urinblåsecancer

att kirurgisk behandling med cystektomi vid urinblåsecancer ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.

RCC i samverkan avser att om två år följa upp hur rekommendationerna avseende regional nivåstrukturerings har hanterats i sjukvårdsregionerna.



Bakgrund

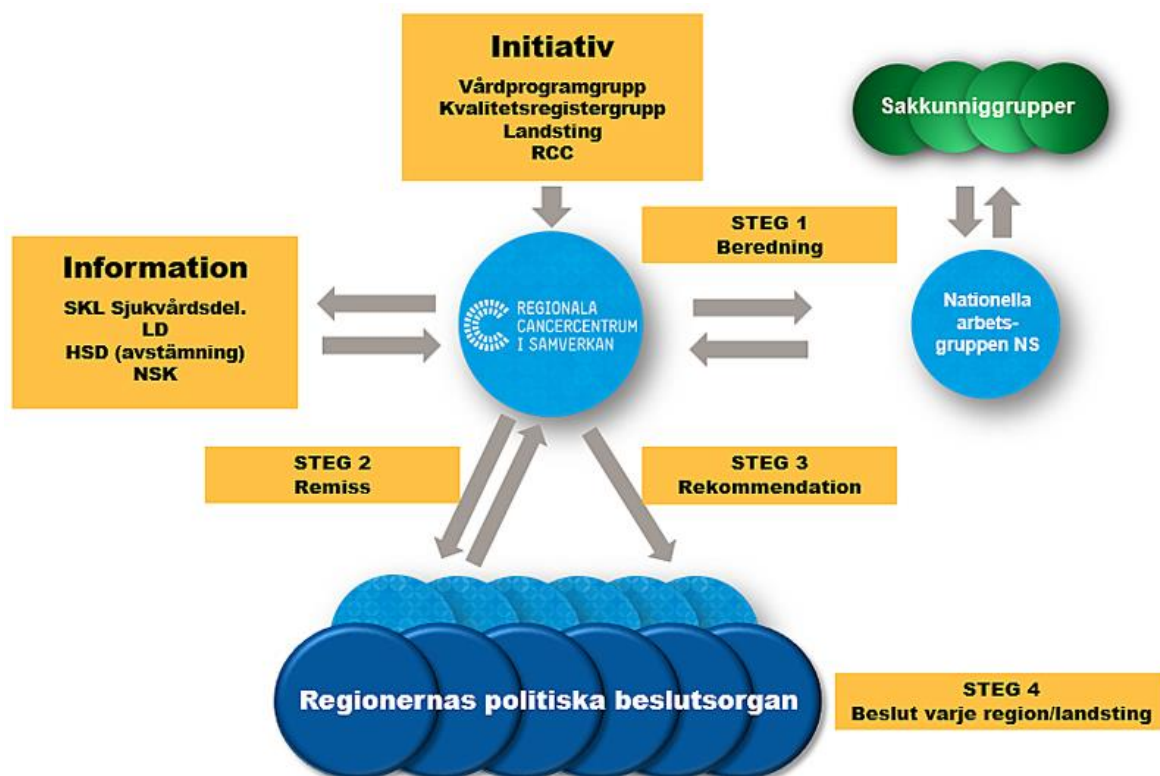
I överenskommelsen mellan SKL och staten har RCC i samverkan uppdraget att arbeta med nivåstrukturerings på nationell nivå. De första årens arbete har redovisats i rapporten:

Nivåstrukturerad cancervård för patientens bästa, SKL 2013. I rapporten fastslås bland annat:

”Utvecklingen inom cancervården präglas av en uttalad kunskapsutveckling. Introduktion av nya komplexa teknologier för diagnostik och behandling ställer krav på samverkan i team med företrädare för flera specialiteter. Etablering av sådana behandlingsteam är en stor investering som bör vara tillgänglig för ett så stort patientunderlag som möjligt. Den vidare utvecklingen av vården förutsätter fortlöpande utbildning av behandlingsteam och en stark klinisk forskning. Detta gynnas av en vårdstruktur som innebär att färre vårdgivare utför denna vård åt fler patienter. Flera studier har också visat ett samband mellan volym och kvalitet. En annan tydlig utveckling är patienternas ökande krav på delaktighet.”

Under de första årens arbete genomfördes en inventering av tänkbara områden för nivåstrukturerings. Pilotprocesser genomfördes med sakkunniguppdrag inom tre områden och en arbetsordning för det fortsatta arbetet med nationell nivåstrukturerings föreslogs.

Handläggningsgång





Som modellen ovan beskriver inleds den nationella beredningsprocessen för att nivåstrukturera viss cancervård med att en medicinsk sakkunniggrupp med representanter, utsedda av respektive RCC och förstärkt med patientföreträdare, bedömer vad som är god kvalitet och vad som bör utföras på vilken vårdnivå vid en given vårdinsats.

Sakkunniggruppen bedömer vid hur många vårdenheter en given vårdinsats bör utföras med utgångspunkt från god kvalitet för patienten. Sakkunniggruppens underlag bereds sedan av en nationell arbetsgrupp, beslut tas i samverkansgruppen för RCC, stäms av med landstingens tjänstemannaledning och sjukvårdsdelegationen på SKL och skickas sedan på remiss till regionerna/landstingen.

Samtidigt som remissen går ut får landstingen frågan om vilka som anser sig kunna utföra den aktuella vårdinsatsen med de krav och kriterier som är uppställda. Mot bakgrund av remissvaren utformar RCC i samverkan sedan en beslutsrekommendation som sjukvårdshuvudmännen får ta ställning till. Varje landsting/region avgör om beslut ska tas av tjänstemannaledning eller politisk ledning samt om beslutet ska tas i varje landsting eller på sjukvårdsregionsnivå.

En nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid peniscancer har genomförts och två nationella vårdenheter har uppdraget sedan 1 januari 2015, Skånes Universitetssjukhus, Malmö samt Universitetssjukhuset, Örebro. En första utvärdering sker våren 2017.

I en andra omgång har landsting/regioner 2016 beslutat om nationell nivåstrukturering inom följande områden med planerad verksamhetsstart 1 januari 2017:

Matstrupscancer: kurativt syftande kirurgi vid definierade, ovanligare och komplicerade tillstånd: Karolinska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus

Analcancer: kurativt syftande radiokemoterapi: Akademiska Sjukhuset, Norrlands Universitetssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus

Analcancer: kirurgisk behandling, sk. salvage kirurgi: Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus

Vulvacancer: kurativt syftande behandling: Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset Linköping

Isolerad hyperterm perfusion: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan, CRS/HIPEC: Akademiska Sjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus

Därutöver har RCC i samverkan inom området regional nivåstrukturering tidigare lämnat följande rekommendation att kirurgisk behandling vid övrig matstrupscancer och magsäckscancer ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.

Under hösten 2015 sakkunnigbedömdes nu aktuella rekommendationer vilka remissbehandlades av huvudmännen våren 2016.

Inkomna remissvar och ansökningar om nationella vårdenheter har bedömts av arbetsgruppen för nationell nivåstrukturerings. Bedömningen har enbart grundats på vad som framkommer i ansökan. Medlemmarna i den nationella arbetsgruppen har individuellt bedömt samtliga ansökningar. Bedömningen har utgått från den mall för ansökan som RCC i samverkan fastslagit där varje huvudpunkt liksom slutligen helheten bedömts utifrån begreppen: ”stark, acceptabel, svag”. Stor vikt har lagts vid beskrivningen av **hela** vårdprocessen ur ett patientperspektiv där mallen anger de detaljer som särskilt ska uppmärksammas i den del av vårdprocessen som utgör det nationella uppdraget. Av betydelse för bedömningen av helheten i en sammanhållen vårdprocess har också varit att samtliga delar av vårdprocessen belysts på ett likartat sätt, såväl avseende kirurgiska som icke kirurgiska delar. Nationella arbetsgruppen har fört en ingående gemensam diskussion där styrkor och svagheter i varje ansökan i detalj diskuterats. Grundat på helhetsbedömningen har arbetsgruppen rangordnat ansökningarna.

Baserat på inkomna remissvar och ansökningar och den nationella arbetsgruppens beredning har RCC i samverkan utformat denna beslutsrekommendation avseende nationell nivåstrukturerings inom tre områden: kirurgisk behandling av perihilära gallvägstumörer, kirurgi vid lokalt avancerad pankreas- och periampullär cancer och retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer.

Därutöver ger RCC i samverkan rekommendationer avseende regional nivåstrukturerings. Dessa rekommendationer utgår från sakkunnigbedömningar och har även varit föremål för remiss till landsting/regioner. Frågan om ett ev. genomförande i dessa fall ägs av landstingen/regionerna och därmed finns inget krav på kopia av beslut till SKL. Däremot avser Regionala cancercentrum att om två år följa upp hur rekommendationen hanterats i sjukvårdsregionerna.

Samtliga remissvar samt ansökningar om nationella vårdenheter finns publicerade här:
<http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/nivastrukturerings/>



20

Upphävande av förvaltningsutskottets
beslut 1989-12-21, § 250, om kostnader
för turistläkarverksamhet

RS/260/2017

2017-01-30

Samordningskansliet
Helge Jonsson
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@regionjh.se

RS/260/2017

Upphävande av förvaltningsutskottets beslut 1989-12-21, § 250, om kostnader för turistläkarverksamhet

Ärendebeskrivning

Dåvarande förvaltningsutskottet beslutade i december 1989, § 250, om ersättning för turistläkarverksamhet. Beslutet har legat till grund för avtal mellan primärvården och de enskilda turistanläggningarna på olika håll i länet. Beslutet har inte ändrats sedan 1989 och gäller fortfarande. Det tillämpas också för närvarande i Härjedalen.

Med hänsyn till den utveckling primärvården genomgått sedan beslutet, bland annat genom införande av hälsoval, är beslutet svårt att tillämpa på ett effektivt sätt. Gränsdragningen mellan vårdgivare har till följd av utvecklingen kommit att bli viktigare både vad gäller patientsäkerhet och ansvarsfrågor. Även kraven på vårdgivaren gör att det är svårt att upprätthålla en säker verksamhet med den verksamhet som beslutet avser. Behovet av vård i anslutning till turistläkarna får tillgodoses på annat sätt inom nuvarande regler för primärvården. Beslutet bör därför upphävas.

Regiondirektörens förslag

Förvaltningsutskottets beslut 1989-12-21, § 250, om kostnader för turistläkarverksamhet, upphör att gälla från och med 1 juni 2017.

Utdrag till

Primärvårdschef
Verksamhetschef, primärvården Härjedalen
Beställarchef

§ 249

Överförande av Frösöklinikernas trädgård till Äsbygdens gymnasieskola (Cf 611/87)

Föredrogs upprättat förslag till överförande av Frösöklinikernas trädgård till Äsbygdens gymnasieskola.

Förvaltningsutskottet beslutade

att bordlägga ärendet i avvaktan på genomförda MBL-förhandlingar.

Övrig hälso- och sjukvård§ 250

Kostnader för turistläkarverksamheten (Cf 658/89)

Förvaltningsutskottet beslutade 1985, § 437, att ersättning till hotellanläggning skulle utgå med 150 kronor per läkarbesök, samt därutöver max 100 kronor per besök för utrustning av lokaler och dylikt. Ersättningen har sedan dess varit oförändrad. Krav om ökade ersättningar hade framförts från några anläggningar.

Efter överläggning mellan landstinget och representanter för hotellanläggningarna enades man om att föreslå en justering av ersättningen samt att låta ersättningens storlek relateras till utomlänssavgiften.

Förvaltningsutskottet beslutade

att ersättning för turistläkarverksamhet utgår med 30 % av aktuell utomlänssavgift per läkarbesök,

att ett investeringsbidrag på max 20 % av aktuell utomlänssavgift per läkarbesök kan utgå efter resp direktions bestämmande, samt

att de nya ersättningsbeloppen ska gälla fr o m 1989-12-15.

§ 251

Övertagande synkonsulentverksamheten i Jämtlands län (Cf 559/88)

Synskadades Riksförbund (SRF) hade till Jämtlands läns landsting framställt om ett landstingsövertagande av synkonsulentverksamheten i länet. SRF hade efter diskussioner med berörda parter sagt upp sin nuvarande personal och landstingets bidrag skulle då upphöra att utbetalas fr o m den dag nuvarande arbetstagare slutar tjänstgöra, dock senast 1990-04-28.

§ 249

Överförande av Frösöklinikernas trädgård till Äsbygdens gymnasieskola (Cf 611/87)

Föredrogs upprättat förslag till överförande av Frösöklinikernas trädgård till Äsbygdens gymnasieskola.

Förvaltningsutskottet beslutade

att bordlägga ärendet i avvaktan på genomförda MBL-förhandlingar.

Övrig hälso- och sjukvård§ 250

Kostnader för turistläkarverksamheten (Cf 658/89)

Förvaltningsutskottet beslutade 1985, § 437, att ersättning till hotellanläggning skulle utgå med 150 kronor per läkarbesök, samt därutöver max 100 kronor per besök för utrustning av lokaler och dylikt. Ersättningen har sedan dess varit oförändrad. Krav om ökade ersättningar hade framförts från några anläggningar.

Efter överläggning mellan landstinget och representanter för hotellanläggningarna enades man om att föreslå en justering av ersättningen samt att låta ersättningens storlek relateras till utomlänssavgiften.

Förvaltningsutskottet beslutade

att ersättning för turistläkarverksamhet utgår med 30 % av aktuell utomlänssavgift per läkarbesök,

att ett investeringsbidrag på max 20 % av aktuell utomlänssavgift per läkarbesök kan utgå efter resp direktions bestämmande, samt

att de nya ersättningsbeloppen ska gälla fr o m 1989-12-15.

§ 251

Övertagande synkonsulentverksamheten i Jämtlands län (Cf 559/88)

Synskadades Riksförbund (SRF) hade till Jämtlands läns landsting framställt om ett landstingsövertagande av synkonsulentverksamheten i länet. SRF hade efter diskussioner med berörda parter sagt upp sin nuvarande personal och landstingets bidrag skulle då upphöra att utbetalas fr o m den dag nuvarande arbetstagare slutar tjänstgöra, dock senast 1990-04-28.



21

Anmälan av delegationsbeslut till
regionstyrelsen 2017

RS/2/2017

2017-02-21

Sekretariatet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 76
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/2/2017

Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2017

Ärendebeskrivning

1. Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör

Revidering av Avgiftshandbok Region Jämtland Härjedalen, daterad 2017-01-23 (RS/610/2016).

Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2017, område Hjärta/Neuro/Rehab (jatabstol) (RS/62/2017)

Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2017, område Klinisk fysiologi, DTS (ekokardiografi) (RS/62/2017)

Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2016, område kirurg/ögon/öron (stroboskop) (RS/1246/2016)

Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2016, område DTS (hissautomat) (RS/1246/2016)

Svar på remiss – Förslag till docenturämnen vid Medicinska fakulteten (RS/2388/2016)

2. Beslut fattade av chefer

Anställningsbeslut för perioden 2017-01-13 – 2017-02-16

Regiondirektörens förslag

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.



22

Anmälan av inkomna handlingar till RS

2017-03-01

RS/3/2017

2017-02-27

Sekretariatet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 76
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/3/2017

Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-03-01

Ärendebeskrivning

1. Protokoll Vårdvalsnämnden 2017-02-02
2. Protokoll Utskottet för infrastruktur 2017-01-18
3. Protokoll Region Jämtland Härjedalens Pensionärsråd 2017-01-18
4. Protokoll Landstingsbostäder AB 2016-10-25
5. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016
6. Meddelande från SKLs styrelse om ett Rökfritt Sverige 2025
7. Protokoll Patientnämnden 2017-01-26
8. Meddelande om inkommet regeringsuppdrag rörande nivåstrukturering av den högspecialiserade vården
9. Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården
10. Ny rapport från Riksrevisionen, Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet
11. Överenskommelse mellan staten och SKL 2017-2019 om ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa
12. Ny ledamot i Folkhälso Z från Åre kommun
13. Förvaltningsrätten i Härnösand, dom i mål nr 507-17 E.

Regiondirektörens förslag

Information om regionstyrelsens inkomna handlingar enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.



24

Regler för deltagande i sammanträden på
distans i politiska organ

RS/2350/2016

§15

Regler för deltagande i sammanträden på distans i politiska organ (RS/2350/2016)

Sammanfattning

I kommunallagen införts möjligheter för ledamöter att delta i sammanträden på distans.

Fullmäktige kan besluta att ledamöter får delta i fullmäktiges sammanträden på distans om det sker genom ljud- och bildöverföring i realtid och på ett sådant sätt att samtliga deltagare kan se och höra varandra och delta på lika villkor. För styrelsen och nämnder gäller att fullmäktige ska besluta i vilken utsträckning ledamöter får delta i en nämnds sammanträden på distans. Deltagande på distans ska ske på det sätt som gäller för fullmäktige. En ledamot som deltar på distans ska anses vara närvarande vid nämndens sammanträde.

Lagen omfattar endast ledamöter. Deltagande på distans är ett komplement till personlig närvaro som ger möjlighet till ett deltagande i beslutsfattandet som annars inte hade kommit till stånd alls.

Regionen får själv avgöra i vilken utsträckning beslutsfattande på distans ska vara tillåtet inom regionen. Det är exempelvis möjligt att tillåta distansdeltagande i nämnderna, men kräva fysisk närvaro i fullmäktige. En annan möjlighet är att under en period tillåta distansdeltagande i endast en nämnd för att samla erfarenheter innan ställning tas till frågan om distansdeltagande även i andra nämnder eller i fullmäktige.

Om regionen vill använda möjligheten att låta ledamöter delta i sammanträden på distans måste fullmäktige ta in föreskrifter om detta i sin arbetsordning och i nämndernas och utskottens reglementen. Föreskrifterna bör reglera i vilka situationer deltagande på distans ska vara tillåtet, vilken teknisk lösning som ska användas och vilka lokaler som ska användas. Fullmäktige kan överlåta till respektive nämnd att närmare bestämma vad som ska gälla om deltagande på distans i den nämnden.

Inledningsvis bör deltagande på distans tillåtas i styrelsen, nämnderna och utskotten samt fullmäktiges presidium. För att möjliggöra detta måste styrelsens, nämndernas och utskottens reglementen samt fullmäktiges arbetsordning kompletteras med bestämmelse om deltagande på distans. Regler för deltagande på distans bör också fastställas av fullmäktige. Av reglerna framgår förutsättningarna för deltagande på distans och ordförandens och ledamöternas ansvar vid deltagande på distans.

Förslag till beslut

Fullmäktiges presidium föreslår regionfullmäktige

1. I fullmäktiges arbetsordning under punkten 2. Fullmäktiges presidium införs en ny punkt 2.3. Deltagande i sammanträde på distans med följande lydelse:

”Ledamot får delta i sammanträde på distans. Vid sammanträde med deltagare på distans gäller reglerna för deltagande på distans i sammanträden i politiska organ.

Ledamot som önskar delta i sammanträde på distans ska senast fem dagar före sammanträdet anmäla detta till ordföranden och sekreterare. Ordföranden avgör om deltagande på distans får ske.”

2. I regionstyrelsens, regionala utvecklingsnämndens, vårdvalsnämndens, utskottet för ekonomis, utskottet för personals, utskottet för hälso- och sjukvårds, arbetsutskottets och utskottet för infrastrukturens reglementen införs följande bestämmelse:

"Ledamot får delta i sammanträde på distans. Vid sammanträde med deltagare på distans gäller reglerna för deltagande på distans i sammanträden i politiska organ.

Ledamot som önskar delta i sammanträde på distans ska senast fem dagar före sammanträdet anmäla detta till ordföranden och sekreterare. Ordföranden avgör om deltagande på distans får ske."

3. Regler för deltagande i sammanträden på distans i politiska organ antas.

Beslut

Fullmäktiges presidium föreslår regionfullmäktige

1. I fullmäktiges arbetsordning under punkten 2. Fullmäktiges presidium införs en ny punkt 2.3. Deltagande i sammanträde på distans med följande lydelse:

”Ledamot får delta i sammanträde på distans. Vid sammanträde med deltagare på distans gäller reglerna för deltagande på distans i sammanträden i politiska organ.

Ledamot som önskar delta i sammanträde på distans ska senast fem dagar före sammanträdet anmäla detta till ordföranden och sekreterare. Ordföranden avgör om deltagande på distans får ske.”

2. I regionstyrelsens, regionala utvecklingsnämndens, vårdvalsnämndens, utskottet för ekonomis, utskottet för personals, utskottet för hälso- och sjukvårds, arbetsutskottets och utskottet för infrastrukturens reglementen införs följande bestämmelse:

"Ledamot får delta i sammanträde på distans. Vid sammanträde med deltagare på distans gäller reglerna för deltagande på distans i sammanträden i politiska organ.

Fullmäktiges presidium

2017-01-31

Ledamot som önskar delta i sammanträde på distans ska senast fem dagar före sammanträdet anmäla detta till ordföranden och sekreterare. Ordföranden avgör om deltagande på distans får ske."

3. Regler för deltagande i sammanträden på distans i politiska organ antas.

Expedieras till

Regionjurist

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut Regler för deltagande på sammanträde på distans
- Regler för deltagande i sammanträden på distans i politiska organ
- Utredning tekniska möjligheter till deltagande i politiska sammanträden på distans



**Regler för deltagande i sammanträden på distans i
politiska organ**

Version: 1

Beslutsinstans: Regionfullmäktige



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	Regionfullmäktige



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
2	REGLER VID DELTAGANDE PÅ DISTANS	4
2.1	Ordförandens ansvar	5
2.2	Ledamots ansvar	6

1 INLEDNING

I kommunallagen har det införts möjligheter för ledamöter att delta i sammanträden på distans.

För fullmäktige gäller enligt 5 kap. 38 a § kommunallagen att ledamöter får delta i fullmäktiges sammanträden på distans, om fullmäktige har beslutat det och det sker genom ljud- och bildöverföring i realtid och på ett sådant sätt att samtliga deltagare kan se och höra varandra och delta på lika villkor. En ledamot som deltar på distans ska anses vara närvarande vid fullmäktiges sammanträde.

För styrelsen och nämnder gäller enligt 6 kap 32 § kommunallagen att fullmäktige ska besluta i vilken utsträckning ledamöter får delta i en nämnds sammanträden på distans. Deltagande på distans ska ske på det sätt som anges i 5 kap. 38 a §. En ledamot som deltar på distans ska anses vara närvarande vid nämndens sammanträde.

Lagen omfattar endast ledamöter. Deltagande på distans är ett komplement till personlig närvaro som ger möjlighet till ett deltagande i beslutsfattandet som annars inte hade kommit till stånd alls.

Regionen får själv avgöra i vilken utsträckning som beslutsfattande på distans ska vara tillåtet inom regionen. Det är möjligt att tillåta distansdeltagande i nämnderna, men kräva fysisk närvaro i fullmäktige. En annan möjlighet är att under en period tillåta distansdeltagande i endast en nämnd för att samla erfarenheter innan ställning tas till frågan om distansdeltagande även i andra nämnder eller i fullmäktige.

Om regionen vill utnyttja möjligheten att låta ledamöter delta i sammanträden på distans måste fullmäktige ta in föreskrifter om detta i sin arbetsordning och i nämndernas reglementen. Därigenom reglerar fullmäktige i vilka situationer deltagande på distans ska vara tillåtet, vilken teknisk lösning som ska användas och vilka lokaler som ska användas. Fullmäktige kan när det gäller nämnderna utforma reglementena på ett sätt som innebär att det överläts till respektive nämnd att närmare bestämma vad som ska gälla om deltagande på distans i den nämnden.

Av fullmäktiges arbetsordning och nämndernas reglementen framgår om det är tillåtet att delta i sammanträde på distans.



2 REGLER VID DELTAGANDE PÅ DISTANS

Vid deltagande på distans gäller följande regler.

Sammanträden i Region Jämtland Härjedalen genomförs i första hand med ledamöterna personligt närvarande. Deltagande på distans ska vara ett undantag.

Ordföranden avgör i det enskilda fallet om en ledamot kan tillåtas delta i sammanträde på distans.

Ledamot som vill delta i sammanträde på distans ska anmäla det till ordföranden och sekreteraren senast fem dagar före sammanträdet.

Deltagare som inte befinner sig i sammanträdeslokalen ska vara anslutna till sammanträdeslokalen på så sätt att deltagaren och de som är personligen närvarande på sammanträdet både kan se och höra varandra tydligt för att deltagarna enkelt kan identifiera varandra på ett betryggande sätt. Att alla deltagarna både kan se och höra varandra tydligt är viktigt för att den som deltar på distans ska kunna delta på samma villkor som de som är fysiskt närvarande i sammanträdeslokalen och vara fullt delaktig överläggningarna.

Den som deltar på distans ska kunna ta del av handlingar som delas ut vid sammanträdet och delta i avgörandet av ärendena, även i de fall avgörandet sker genom omröstning.

Vid omröstning ska det säkerställas att det är ledamöterna som deltar i omröstningen. Vid slutna omröstningar ska det säkerställas att valhemligheten bevaras, att alla de beslutandes röster kommer med i rösträkningen och att alla ges möjlighet till insyn i förfarandet så att omröstningen inte kan manipuleras. Sekretessbelagda uppgifter ska hanteras säkert sätt så att uppgifterna inte röjs för utomstående.

Lokalen för sammanträden där ledamöter får delta på distans ska vara utrustad med teknik som gör det möjligt att uppfylla ovanstående krav. Utrustningen ska ha en bild- och ljudöverföring som både är stabil och av hög kvalitet. I första hand ska de sammanträdesrum som särskilt utrustats med teknik för deltagande i sammanträde på distans användas.

2.1 Ordförandens ansvar

Ordföranden för sammanträdet ansvarar för ordningen vid sammanträdet.

Ordföranden avgör före varje sammanträde om den tekniska utrustningen uppfyller



kraven på bild- eller ljudkvalitet för deltagande på distans. Om bild- eller ljudkvaliteten under sammanträdet försämras eller förbindelsen bryts måste sammanträdet avbrytas tills en förbindelse av sådan kvalitet har återupprättats att alla åter kan delta på lika villkor eller om ledamoten ska anses ha lämnat sammanträdet.

Ordföranden ansvarar också för att sammanträdet genomförs på ett sådant sätt att utomstående inte kan ta del av det som sägs och de uppgifter i övrigt som behandlas. Ordföranden ska försäkra sig om att ledamot som deltar på distans gör det under sådana förhållanden att kraven enligt föregående mening kan upprätthållas. Om överföringen innefattar personuppgifter ska de personuppgifter som behandlas hanteras i enlighet med reglerna för personuppgiftsbehandling.

2.2 Ledamots ansvar

Ledamot som deltar på distans ansvarar för att den tekniska utrustning som ledamoten använder uppfyller kraven på bild- eller ljudkvalitet för deltagande på distans. Ledamoten ansvarar också för att deltagande sker under sådana förhållanden att sekretessbelagda uppgifter inte röjs. Ledamoten ansvarar för att ingen annan kan ta del av bild och ljud hos denne.

Reglerna beslutade av regionfullmäktige 2017-04-

Utredning - tekniska möjligheter till politiska sammanträden på distans

Innehållsförteckning

UTREDNING - TEKNISKA MÖJLIGHETER TILL POLITISKA SAMMANTRÄDEN PÅ DISTANS	1
BAKGRUND	2
Arbetsgrupp	2
LAGRUMMETS MÖJLIGHETER	2
ANDRA LANDSTING/REGIONER	5
LÖSNINGSALTERNATIV 1	8
Alternativ 1 Fullmäktige	8
Fullmäktige Alternativ 2	9
MÖTEN FÖR NÄMND OCH UTSKOTT	9
KOSTNADER	10
BEGRÄSNINGAR	11
PERSONLIGT ANSVAR	11
BEHOV	11

Bakgrund

I juni 2016 gav stabschef Mikael Ferm ett uppdrag att utreda vilka tekniska lösningar som behövs för att uppfylla de lagliga kraven för att kunna hålla sammanträden på distans.

Utredningen belyser möjliga lösningar inom och utanför regionens nuvarande it-infrastruktur och redovisar om tekniken finns tillgänglig i nuvarande it-infrastruktur. Utredningen redovisar även uppskattad kostnad för anskaffande av nödvändig utrustning.

Utredningen har efterfrågats av våra förtroendevalda. Med anledning av Region Jämtland Härjedalens stora geografiska yta och att våra förtroendevalda ofta är på resande fot skulle en möjlighet att kunna delta på distans i beslutande sammanträden underlätta för många, och möjligen även minska kostnaderna för resor och ersättning för förlorad arbetsförtjänst.

Arbetsgrupp

Bo Karlsson, strateg för distansoberoende teknik

Helge Jonsson, regionjurist

Anna Backlund, nämndsekreterare för regionala utvecklingsnämnden

Lagrummets möjligheter

I kommunallagen har införts möjligheter att delta i fullmäktige på distans. Enligt 5 kap. 38 a § kommunallagen gäller följande:

Ledamöter får delta i fullmäktiges sammanträden på distans, om fullmäktige har beslutat det och det sker genom ljud- och bildöverföring i realtid och på ett sådant sätt att samtliga deltagare kan se och höra varandra och delta på lika villkor.

En ledamot som deltar på distans ska anses vara närvarande vid fullmäktiges sammanträde.

Enligt 6 kap 32 § gäller följande:

Fullmäktige ska besluta i vilken utsträckning ledamöter får delta i en nämnds sammanträden på distans. Deltagande på distans ska ske på det sätt som anges i 5 kap. 38 a §.

En ledamot som deltar på distans ska anses vara närvarande vid nämndens sammanträde.

Lagen omfattar endast ledamöter. Deltagande på distans bör betraktas som ett komplement till personlig närvaro som ger möjlighet till ett deltagande i beslutsfattandet som annars inte hade kommit till stånd alls.

Regionen får själv avgöra i vilken utsträckning som beslutsfattande på distans ska vara tillåtet inom regionen. Det är exempelvis möjligt att tillåta distansdeltagande i nämnderna,

men kräva fysisk närvaro i fullmäktige. En annan möjlighet är att under en period tillåta distansdeltagande i endast en nämnd för att samla erfarenheter innan ställning tas till frågan om distansdeltagande även i andra nämnder eller i fullmäktige.

Om regionen vill utnyttja möjligheten att låta ledamöter delta i sammanträden på distans måste fullmäktige ta in föreskrifter om detta i sin arbetsordning och i nämndernas reglementen. Därigenom kan fullmäktige reglera i vilka situationer deltagande på distans ska vara tillåtet, vilken teknisk lösning som ska användas och vilka lokaler som ska användas. Fullmäktige kan när det gäller nämnderna utforma reglementena på ett sätt som innebär att det överläts till respektive nämnd att närmare bestämma vad som ska gälla om deltagande på distans i den nämnden.

Det bör inte anges i lagstiftningen vilka tekniska lösningar som ska användas vid distansdeltagande. Det är tillräckligt att i lagen slå fast några grundläggande krav.

Ett av dessa krav bör vara att deltagare som inte befinner sig i samma lokal är anslutna till varandra med både bild och ljud. Att deltagarna både kan se och höra varandra tydligt innebär till att börja med att deltagarna enkelt kan identifiera varandra på ett betryggande sätt, vilket är nödvändigt av flera skäl. Vid överläggning inom stängda dörrar hanteras ofta sekretessbelagda uppgifter som inte får röjas för utomstående. Vid omröstning i fullmäktige eller en nämnd måste det även säkerställas att det är ledamöterna och inga andra som deltar i omröstningen. Att alla deltagarna både kan se och höra varandra tydligt är även viktigt för att den som deltar på distans ska kunna vara fullt delaktig i fullmäktiges eller nämndens överläggningar.

Ytterligare ett krav som bör slås fast i lagstiftningen är att den distansdeltagande ges möjlighet att delta på samma villkor som dem som är fysiskt närvarande i sammanträdeslokalen. Kravet på lika villkor för alla beslutande ställer stora krav på de tekniska hjälpmedel som ska användas. Framförallt krävs en bild- och ljudöverföring som både är stabil och av hög kvalitet. Om bild- eller ljudkvaliteten försämras eller förbindelsen bryts måste sammanträdet avbrytas tills en förbindelse av sådan kvalitet har återupprättats att alla åter kan sägas delta på lika villkor.

Den som deltar på distans måste även ha möjlighet att ta del av handlingar som delas ut vid sammanträdet och delta i avgörandet av ärendena, även i de fall avgörandet sker genom omröstning. Om den som deltar på distans inte kan vara fullt delaktig i alla de ärenden som behandlas vid sammanträdet kan nämligen deltagandet i det sammanträdet inte sägas ske på lika villkor för alla ledamöter.

När det gäller öppna omröstningar genomförs de ofta genom att de beslutande ropas upp en efter en och därvid avger sin röst. Ett sådant förfarande förutsätter ingen annan teknisk lösning än den redan nämnda bild- och ljudöverföringen.

Slutna omröstningar ställer andra krav. Den tekniska lösning som används måste säkerställa att valhemligheten bevaras, att alla de beslutandes röster kommer med i rösträkningen och att alla ges möjlighet till insyn i förfarandet så att omröstningen inte kan manipuleras. Om inte alla dessa krav kan tillgodoses får distansdeltagande inte ske vid sammanträden då

sluten omröstning kan komma att tillämpas, dvs. då ärenden som gäller val eller anställning av personal ska avgöras.

Fullmäktiges sammanträden är offentliga. Fullmäktige får dock besluta att överläggningen i ett visst ärende ska hållas inom stängda dörrar. Däremot ska en nämnds sammanträden som huvudregel hållas inom stängda dörrar.

Många av de uppgifter som behandlas inom stängda dörrar omfattas av sekretess. Det innebär att de som deltar i sammanträdet inte får röja uppgifterna, vare sig muntligen, genom att lämna ut handlingar eller på något annat sätt. Lagstiftningen gör inte någon skillnad mellan dem som är närvarande i sammanträdeslokalen och den som deltar på distans. När någon deltar i ett sammanträde på distans kan det uppkomma särskilda svårigheter att upprätthålla sekretessen i praktiken. Det finns en risk att uppgifter kommer ut vid överföringen mellan sammanträdeslokalen och den plats där den distansdeltagande befinner sig. Det kan också hända att någon utomstående tar del av bild eller ljud hos distansdeltagaren.

Att sekretessen kan upprätthållas i praktiken är en viktig aspekt att ta hänsyn till vid utformningen av reglerna för distansdeltagande och vid val av teknisk lösning för överföringen mellan sammanträdeslokalen och den plats där den distansdeltagande befinner sig.

Vid sammanträdestillfället är det i första hand ordföranden som har ansvar för att sammanträdet genomförs på ett sådant sätt att utomstående inte kan ta del av det som sägs och de uppgifter i övrigt som behandlas. Varje ledamot har även ett eget ansvar för att sekretessbelagda uppgifter inte röjs. Exempelvis måste sammanträdeshandlingarna hanteras på ett omdömesfullt sätt. På liknande sätt har den som deltar på distans ett eget ansvar för att ingen annan kan ta del av bild och ljud hos denne. Ordföranden bör genom information och frågor till distansdeltagaren försäkra sig om att det inte sker.

Om någon deltar i ett sammanträde genom att bild och ljud överförs elektroniskt och överföringen innefattar personuppgifter utgör det en sådan automatiserad behandling av personuppgifter att personuppgiftslagen (1998:204) är tillämplig. De personuppgifter som främst är av intresse i det här sammanhanget är de som förekommer i ärendena vid sammanträdet. Personuppgiftslagens bestämmelser innebär bl.a. att den personuppgiftsansvarige, dvs. nämnden, ska vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att skydda de personuppgifter som behandlas. Åtgärderna ska åstadkomma en säkerhetsnivå som är lämplig med beaktande av bl.a. de särskilda risker som finns med behandlingen av personuppgifterna och hur pass känsliga de behandlade personuppgifterna är (31 § personuppgiftslagen).

Datainspektionen har gett ut allmänna råd om säkerhet för personuppgifter. I dessa betonas lämpligheten i att göra en risk- och sårbarhetsanalys för att klarlägga vilken säkerhetsnivå som ska gälla för skyddet av uppgifter. Det sägs också att personuppgifter som överförs via nät beroende på känsligheten hos uppgifterna bör skyddas, t.ex. genom kryptering. Dessa synpunkter gör sig även gällande beträffande andra uppgifter än personuppgifter i den mån uppgifterna omfattas av sekretess. Kan överföringen av personuppgifter inte ske eller sekretessen inte upprätthållas med rimlig säkerhet i förhållande till karaktären hos de

uppgifter som förekommer i ett visst ärende eller en viss typ av ärenden, bör deltagande på distans inte medges vid sammanträden då sådana ärenden behandlas.

Det ankommer på den som inför möjligheten att delta på distans att utforma föreskrifter och vidta andra åtgärder för att åstadkomma en rimlig säkerhet. Det kan t.ex. innebära att särskilda lokaler används för deltagande på distans i vissa fall. Utbildning i informationssäkerhet för distansdeltagare och för dem som ska leda möten med distansdeltagare kan vara en annan åtgärd för att höja säkerheten.

Andra landsting/regioner

Samtliga Sveriges 20 landsting och regioner har tillfrågats om huruvida deras fullmäktigeförsamlingar har fattat beslut om att införa sammanträden på distans.

Av dessa har 16 st svarat på frågan och sex av landets landsting/regioner har fattat ett sådant beslut. De sex landstingen/regionerna är Landstinget i Kalmar län, Region Gotland, Västra Götalandsregionen, Landstinget i Dalarna, Landstinget i Västernorrland och Västerbottens läns landsting. I Norrbottens läns landsting har en diskussion precis påbörjats om att eventuellt fatta ett beslut som gör sammanträden på distans möjligt.

Landstinget i Kalmar län

Landstingsfullmäktige i Kalmar län har den 28 september 2016 fattat beslut om att ledamöter som i landstingsstyrelsen, dess utskott och delegationer samt kulturnämnden, trafikstyrelsen och folkhögskolestyrelsen som inte kan närvara fysiskt vid ett sammanträde har möjlighet att delta på distans. ”Detta ska ske genom ljud- och bildöverföring i realtid samt på ett sådant sätt att samtliga deltagare kan se och höra varandra samt delta på lika villkor. Ledamöter som deltar på distans ska anses närvarande.”

Eftersom beslutet har fattats så nyligen har det inte prövats i praktiken ännu, men Kalmar län har valt att installera videokonferenssystem och använder sig av lösningen Akano, både för tjänstemannamöten och politiska möten.

Landstinget i Dalarna

Landstingsfullmäktige i Dalarna har den 20 oktober 2014, § 105, fattat beslut om att ge nämnderna rätten att själva bestämma om sammanträden ska kunna ske på distans förutsatt att kommunallagens krav i 6 kap 32 § och 5 kap 38 a § är uppfyllda. Här är det alltså endast nämnderna som har den möjligheten och inte själva fullmäktige.

Trots att Dalarna ändrade nämndernas reglementen för att möjliggöra distansmöten relativt snart efter att kommunallagen gjort detta möjligt, har inget sådant möte ännu skett. Detta för att landstinget i Dalarna inte anser att de har den tekniska utrustning som krävs för att lagkravet på att samtliga deltagare ska kunna se och höra varandra och delta på lika villkor, kan anses vara uppfyllt.

Region Gotland

Regionfullmäktige i Gotland ändrade den 23 november 2015 styrelsens reglemente så att ledamöter i styrelsen får delta i sammanträden på distans. Detta gäller alltså endast styrelsen. Paragrafen lyder:

”12 § Styrelsen får, om särskilda skäl föreligger, sammanträda med ledamöter närvarande på distans. Sådant sammanträde får endast äga rum om ljud- och bildöverföring sker i realtid och på ett sådant sätt att samtliga deltagare kan se och höra varandra på lika villkor. Lokalen ska vara så beskaffad att inte obehöriga kan ta del av sammanträdeshandlingar, bild eller ljud. Ledamot som önskar delta på distans ska senast fyra dagar i förväg anmäla detta till styrelsens kansli. Ordföranden avgör om närvaro får ske på distans. Styrelsen får bestämma vad som närmare ska gälla om deltagande på distans i styrelsen.”

Inte heller här har detta prövats i praktiken.

Västra Götaland

Den 24 november 2015 har regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen beslutat om reglementen för dess nämnder och styrelser. Reglementena har en gemensam struktur där en del är nämndspecifik och en del är generell. I den generella delen finns ett avsnitt om sammanträden på distans, det lyder:

”13 § Styrelsen får sammanträda med ledamöter närvarande på distans om det finns särskilda skäl. Vid sådana sammanträden måste ljud- och bildöverföring ske i realtid och så att samtliga deltagare kan se och höra varandra på lika villkor. Obehöriga ska inte kunna ta del av sammanträdeshandlingar, bild eller ljud.

Ledamot som vill delta på distans ska senast fem dagar i förväg anmäla detta till styrelsens kansli. Ordföranden avgör om närvaro får ske på distans. Styrelsen får bestämma vad som närmare ska gälla vid deltagande på distans.”

Ingen ledamot har till dags dato deltagit i något sammanträde på distans och regionen har inte ännu funderat över tekniska lösningar för att så ska kunna ske.

Landstinget i Västernorrland

I Västernorrlands läns landsting har fullmäktige beslutat den 29 oktober 2014 att ändra styrelsens, nämndernas och utskottens reglementen så att ledamöter har rätten att delta i sammanträden på distans. Nämnderna har inte använt denna möjlighet, dock har utskotten gjort det vid några tillfällen och tekniken för ljud och bild har enligt landstingssekreteraren fungerat utmärkt.

Den 18 november 2015, § 200, beslutade landstingsfullmäktige att även ge själva fullmäktige denna möjlighet, men inget sådant sammanträde har ägt rum ännu.

Västerbottens läns landsting

I Västerbottens läns landsting gav landstingsstyrelsen den 11 november 2014 ett uppdrag till landstingsdirektören att utreda förutsättningarna för deltagande i nämndsmöten på distans. Där ville man titta närmare på möjliga problemområden såsom hur överläggning inom stängda dörrar eller beslutsfattande som inkluderar sekretesskyddat material, skulle

ske på ett rättssäkert sätt. Därför infördes en provperiod där vissa nämnder tilläts låta nämndledamöter delta på distans under en försöksperiod 2015. Denna skulle så utvärderas med avseende på ekonomi, teknisk funktionalitet och sammanträdestekniska faktorer såsom sekretess, ersättnas inträde, påverkan på informella kontakter och meningsutbyten. Vi har inte fått svar på hur denna utvärdering har gått och det går heller inte läsa sig till genom protokoll.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att de få landsting/regioner som har infört möjligheten för ledamöter att delta i sammanträden på distans inte har provat detta i praktiken i någon större utsträckning. Endast ett landsting har infört möjligheten för fullmäktige.

Samtliga regioner/landsting som har beslutat om att införa deltagande i politiska sammanträden på distans, har skrivit in de avgörande formuleringarna från kommunallagens nligt 5 kap. 38 a §:

”Ledamöter får delta i fullmäktiges sammanträden på distans, om fullmäktige har beslutat det och det sker genom ljud- och bildöverföring i realtid och på ett sådant sätt att samtliga deltagare kan se och höra varandra och delta på lika villkor.

En ledamot som deltar på distans ska anses vara närvarande vid fullmäktiges sammanträde. ”

De flesta har valt att införa möjligheten för att senare hantera frågan om tekniska lösningar, medan någon enstaka har börjat med att försöka säkerställa säkerheten i tekniken.

Den omvärldsanalys som vi har genomfört är översiktlig.

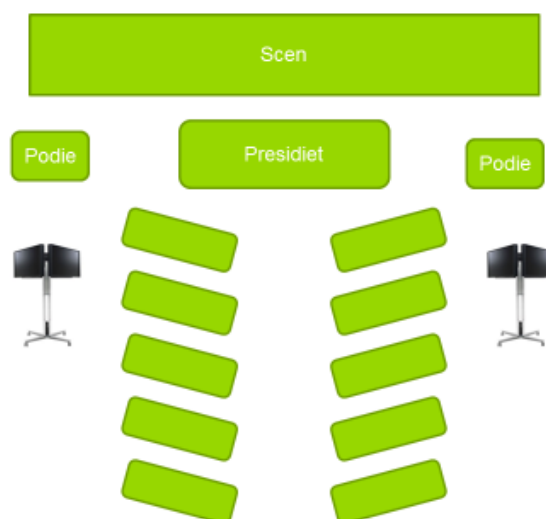
Lösningssalternativ 1

Alternativ 1 Fullmäktige

Detta alternativ innebär att den nuvarande möbleringen i fullmäktige behålls och en ställning med videoutrustning per distansdeltagare ställs in dit distansdeltagaren kopplar upp sig. Varje ställning har ett rullbart stativ med minst två videaskärmar som är monterade i vinkel så att distansdeltagaren kan ses ifrån hela salen. Överst på ställningen monteras ett videosystem dit Distansdeltagaren kopplar upp sig. Distansdeltagaren väljer själv åt vilket håll kameran ska riktas och kan därmed se presidiet, talarpodiet eller fullmäktigesalen. Kameran rör sig betydande långsamt men kan ändå anses tillgodose behovet av att kunna se och höra det som sägs på mötet.

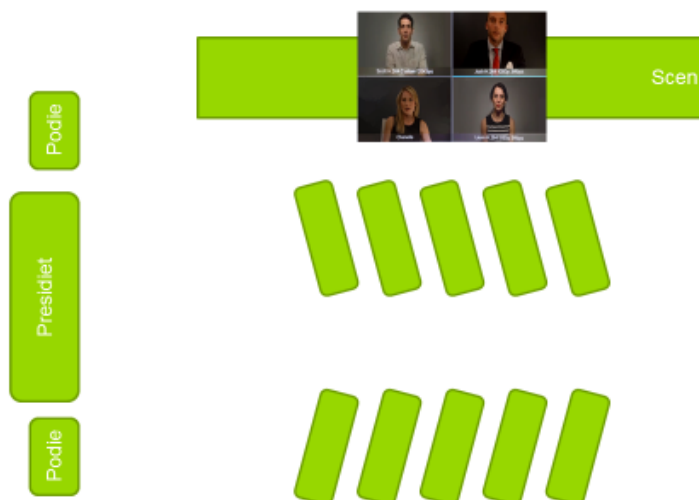
Ljudupptagningen kommer främst att vara ifrån mikrofonanläggningen vid podiet men kan kompletteras med fler mikrofoner. Ljudet ut ifrån distansdeltagaren kan och rekommendationen är att den ska kopplas till salens befintliga ljudanläggning.

En rutin och ett beslut måste upprättas ifall distansdeltagare vill föredra ett ärende med hjälp av en presentation. Den behöver i dessa fall skötas och visas på scenens projektorduk av någon närvarande på plats.



Pris ca 100 000 kr ställning & deltagare + en grundinstallationskostnad på 10 000 kr

Fullmäktige Alternativ 2



En ommöblering av fullmäktige där presidiet flyttas 90 grader till vänster för att möjliggöra att presentationsduken på scenen kan användas till att visa distansdeltagare. Videomötets uppsättning är sådan att hela bilden delas upp i mindre kvadranter. Bedömningen är att 4 kvadranter är lämpligt med tanke på storleken för att deltagarna i fullmäktige ska kunna urskilja vad som visas.

Alla distansdeltagarna plus fullmäktige ser hela tidens samma bild. Två av kvadranterna behöver dock användas för att visa fullmäktigemötet i sin helhet, en bild visar talarpodiet och en visar fullmäktigesalen.

Vid en föredragning med hjälp en presentation så visas inte distansdeltagarna för fullmäktige och detsamma gäller när en distansdeltagare visar en presentation.

Möten för Nämnd och utskott

Tre rum är tillräckligt stora för dessa möten. Det är Styrelserummet, stora konferensrummet och musslan.

Både styrelserummet och stora konferensrummet är inom det skalskydd som regionen har medan musslan ligger är mer lättillgängligt för besökare som inte har passerkort till regionens lokaler.

Nämndmöte Lokal Presentatör



Rummet utrustas med ett flertal skärmar och kameror och kopplas till ett system som gör att bildupptagning styrs till talaren i rummet. Bilden visar klassiskt skolsittning men en uformat möblering är också möjlig men då med begränsningen att vissa av sittplatserna för det svårt för deltagaren att lätt se skärmen med distansdeltagarna. Detta går att lösa med ytterligare en skärm men med några svårigheter med tanken på fönstrens placeringar i tänkta rum.

Kostnader

Kostnadsuppskattning

Fullmäktige Alternativ 1	100 000 kr per distansdeltagare + kostnader utbildningar, installation och support, + 10 000 Kr
Fullmäktige alternativ 2	400 000 kr + kostnader utbildningar, installation och support
Per rum, Musslan och Stora styrelserummet	300 000 kr per rum+ kostnader utbildningar, installation och support(längre)



Begräsningar

- Deltagare på distans kommer inte att ses av fullmäktige under en ex powerpointpresentation
- Det går inte att med bra kvalité spela upp inspelad film över distanslänk
- Ett begränsat antal distansdeltagare kan koppla upp sig som baserar sig på beslut om vilket detta antal kan vara.

Personligt ansvar

- I god tid kolla upp den personliga utrustningen och uppkopplingen
- Att vara i videoutrustad lokal som är kompatibel med regionens system eller tillhanda egen dator med kamera, headset och har installerad programvara och konto.
- Ha rutiner till hands i god tid innan uppstart.
- Att ha ansvar att kunna hantera den personliga utrustningen

Behov

- Rutin för att i förväg anmäla närvaro till fullmäktiges ordförande
- Bestämma max antal deltagare på distans
- Upprätta support på plats vid uppstart. Kan den vara en köpt tjänst av OSD?
- Klargöra vem som äger och ansvarar för utrustningen
- Rutin för installation av personlig utrustning och uppkopplingsinstruktioner
- Rutin för hur omröstning går till
- Rutin för tekniska avbrott ska hanteras.
- Information kring distansdeltagaren är ett undantagsfall.



25

Regiongemensamma regler för resor inom
Region Jämtland Härjedalen

RS/1791/2016

2017-01-24

Ekonomi- och personalavdelningen
Lena Larsson
Tfn: 063-14 77 28
E-post: lena.larsson@regionjh.se

RS/1791/2016

Regiongemensamma regler för resor inom Region Jämtland Härjedalen

Ärendebeskrivning

Nuvarande regler, landstingsgemensamma regler för resor togs fram 1998 och reviderades under 2012. Regionstaben har nu gett i uppdrag till Upphandlingsenheten att genomföra en analys och översyn över nuvarande regelverk för tjänsteresor.

Syftet med en översyn var att se om det är möjlighet att genom tydligare regelverk, nya eller reviderade avtal samt färre resebeställare uppnå:

- minskade kostnader, genom såväl mindre resursinsatser som billigaste färd sätt och boende
- minskad negativ miljöpåverkan genom intern klimatkompensation

Ett förslag på nya regler för resor tagits fram utifrån ovanstående punkter. Reglerna har kommunicerats med ledningsgrupperna för regionstaben samt regional utveckling. Regionkommittén har informerats.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Regiongemensamma regler för resor inom Region Jämtland Härjedalen antas.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Lena Larsson
Upphandlingschef

Utdrag till

Upphandlingschef



**Regler för resor - regler för förtroendevalda och
medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen**

Version: 1

Beslutsinstans:



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING OCH BAKGRUND	4
2	OMFATTNING	4
3	PRINCIPER INFÖR TJÄNSTERESA	5
3.1	Krav på resa	5
3.2	Godkännande av resa	5
3.3	Bokning av resa	5
3.4	Val av resesätt	5
3.5	Kombination med privat resa	6
4	TÅGRESOR	6
4.1	Biljetter	6
5	FLYGRESOR	6
5.1	Biljetter	6
5.2	Bonusprogram	6
6	LOKALA TRANSPORTER	7
6.1	Bokning	7
6.2	Val av transportmedel	7
7	HOTELL	7
8	TRANSPORT TILL OCH FRÅN TÅGSTATION/FLYGPLATS	7

1 INLEDNING OCH BAKGRUND

Tjänsteresor utgör en stor utgiftspost för Region Jämtland Härjedalen. Detta gäller både avseende pengar, 2015 kostade tjänsteresor ca 20 miljoner kronor, som miljöeffekter då en stor del av vårt resande, 90 % av längre inrikesresor, sker med flyg (2015).

Syftet med detta dokument är att klargöra de värderingar, utgångspunkter och principer som gäller när det blir aktuellt med tjänsteresa för förtroendevalda och anställda i organisationen.

En tjänsteresa är inte bara en direkt kostnad för organisationen i form utgifter för resa och logi utan också en indirekt kostnad i form av förlorad arbetstid, om inte arbete kan ske under restiden. Tjänsteresor bidrar också till en negativ miljöpåverkan, framförallt när de genomförs med flyg. En flygresa har en miljöpåverkan som är XX gånger större än en tågres.

Mest kostnads- och miljöeffektivt är resefria möten. Därför ska det vara enkelt och tillgängligt att via video- eller telefonkonferens genomföra möten inom och utanför organisationen. Fler och bättre möjligheter för varje enskild individ att delta i distansmöten genom modern distansoberoende teknik skapar grunden för en ny modern möteskultur i organisationen.

Som ett ytterligare incitament att minska miljöpåverkan har organisationen ett system för klimatkompensation där varje tågres rabatteras med 20 % och varje flygres beläggs med en avgift på 20 %. Dessa rabatter och avgifter sker genom interna transaktioner och påverkar varje resas kostnad i den interna redovisningen men inte villkoren för resorna i övrigt.

Dessa regler skall inte tillämpas på ett sätt som medför att våra patienters säkerhet äventyras.

2 OMFATTNING

Dessa regler omfattar tjänsteresor för alla förtroendevalda och anställda, inklusive inhyrd personal i de fall som organisationen svarar för deras kostnader. Sjuk- eller patientresor omfattas inte av dessa regler.

3 PRINCIPER INFÖR TJÄNSTERESA

3.1 Krav på resa

Överväg och ifrågasätt varje resa – kan resan ersättas genom utnyttjande av distansoberoende teknik?

Om tjänsteresa krävs, kan antalet resande/deltagande begränsas – är det tillräckligt att en representant reser för att vid ett senare tillfälle återrapportera till andra berörda?

3.2 Godkännande av resa

Tjänsteresor ska i förväg godkännas av budgetansvarig.

Den som har rätt att besluta om tjänsteresor har ett ansvar att se till att dessa regler efterlevs och att de som reser i tjänsten är medvetna om reglerna.

3.3 Bokning av resa

Bokning ska alltid göras vid den resebyrå som Region Jämtland Härjedalens vid tiden för bokningen har avtal med. Bokning av resa och boende ska göras så tidigt som möjligt, dock minst 14 dagar före avresa.

Ersättning via reseräkning, dvs. ersättning i efterhand för reseutlägg, ska endast användas för mindre utlägg där förbeställning inte kunnat ske. Exempel på sådana utlägg är parkering och lokalbuss. Om andra större utlägg redovisas via reseräkning anses dessa vara en avvikelse. Exempel på utlägg som bedöms vara avvikelser är att den resande själv bokar och betalar resor och/eller logi och därefter redovisar dessa kostnader som utlägg till organisationen.

3.4 Val av resesätt

Allmänna kommunikationsmedel ska i första hand väljas.

Vid längre resor ska tåg alltid väljas i första hand.

För kortare resor, som inte kan utföras med allmänna kommunikationsmedel, ska upphandlade leasingbilar eller hyrbil användas i första hand. Privat bil i tjänsten får endast användas i undantagsfall.

3.5 Kombination med privat resa

Tjänsteresa som kombineras med privat resa, t.ex. förlängning av vistelse, får inte resultera i en högre kostnad för organisationen än vad enbart tjänsteresan skulle kosta.

En tjänsteresa får inte planeras med utgångspunkt från ett rent privat intresse med resan. Tjänsteresan skall i alla delar hanteras enligt gällande regler. Privata kostnader står resenären för själv och en tydlig uppdelning mellan tjänster- och privatresa skall göras. Ersättning utgår endast för de kostnader som är direkt relaterade till tjänsteresan.

4 TÅGRESOR

4.1 Biljetter

Tjänsteresor med tåg ska alltid bokas till lägsta tillgängliga pris. Om lägre pris uppnås genom val av icke ombokningsbar biljett och/eller icke återbetalningsbar biljett ska sådan väljas före dyrare biljetter som kan ombokas.

Längre tågresor ska om möjligt nyttjas för tid till arbete och kan i så fall ske i 1 klass. Vid resa med nattåg kan singelkupé bokas.

5 FLYGRESOR

5.1 Biljetter

Tjänsteresor med flyg ska alltid bokas till lägsta tillgängliga pris. Om lägre pris uppnås genom val av icke ombokningsbar biljett och/eller icke återbetalningsbar biljett ska sådan väljas före dyrare biljetter som kan ombokas.

Alla flygresor ska ske i ekonomiklass. Resa i businessklass är generellt inte tillåten. Undantag kan göras när businessklass är det mest ekonomiska alternativet eller när en resa måste företas och plats i ekonomiklass saknas.

5.2 Bonusprogram

Val av flygbolag eller resa får aldrig styras av privata frequent flyer program eller andra bonusgenererande program.

6 LOKALA TRANSPORTER

6.1 Bokning

Bokning av de lokala transporter som krävs under resan sker genom den resebyrå som Region Jämtland Härjedalen vid tid för bokningen har avtal med.

6.2 Val av transportmedel

För lokala resor, inom orten, ska buss, pendeltåg, spårvagn eller tunnelbana användas om detta inte tidsmässigt väsentligt förlänger resan. Taxi får endast väljas när lämpliga alternativa kommunikationer saknas eller om det för ändamålet är det mest kostnadseffektiva transportmedlet eller om särskilda skäl föreligger.

7 HOTELL

Hotell bokas via resebyrån i samband med bokning av resa.

Hotell ska utgå från den lägsta totalkostnaden. Priset per natt ska vägas mot totalkostnaden för logi och transport till de tjänsteärenden som ska utföras under resan och andra potentiellt fördyrande omständigheter.

8 TRANSPORT TILL OCH FRÅN TÅGSTATION/FLYGPLATS

Transport bokas via resebyrån i samband med bokning av resa. Det mest kostnadseffektiva transportmedlet skall alltid väljas.



26

Svar på motion från Elin Lemon m.fl. (C)
om att stärka vår region och vår
attraktionskraft med regionala skattebaser

RS/1928/2016

2017-02-07

Sekretariatet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

RS/1928/2016

Svar på motion från Elin Lemon m.fl. (C) om att stärka vår region och vår attraktionskraft med regionala skattebaser

Ärendebeskrivning

Centerpartiets regiongrupp har i en motion yrkat att Region Jämtland Härjedalen ska aktivt driva på för ett beslut om regionala skattebaser i Sveriges riksdag i närtid.

Föreslagna förändringar

Centerpartiets regiongrupp föreslår i motionen att intäkterna från fastighetsskatten på industrifastigheter och elproducerande fastigheter ska regionaliseras. Det innebär att motionens förslag är att regionen ska aktivt driva på gällande statlig skattepolitik.

Bakgrund

Kommunallagen (1991:900) reglerar ytterst region Jämtland Härjedalens verksamhet. Lagstiftningens 2 kap. Kommunernas och landstingens befogenheter klargör att motionärernas yrkande ej faller inom den kommunala kompetensen. Den typ av frågor som motionen tar upp får drivas av de politiska partierna och andra intresseföreningar och av medborgarna själva.

Regionen kan däremot inom ramen för befintlig lagstiftning ha synpunkter på frågor som påverkar intäkterna, t ex skatteutjämningsystemets utformning.

Regionala utvecklingsnämnden föreslår att motionen avslås.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige
Elin Lemon (C)

§13

Svar på motion (C): Stärk vår region och vår attraktionskraft med regionala skattebaser (RUN/608/2016)

Sammanfattning

Centerpartiets regiongrupp har i en motion yrkat att Region Jämtland Härjedalen ska aktivt driva på för ett beslut om regionala skattebaser i Sveriges riksdag i närtid.

Föreslagna förändringar

Centerpartiets regiongrupp föreslår i motionen att intäkterna från fastighetsskatten på industrifastigheter och elproducerande fastigheter ska regionaliseras. Det innebär att motionens förslag är att regionen ska aktivt driva på gällande statlig skattepolitik.

Bakgrund

Kommunallagen (1991:900) reglerar ytterst region Jämtland Härjedalens verksamhet. Lagstiftningens 2 kap. Kommunernas och landstingens befogenheter klargör att motionärernas yrkande ej faller inom den kommunala kompetensen. Den typ av frågor som motionen tar upp får drivas av de politiska partierna och andra intresseföreningar och av medborgarna själva.

Regionen kan däremot inom ramen för befintlig lagstiftning ha synpunkter på frågor som påverkar intäkterna, t ex skatteutjämnningssystemets utformning.

Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden
Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

Yrkanden

Eva Hellstrand (C): Bifall till motionen.

Beslutsgång

Ordförande ställer proposition på yrkandet och finner att nämnden avslår det till förmån för arbetsutskottets förslag.

Votering

Omröstning begärs och verkställs.

Propositionsordning

Bifall till arbetsutskottets förslag röstar ja och bifall till Eva Hellstrands yrkande röstar nej. Regionala utvecklingsnämnden bifaller arbetsutskottets förslag och beslutar därmed med 8 ja-röster mot 5 nej-röster att föreslå fullmäktige att avslå motionen

Beslut

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige Motionen avslås.

Reservationer

Eva Hellstrand (C), Jörgern Larsson (C), Stefan Nilsson (KD), Marie Svensson (V) och Bo Danielsson (V) reserverar sig mot beslutet.

Expedieras till

Charlotte Funseth och Ulf von Sydow

Beslutsunderlag

- §5 AU Svar på motion (C): Stärk vår region och vår attraktionskraft med regionala skattebaser
- Tjänsteskrivelse Motion Stärk vår region och vår attraktionskraft med regionala skattebaser
- Motion från Elin Lemon m.fl. (C) om att stärka vår region och vår attraktionskraft med regionala skattebaser

Voteringslista: §13

Ärende: Svar på motion (C): Stärk vår region och vår attraktionskraft med regionala skattebaser, RUN/608/2016

Voteringslist(or)

Avslag på motion (C): Stärk vår region och vår attraktionskraft med regionala skattebaser

Ledamot	Ja	Nej	Avstår
Robert Uitto(S), Ordförande	X		
Thomas Hägg(S), Ledamot	X		
Jörgen Persson(S), Ledamot	X		
Susanné Wallner(M), Vice ordförande	X		
Jan-Olof Andersson(M), Ledamot	X		
Eva Hellstrand(C), 2:e vice ordförande		X	
Jörgen Larsson(C), Ledamot		X	
Marie Svensson(V), Ledamot		X	
Thomas Johansson Nordqvist(SD), Ledamot	X		
Jonny Springe(S), Ersättare	X		
Catarina Espmark(M), Ersättare	X		
Bo Danielsson(V), Ersättare		X	
Stefan Nilsson(KD), Ersättare		X	
Resultat	8	5	0

2016 -10- 20

Dnr. RS 1928 /2016



CENTERPARTIET

Motion

Stärk vår region och vår attraktionskraft med regionala skattebaser

Väl fungerande självständiga och starka regioner är avgörande för att stärka den lokala och regionala konkurrenskraften och skapa bättre förutsättningar för företagande, innovationer och investeringar. För Centerpartiet är det självklart att människor i större utsträckning ska få behålla frukterna av sitt eget arbete. Lika självklart är det att regioner som bidrar med värdefull produktion får behålla delar av detta värde. Det måste löna sig för kommuner och regioner att förbättra sitt företagsklimat, göra produktiva investeringar och upplåta mark åt viktig infrastruktur och produktion. Därför ska delar av de värden som skapas från exploatering av naturresurser ska regionaliseras.

Regionalisera fler delar av beskattningen i syfte att stärka den regionala beslutsnivån och regionernas möjligheter att föra en tillväxtfrämjande politik utifrån våra förutsättningar i Region Jämtland Härjedalen och våra kommuner i regionen. Därför vill Centerpartiet att intäkterna från fastighetsskatten på industrifastigheter och elproducerande fastigheter ska regionaliseras. Fastighetsskatten på vattenkraft uppgår i år till 5,4 miljarder kronor, varav över 1 miljard från vår region. Det är orimligt att Sverige tar in denna skatt till staten och inte låter en rättmätig del stanna där kraften produceras. Eftersom energiuppgörelsen innebär att fastighetsskatten kommer att reduceras är det viktigt att se över hur beskattningen av naturresurser även i övrigt kan regionaliseras.

Centerpartiets regiongrupp yrkar att:

- Region Jämtland Härjedalen ska aktivt driva på för ett beslut om regionala skattebaser i Sveriges riksdag i närtid.

Östersund 18 oktober 2016

Elin Lemon (c)

Berit Johansson (c)

Mattias Vernberg (c)

Cristine Persson (c)

Eva Hellstrand (c)

Mats Gärd (c)

Jörgen Larsson (c)

Bogna Wojtkiewicz Adolfsson (c)