Kallelse/föredragningslista
Regionstyrelsen
2017-12-12

Tid: kl. 08:30-17:00

Plats: Se program

Ordförande
Ann-Marie Johansson (S)

Ledamöter
Bengt Bergqvist (S), 3:e vice ordförande
Robert Uitto (S)
Martine Eng (S)
Jenny Sellsve (S)
Christer Siwertsson (M), 1:a 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)
Kristina Holm (S)
Niklas Rhodin (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 12 december 2017

Beslutsunderlag

- Program för styrelsen 12 december 2017

2. Val av justerare och tid för justering

3. Fastställande av föredragningslista (RS/1119/2017)

Ärendebeskrivning

Enligt reglemente för regionstyrelsen har preliminär 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

- Hälso- och sjukvårdsdirektörens verksamhetsplan 2018
- Regionstabens verksamhetsplan 2018
- Bemanningsprojektet
- Hemsjukvårdsavtalet
- Uppföljning resultatförbättrande åtgärder
- Beslut från RS 2017-11-07--08 § 254 - Regiondirektören får i uppdrag att återrapportera avvikelser i ekonomisystemet så att merkostnader i samband med hantering av fakturor tydliggörs och åtgärdas. Direktören får återkomma med en redovisning av hantering av patientfakturor och obetalda avgifter.

5. Månadsrapport oktober 2017 (RS/5/2017)

Ärendebeskrivning

Det ackumulerade resultatet efter oktober uppgick till -118,0 miljoner kronor. Nettokostnadsutvecklingen till och med oktober 2017 har försämrats ytterligare och är nu 5,8 procent. De största kostnadsökningarna förutom personal avser bemanningsföretag och läkemedel. Sammantaget är därför helhetsbedömningen att helårsprognosen kraftigt försämrats från -170 miljoner kronor till -220 miljoner kronor. Orsakerna till den kraftigt försämrade helårsprognosen är flera.

Intäkterna har minskat med 4,3 procent jämfört med föregående år.

Bruttokostnaderna för perioden januari till och med oktober har ökat med 4,2 procent, motsvarande 159,2 miljoner kronor jämfört med samma period 2016.

Personalkostnaderna har ökat med 89,9 miljoner kronor (5,3 procent). Kostnaden för bemanningsföretag fortsätter att öka, till och med oktober var ökningen 16,8 miljoner kronor (12,6 procent). Det är främst kostnader för inhyrda sjuksköterskor som ökar.

Regionstyrelsen har tidigare tagit beslut om resultatförbättrande åtgärder. Trots ett omfattande pågående förändringsarbete i verksamheterna kan nu konstateras att detta ännu inte gett nödvändiga kostnadsreducerande effekter. Den uppkomna situationer har därför diskuteras i Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp där ett antal akuta åtgärder har tagits fram. Utifrån dessa åtgärder har Regiondirektör beslutat om följande åtgärder som ska gälla all verksamhet fram till och med sista januari 2018:

- Inköp – stopp av alla inköp bortsett från sjukvårdsmaterial.
- Resor – se över och stoppa de resor som är möjliga resten av året.
- Anställningar – restriktivitet kring alla anställningar.
- Hyrpersonal – stoppa det som är möjligt.
- Utbildningar – restriktioner gäller, skjut fram och gör kostnadseffektiva lösningar.

Likviditeten har under oktober förstärkts med ytterligare lån på 20 miljoner kronor från Kommuninvest. Den totala lånesumman uppgår nu till 100 miljoner kronor, vilket innebär att likviditeten utan den åtgärden skulle ha minskat med 59,8 miljoner kronor. Inklusive lån har likviditeten trots allt förbättrats med 40,2 miljoner kronor sedan årsskiftet.

Sjukfrånvaron bland Region Jämtland Härjedalens medarbetare fortsätter att minska. Andel barn och unga som får ett första besök inom 30 dagar var under oktober 91 procent, vilket är betydligt bättre än föregående år. Målen för tillgänglighet till vård nås fortsatt inte. Återinskrivningar har ökat de senaste månaderna.

Förslag till beslut

1. Månadsrapport per oktober 2017 godkänns.

2. Regionstyrelsen står bakom de åtgärder som regiondirektören har vidtagit för att minska kostnadsökningarna.

Expedieras till

Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Månadsrapport oktober 2017
- Månadsrapport oktober 2017 3

6. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Verksamhetsresultat – nettokostnadsutveckling (RS/21/2017)

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige har i regionplanen 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 Verksamhetsresultat – nettokostnadsutveckling följas upp vid regionstyrelsens sammanträde i december.

Målet för 2017 var en nettokostnadsutveckling på minus 2 procent, men detta ändrades efter beslut i juni till att högst öka till 1,4 procent. Till och med oktober 2017 var nettokostnadsutvecklingen för regionen 5,8 procent, vilket tyder på att målet 1,4 procent blir svårt att nå.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Verksamhetsresultat – nettokostnadsutveckling godkänns.

Expedieras till
Tf Ekonomidirektör

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse - aktiva mål nettokostnadsutveckling RS december
- Nettokostnadsutveckling 2017 oktober

7. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Verksamhetsresultat - tillgänglighet (RS/22/2017)

Ärendebeskrivning
I Regionplan 2017–2019 återfinns 21 strategiska mål. För att bidra till att de strategiska målen uppnås har regionstyrelsen i sin verksamhetsplan för 2017 beslutat om åtta aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i månadsrapporter, tertialrapport, delårsrapport och årsbokslut samt som fördjupning två gånger under året. Ett aktivt mål under perspektivet Verksamhetsresultat handlar om att vårdgarantin ska vara uppfylld. En fördjupad rapport redovisades till regionstyrelsen den 3 maj 2017, § 87 och i oktober fick regionstyrelsen en uppföljning av vårdgarantin för olika patientgrupper. På regionstyrelsens möte den 12 december ska tillgängligheten följas upp igen varför en ny rapport har upprättats.

Rapporten visar att Region Jämtland Härjedalen inte uppfyller vårdgarantin i något av de fyra perspektiven 0-7-90-90. Förbättring av tillgängligheten har skett inom Primärvården för 0:an och 7:an. Försämring av tillgängligheten har skett inom specialiserade vården för 1:a besök och åtgärd/behandling.

Målvärden för 2017 är; 0:an – patienterna ska få kontakt med primärvården samma dag (100 %), 7:an - Vid bedömt behov av läkarbesök inom primärvården ska detta erbjudas inom sju dagar (100 %), 90 - Besök inom den planerade specialistvården ska genomföras inom 90 dagar (100 %) och 90 – Andel genomförda åtgärder/behandlingar inom 90 dagar (100 %).

I rapporten presenteras vilka åtgärder som vidtagits för att förbättra tillgängligheten. Exempelvis har arbetssätt med produktions- och kapacitetsplanering reviderats och det har också genomförts ett HIFA, högintensivt förbättringsarbete, kopplat till

tillgänglighet. Det sker också löpande uppföljningar i olika former. I rapporten finns också en beskrivning av utvecklingsområden. Bland annat saknas standardisering av både in- och utdata från hälso- och sjukvården. Det behövs också ett nytt IT-system för produktions- och kapacitetsplanering behövs.

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsens uppföljning av aktiva mål Verksamhetsresultat - tillgänglighet godkänns.

2. Regiondirektören får i uppdrag att under 2018 säkerställa att syfte, ambition och mål med tillgänglighetsarbetet är tydligt och kommuniceras på alla organisationsnivåer.

Expedieras till

Utvecklingsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse om uppföljning av aktiva mål Verksamhetsresultat - tillgänglighet
- Rapport om vårdgarantin

8. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av LUP minskade sjukskrivningar och ökat frisktal (RS/1741/2017)

Ärendebeskrivning

Arbetet med att minska sjukskrivningar i länet och hos Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare har gett gott resultat. Huvuddelen av de aktiviteter som beskrivs i den långsiktiga utvecklingsplanen pågår eller är genomförda och sjuktalen närmar sig genomsnittet för riket, vilket är ett av de övergripande målen för arbetet.

Under år 2017 har antalet sjukpenningdagar per länsinvånare minskat med 1,7 dagar. September månad var den 19 månaden i rad som Jämtlands län uppvisade oförändrade eller sänkta sjuktal. När arbetet inleddes 2015 skiljde det i genomsnitt 3,0 sjukpenningdagar mellan invånarna i Jämtlands län och riket. I september 2017 är skillnaden 0,7 dag.

Skillnaden mellan könen är fortsatt stor även om den minskar. Kvinnor i Jämtlands län är i genomsnitt sjukskrivna 14,5 dagar per år, vilket är 0,8 dag mer än genomsnittet för riket. När arbetet inleddes var skillnaden till riket 4,1 dag. Män i Jämtlands län är i genomsnitt sjukskrivna 7,6 dagar per år, vilket är 0,5 dagar mer än genomsnittet för riket. När arbetet inleddes var skillnaden till riket 2,0 dagar.

Det pågår ett brett spektra av utvecklingsinsatser för att stötta den positiva utvecklingen. Många av insatserna handlar om förbättrad myndighetssamverkan och dialoger med länets arbetsgivare. Resurser läggs även på att utbilda vårdens medarbetare i arbetssätt och metoder som främjar alternativ till sjukskrivning och ökad arbetsåtergång. Då psykisk ohälsa är den dominerande sjukskrivningsorsaken i länet, liksom i övriga landet, krävas fortsatta diskussioner om hur vården ska möta upp detta på bästa sätt.

Den statliga överenskommelsen ”En kvalitetssäker och effektiv rehabiliterings och sjukskrivningsprocess” bidrar med de finansiella förutsättningarna för arbetet, drygt 14 miljoner kronor per år. Pengarna används bl.a. till att finansiera länets rehabkoordinatorer, behandlingar i primärvård för riktade patientgrupper samt utbildning av vårdpersonal. Då den statliga överenskommelsen upphör efter år 2018 bör ställning tas till hur arbetet i sjukskrivningsprocessen fortsatt ska drivas och finansieras.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens uppföljning 2017 av LUP minskade sjukskrivningar och ökat frisktal godkänns.

Expedieras till
Processledare sjukskrivningsprocessen
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Uppföljning LUP minskade sjukskrivningar och ökat frisktal
- Rapport Uppföljning LUP minskade sjukskrivningar och ökat frisktal 2017-11-16

9. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av folkhälsa (RS/1824/2017)

Ärendebeskrivning
I bifogad redovisning framgår att Region Jämtland Härjedalen bidrar på flera olika sätt till de fyra utvecklingsområden som är det politiska samordnade fundamentet i länets Folkhälsopolicy 2015 - 2019. Båda förvaltningarna inom Region Jämtland Härjedalen genomför aktiva insatser inom egna ansvarsområden. Det framgår dock att möjligheten till en bättre samordning av samtliga insatser kan utvecklas i form av en folkhälsoprocess där det framgår vem som levererar och vad som levereras.

Syftet med det är att förbättra det tydligt utpekade befolkningsperspektivet. Detta kommer innebära ett minskat mätande av vårdproduktion till förmån för resultat i befolkningens hälsa.

Förslag till beslut
Regiondirektören får i uppdrag att:
- Beskriva huvudprocessen för hälsa – politisk inriktning HiaP, Hälsa i alla politikområden.

- Identifiera och ta fram en processbeskrivning över de ansvariga leverantörerna till processen där Samordna, Mäta, Styra och Följa upp folkhälsoprocessen måste bli tydliga ledord.

- Göra en översyn av primärvårdens folkhälsoorganisation och ge förslag på åtgärder som motsvarar behoven för en samordnad process i

folkhälsoarbetet.

- Identifiera politisk ”mottagare” i form av politiker som beställer uppdraget – Samordna genom att återinföra ett Folkhälsoråd bestående av beslutsfattare från de olika leverantörerna under ledning av en högsta ansvariga tjänsteman för att medge tydlig styrning mot gemensamma uppdraget.

- Beräkna de olika insatserna (investeringsvolymen i hälsa men inte mätt i vårdproduktion) d.v.s. hur mycket investerar vi i hälsoutveckling?

- Införa ett Hälsoprocessbokslut – årlig redovisning som inte är fragmentiserad på förvaltnings-/verksamhetsnivå utan en sammanställd totalredovisning på koncernnivå av hur mycket som investeras i hälsoutveckling – inte vårdproduktion.

Expedieras till
Regiondirektören
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd
Folkhälsopolitisk strateg Göran Hallman
Bitr primärvårdschef Anna Fremner
Chef Folkhälsoenheten Susanne Högberg
Chef Utvecklingsavdelningen Lars Eriksson

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Uppföljning folkhälsa
- Rapport Uppföljning Folkhälsoprocessen

10. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd (RS/1742/2017)

Ärendebeskrivning
I regionstyrelsens verksamhetsplan ingår att följa upp de verksamheter som ingår i styrelsens ansvarsområden.

Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd är ett organ för samråd och ömsesidig information mellan företrädare för funktionshinderorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter, vilket har beaktats vid rådets samtliga sammanträden. Rådet har under perioden lämnat synpunkter på remisser, tagit del av informationer från verksamheter, samt arrangerat Tillgänglighetskonferensen 2017.

Rådet har under perioden haft tre protokollförda sammanträden, samt fyra sammanträden med rådets arbetsutskott.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens uppföljning 2017 av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd godkänns.

Expedieras till
Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppföljning av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd 2017
- Rapport uppföljning av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd 2017

11. Regionstyrelsen uppföljning 2017 av Pensionärsrådet (RS/1743/2017)

Ärendebeskrivning

I regionstyrelsens verksamhetsplan ingår att följa upp de verksamheter som ingår i styrelsens ansvarsområden.

Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd är ett organ för samråd och ömsesidig information mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter, vilket har beaktats vid rådets samtliga sammanträden. Rådet har under perioden lämnat synpunkter på rutiner vid röntgenundersökningar och förslag till förbättringar vid akutmottagningens väntrum. Ledamöter har fått information om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och getts möjlighet att lämna synpunkter.

Rådet har under perioden 2017-01--2017-10 haft fem protokollförda sammanträden.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning av Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd godkänns.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Rapport uppföljning av Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd 2017

12. Fördjupning utifrån SKLs analys av regionens ekonomi och styrning (RS/785/2017)

Ärendebeskrivning

Vid styrelsen i augusti beslutades om en fördjupning, med fokus på den specialiserade vården på Östersunds sjukhus, av den analys av regionens hälso- och sjukvård samt ekonomi som SKL presenterade i juni.

Med SKL som bollplank har en arbetsgrupp på regionen arbetat vidare med analyser. För att få svar på frågor kring utvecklingen av hälso- och sjukvårdens kostnader, har områdescheferna på Östersunds sjukhus lämnat rapporter till arbetsgruppen. Den 29 november hölls sedan en workshop med HS ledningsgrupp, där förslag till åtgärder togs fram.

Åtgärderna bearbetas och kompletteras nu av arbetsgruppen tillsammans med hälso- och sjukvårdsdirektören och kommer att stämmas av med HS ledningsgrupp den 14 december för att därefter presenteras på det inplanerade mötet den 15 december med den politiska ledningen.

För övrigt föreslås fördjupningar på två områden: En analys av orsakerna till den stora andelen ytterfall (188 mkr) 2016 och en pilotstudie på KPP för ortopeden. Pilotstudien planeras ske genom att ortopeden tillsammans med samma verksamhet i annat landsting jämför sina KPP-siffror. Syftet är både att utveckla en analysmodell för användning på andra områden och att finna orsaken till skillnaderna mellan annat landsting och Region Jämtland Härjedalen.

Förslag till beslut

1. Ytterfallsanalys ska göras och återrapporteras till regionstyrelsen våren 2018.

2. Fördjupad analys av ortopedens kostnader ska göras med hjälp av kostnad per patient-data och jämförelse med annat landsting.

3. Analys av fallolyckor i Jämtlands län som pågår på uppdrag av SVOM ska redovisas till styrelsen efter hantering i SVOM.

4. Åtgärder utifrån resultat av HS-ledningsgrupps workshop kring SKL-analysen ska presenteras den 15 december för regionstyrelsen m fl efter ytterligare en förankring i HS ledningsgrupp den 14 december.

Expedieras till

Planeringschef

Beslutsunderlag

- Fördjupning utifrån SKLs analys av Region Jämtland Härjedalen
- Återrapportering av fördjupning utifrån SKLs analys av regionens ekonomi och styrning

13. Revidering av långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning (RS/337/2015)

Ärendebeskrivning

I anslutning till regionstyrelsens behandling av tertialrapporten 2017-05-31 § 108 uppdrogs till regiondirektören att revidera den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning under hösten 2017 med syfte att uppdatera och förlänga med åtgärder för perioden 2018-2023. Återredovisas till regionstyrelsen i december 2017.

Efter detta beslut har följande hänt som påverkar arbetet:

- Juni - Presentationen av SKL-analysen.
- Augusti – Uppdrag till regiondirektören att fördjupa SKL-analysen och komma med åtgärder
- November – Presentation av fördjupade analyser, workshop i Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp
- Till i december förväntas förslag till åtgärder presenteras för regionstyrelsen som ska fördjupas vid särskilt möte efter regionstyrelsen
- I januari ska regionstyrelsen därefter behandla förslagen från december

- I januaris regionstyrelse och februaris fullmäktige kommer fastighetsutvecklingsplanen att behandlas – den är en del i den befintliga LUP god ekonomisk hushållning
- I januari kommer genomlysningen av psykiatrin att presenteras
- Till februari ska en plan för köpt vård tas fram.

Alla dessa händelser och aktiviteter är delar som ger underlag för en långsiktig plan för god ekonomisk hushållning.

Under våren kommer Regionplan och Finansplan för 2019-2021 att tas fram. Regiondirektören ser fördelar med att avvakta med revidering av LUP god ekonomisk hushållning och samplanera den och Regionplan och Finansplan 2019-2021. Revideringen av LUP god ekonomisk hushållning föreslås därför behandlas samtidigt med Regionplan och Finansplan i regionstyrelsen i maj och regionfullmäktige i juni 2018.

Förslag till beslut
Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning ska revideras så att den kan fastställas samtidigt som Regionplan och Finansplan 2019-2021 fastställs av regionfullmäktige i juni 2018.

Expedieras till
Ekonomidirektör

Beslutsunderlag
- Revidering av LUP god ekonmisk hushållning 2018

14. Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi (RS/1039/2017)

Ärendebeskrivning
Regionstyrelsen beslutade vid sammanträdet i maj 2017 om en översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi.

Bakgrunden till översynen är det beslut som togs 2009 om organisation för den landstingsdrivna primärvården (LS/935/2009) samt beslutet om regler för över- och underskottshantering (LS/42/2010).

Översynen innebar att utvärdera om den regiondrivna primärvården upplever att de har intraprenadvillkor, vilka regelförändringar som skulle underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entreprenadliknande förhållanden. Vidare ska villkoren för den regiondrivna primärvårdens möjligheter att agera som ett sammanhållet bolag eller koncern analyseras. Översynen ska också inkludera en omvärldsanalys samt en analys om det finns andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor. Slutligen ska översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden.

I beslutsunderlaget framgår bland annat att primärvårdens egenregi inte känner till

beslutet från 2009 och att de således inte upplever att de arbetar under intraprenadliknande villkor. Vid en fråga till cheferna i primärvårdens egenregi framkommer att mer självständighet inte nödvändigtvis är kopplat till intraprenadvillkor utan det är andra faktorer exempelvis ökad tillit och befogenheter som kan skapa en högre känsla av självständighet. Otydlighet ifråga om utvecklingsansvar inom primärvården har också tagits upp i flera sammanhang.

I omvärldsanalysen framkommer att det inom landsting och regioner är ett fåtal verksamheter som arbetar i intraprenadform, varav ingen i primärvård. Anledningen till det är införandet av vårdval 2010 där man istället försöker arbeta enhetsvis på liknande villkor som privata utförare. I takt med att primärvårdens egenregi blir mer konkurrensutsatt arbetar fler regioner och landsting istället med koncernkänslan.

Det framkommer inga möjligheter att ta in nya villkor för intraprenaderna än de som Åre/Krokom hade under sin tid som intraprenad 2006-2008.

I och med regionens årliga underskott finns ingen anledning att behålla modellen från 2010 för över- och underskottshantering.

Förslag till beslut

1. Regiondirektören får i uppdrag att se över organisationen i primärvård.

2. Regiondirektören får i uppdrag att arbeta med att få till en högre koncernkänsla i primärvårdens egenregi

3. Regiondirektören får i uppdrag att utreda ansvar för utveckling inom primärvårdens egenregi kontra beställarenhetens.

4. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

   a. Beslutet från 2009 (LS/935/2009) om organisation för den regiondrivna primärvården upphör att gälla från och med 1 mars 2018.

   b. Nuvarande modell för över- och underskottshantering (LS/42/2010) upphör att gälla från och med 1 mars 2018.

Expedieras till

Primärvårdschef

Beställarchef

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Översyn av regelverket för konkurrensneutral organiistaion för primärvård i regionens regi
- Rapport Översyn av regelverket för konkurrensneutral organiistaion för primärvård i regionens regi
- §128 Regionstyrelsen Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi

15. Svar på uppdrag till regiondirektören att utreda möjligheten att centralisera inköpsfunktionen (RS/1007/2017)

Ärendebeskrivning

På regionstyrelsens sammanträde den 29 mars 2017, § 58, i samband med att ärendet om månadsrapporten för februari 2017 behandlades, fick regiondirektören ett uppdrag att snabbutreda att centralisera inköpsfunktionen som stöd till enhetscheferna.

I maj 2017 beslutade Region Jämtland Härjedalens inköpsråd att genomföra en genomlysning av hela inköpsprocessen i syfte att få fram möjliga besparingar, effektiviseringar och en optimal inköpsorganisation. Resultatet av genomlysningen redovisas i en rapport som levererades den 28 september.

I rapportens nulägesanalys framkommer att det saknas ett tydligt uttalat uppdrag och vision för inköpsverksamheten i organisationen men att det finns stora möjligheter att bygga vidare på det som finns och fungerar idag. För att Region Jämtland Härjedalen ska erhålla en effektivare inköpsprocess med lägre kostnader föreslås organisatoriska förändringar och ny styrmodell för inköp.

Åtgärderna styr mot att lyfta inköpsfrågorna från taktiskt upphandlingsperspektiv till strategisk styrning och uppföljning samt utveckla systemstöd för beställningar.

På sammanträdet med utskottet för ekonomi den 13 november 2017 redovisades innehållet i den genomlysning som har genomförts och förslag på åtgärder presenteras. Utskottet fick möjlighet att ställa frågor. Utskottet poängterade att det är viktigt att alla i verksamheten förstår sin soll i inköpsprocessen.

Förslag till beslut

Utskottet för ekonomi föreslår regionstyrelsen

Regiondirektören får i uppdrag att besluta om möjliga åtgärder utifrån rapporten ”Genomlysning av inköpsprocessen”.

Expedieras till

Upphandlingschef

Beslutsunderlag

- §61 Utskottet för ekonomi Svar på uppdrag till regiondirektören att utreda möjligheten att centralisera inköpsfunktionen
- Genomlysning av inköpsprocessen, Region Jämtland Härjeda
- Utveckling av spendanalys Region Jämtland Härjedalen 5 ok 2

16. PET-CT i Norra sjukvårdsregionen (RS/2202/2017)

Ärendebeskrivning

Vid Direktionsmötet 2017-09-27 § 71 i Norrlandstingens Regionförbund behandlades en utredning avseende behovet av PET-CT i norra sjukvårdsregionen. PET står för Positron Emissions Tomografi, och kombineras med CT (Computed Tomography, även kallat datortomografi, "skiktröntgen"). Denna teknik används för att skapa bilder där sjukdomstillstånd som påverkar ämnesomsättningen lokalt i kroppen kan studeras. Principen är att ett radioaktivt märkt spårämne injiceras och tas upp i vävnaderna, varefter radioaktiviteten kan lokaliseras med hjälp av PET-detektorn kombinerad med en röntgenundersökning, som ger en god bild av de anatomiska förhållandena.

I norra regionen finns idag en PET-CT-utrustning vid Norrlands universitets-sjukhus (Nus), som används för utredningar av patienter från hela regionen. Efterfrågan på PET-CT-analyser i Sverige har de senaste åren ökat med 15-20 % per år. Mot denna bakgrund behöver norra sjukvårdsregionen gör en bedömning av det framtida behovet av PET-CT.

Av förbundsordningen framgår att Norrlandstingens Regionförbund (NRF), har ett ansvar att ”Värdera vissa strategiska lokal- och medicintekniska investeringar på kort och lång sikt.”

Den utrednings som gjorts har beaktat tekniska, kompetensmässiga och logistiska faktorer och patientperspektivet har varit centralt. Utredningen visar att antal PET-CT-utredningar i norra sjukvårdsregionen har ökat 80 % mellan 2012 och 2015. Detta exemplifierar de senaste åren när PET-CT blivit mer fast etablerat och under tiden som standardiserade vårdförlopp införts. Dessa år speglar dock väl den tidigare utvecklingen och de bedömningar som gjorts nationellt med en ökning av behovet med 15-20 % per år.

Priset för en PET-CT-utredning varierar beroende på vilken tracer som används. För den vanligaste utredningen, med 18F-fluorodeoxyglucose (FDG), är kostnaden 13 000 - 15 000 SEK, beroende på vilket CT-protokoll som används.

En PET-CT-scanner kostar cirka 19 000 000 - 24 000 000 SEK, beroende på leverantör och utförande. Då ingår inte cyklotron eller kostnader för lokal etc. Enligt utredningen kan befintlig cyklotron vid Nus försörja ytterligare PET-CT-utrustningar i regionen med tracers. Halveringstiden hos FDG möjliggör leverans till andra orter än Umeå, med daglig produktion och transport.

Geografisk placering av nuvarande PET-CT-utrustningar i Sverige: Alla universitetssjukhus i landet har PET-CT-utrustning och en PET-CT-scanner finns även i Växjö. Region Jönköping tog ett investeringsbeslut om PET-CT i slutet av 2016.

Utredningen redovisar en lämplig turordning för utbyggnad av kapaciteten för PET-CT i norra sjukvårdsregionen. Som första åtgärd föreslås att Västerbottens läns landsting arbetar för att öka kapacitetsnyttjandet av nuvarande utrustning, att investering i nästa PET-CT utrustning sedan sker vid NUS samt att investering i en tredje PET-CT utrustning i norra sjukvårdsregionen därefter görs i Sundsvall.

Förbundsdirektionen beslutade att rekommendera landstingen/regionerna att ställa sig bakom rapportens förslag avseende principerna för att öka kapaciteten i Norra sjukvårdsregionen och i vilken turordning det sker.

Region Jämtland Härjedalen har för närvarande inga planer på investeringar i PET-CT utrustning.

Förslag till beslut
Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom rapportens förslag avseende principerna för att öka kapaciteten i för PET-CT-undersökningar i norra sjukvårdsregionen och i vilken turordning det ska ske.

Expedieras till
Lisbet Gibson, Hälso- och sjukvårdsdirektör
Norrlandstingens Regionförbund

Beslutsunderlag
- Förslag till beslut PET-CT i Norrland
- Protokollutdrag från Förbundsdirektionen 2017-09-27 § 71 PET-CT i regionen
- Bifogad fil: "Rapport från utredning av PETCT norra regionen.docx"
- Bifogad fil: "Underlag PETCT inför FD sep 2017.docx"

17. Vårdsamverkan i västra Härjedalen (RS/2485/2017)

Ärendebeskrivning
I bifogat inriktningsdokument beskrivs en föreslagen utvecklingsinsats i form av samverkan mellan Funäsdalens Hälsocentral (FHC) och Röros sjukhus samt Tynset sjukhus i Norge för utveckling av vårdsamverkan i västra Härjedalen. Innevånare och patienter geografiskt boende väster om Lossen-dammen samt de patienter som är listade på FHC kommer erbjudas möjlighet att efter medicinsk bedömning på FHC få bli remitterade till ovan nämnda norska resurser som alternativ till Östersunds sjukhus.

Utvecklingsinsatsen är upplagd som ett treårigt ”lärande-projekt” där förutsättningarna är definierade i form av ett politiskt uppdrag utgående från ett intentionsdokument (Letter of Intent) mellan Region Jämtland Härjedalen och St Olov Hospital. Insatsen avser primärt elektiva patienter listade på Funäsdalens Hälsocentral.

Utvecklingsinsatsen omfattar därutöver att analysera samverkan över nationell gräns för att förbättra och kvalitetssäkra vården i gränsnära områden inom Region Jämtland Härjedalen med dess långa avstånd till Östersunds sjukhus. Detta innebär att det inte är en färdigformaterad lösning som beskrivs i detta dokument utan en tidslinje i vilket ingår att med ett konstruktivt förfaringssätt lösa de olika gränshinder som framkommer under utvecklingsinsatsen, men med en fortsatt patientsäker process som förväntat resultat.

Förslag till beslut

Regiondirektören får i uppdrag att senast under januari månad 2018 inleda utvecklingsinsatsen ”Gränsöverskridande vårdsamverkan” i enlighet med inriktningsdokumentets intentioner.

Expedieras till

Maria Carlund
Anna Granevärn
Lisbeth Gibson
Gisle Meyer St Olav Hospital
Oddbjørn Øien, Chefsläkare Tynset
Stein Tronsmoen, Sjukhusdirektör
Jan Gunnar Skogås Daglig ledare Röros
Göran Hallman

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Vårdsamverkan i västra Härjedalen
- Gränsöverskridande vårdsamverkan

18. Svar på initiativärende från Elin Lemon (C) om uteblivet ramavtal för köp av inhyrd personal (RS/2476/2017)

Ärendebeskrivning

Bakgrund

Region Jämtland Härjedalen, Västerbottens läns landsting, Region Norrbotten samt Landstinget Västernorrland samarbetar kring gemensamma upphandlingar. Uppdraget att samarbeta gällande upphandlingen av inhyrd vård har beslutats av region-/landstingsdirektör i respektive län.

I juni 2015 skickade Region Jämtland Härjedalen en fullmakt till Västerbottens läns landsting för genomförande av upphandling gällande bemanningstjänster. Regionstyrelsen i Västerbottens läns landsting stoppade arbetet med upphandlingen i april 2016 med anledning av att underlaget behövde utvecklas. Arbetet återupptogs i september och annonserades därefter. Upphandlingen avbröts igen under oktober, då det hade inkommit många frågor från leverantörerna. Det höga antalet frågor och dess svar gjorde att förfrågningsunderlaget behövde förändras i så stor utsträckning att det bedömdes utgöra ett helt nytt underlag. Kommunikation gällande upphandlingen hänvisades till landstingsdirektören i Västerbotten och fördes mellan landstings-/regiondirektörerna i respektive län.

En ny annonsering genomfördes i december 2016. Därefter har arbetet pågått fram till juni 2017 då tilldelningsbeslutet tillkännagavs och upphandlingen överprövades till Förvaltningsrätten i Umeå. Efter Förvaltningsrättens dom till vår fördel har ett par leverantörer valt att överklaga Förvaltningsrättens beslut till Kammarrätten.

En bild över handläggningens process av upphandlingen bifogas.

2017-10-30 inkom ett ärende från Konkurrensverket, RS/2402/2017, med frågor

kring upphandlingen av bemanningstjänster. Frågorna ställdes till samtliga fyra län och har besvarats av respektive upphandlande myndighet. I regionens svar till Konkurrensverket har en ingående beskrivning av processen kring upphandlingen och regionens direktupphandling lämnats. Svaret skickades till Konkurrensverket 2017-11-13.

Hantering under pågående upphandlingsprocess
Region Jämtland Härjedalen har sedan 2012 en avropsfunktion för bemanningstjänster som hanterar regionens avrop utifrån verksamheternas behov.

Under 2012 genomfördes en gemensam upphandling av bemanningstjänster tillsammans med Region Norrbotten, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen (dåvarande landstinget). Västerbotten var även då ansvarigt landsting. Upphandlingen resulterade i det ramavtal vars avtalstid löpte ut 2016-12-31.

Region Jämtland Härjedalen har genomfört direktupphandling och ingått avtal om läkartjänster till följd av att den nya annonserade upphandlingen inte gått att slutföra.

I november 2016 skickades en offertförfrågan till 73 leverantörer gällande avrop av bemanningstjänster avseende läkare och till 40 leverantörer avseende sköterskor.

Avtal har tecknats för varje avrop som genomförts under året. I dagsläget 906 stycken.

Processen dokumenteras och diarieförs.

Direktupphandling har skett med utgångspunkt från de grundläggande principerna i LOU och har inte utformats i syfte att begränsa konkurrensen.

Regionen har en god överblick över priser och kvalitet och har under året utdömt vite för bristande kvalitet och bristande tillgänglighet utifrån avtalsvillkoren.

Region Jämtland Härjedalen är skyldig enligt hälso- och sjukvårdslagen att erbjuda adekvat vård för boende i länet. Regionen har haft behov av att köpa in sjukvårdspersonal för att tillgodose innevånarnas behov även under det pågående arbetet med norra regionens gemensamma upphandling.

Förslag till beslut
Initiativärendet anses besvarat.

Expedieras till
Upphandlingschef

Beslutsunderlag
- Svar på initiativärende från Elin Lemon (C) om uteblivet avtal för köp av inhyrd personal
- Upphandling av bemanningstjänster
- Initiativärende från Elin Lemon (C), om uteblivet ramavtal för köp av inhyrd personal

19. Svar på revisorernas granskning av den interna kontrollen (RS/2218/2017)

Ärendebeskrivning

Regionens revisorer har på uppdrag av regionens förtroendevalda revisorer under granskat regionstyrelsens arbete med den interna kontrollen. Granskningen har syftat till att ta reda på om den interna kontrollen är tillfredsställande och om den är organiserad på ett tillfredsställande sätt. Granskningen har visat att regionstyrelsen för närvarande inte har en helt tillfredsställande internkontroll.

Regionstyrelsen instämmer i de punkter som granskningen uppmärksammat. Med anledning av detta kommer regionstyrelsen att ytterligare förstärka sitt arbete med den interna kontrollen genom att:

- Genomföra riktade utbildnings- och informationsinsatser till chefer inom regionstaben och förvaltningarna.
- Tydliggöra kopplingen mellan riskanalys och regionstyrelsens mål.
- Inkludera hälso- och sjukvårdsförvaltningen i riskinventering och riskanalys.
- Skapa bättre kontrollåtgärder för att inte felaktiga delegationsbeslut fattas.

Ett förslag till svar på granskningen har upprättats inom sekretariatet.

Förslag till beslut

Upprättat förslag till svar på granskning av den interna kontrollen antas.

Expedieras till

Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen
Revisionsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på revisorernas granskning av den interna kontrollen
- Svar på revisorernas granskning av den interna kontrollen
- Granskning av den interna kontrollen
- Granskningsrapport - Granskning av den interna kontrollen

20. Svar på remiss En generell rätt till kommunal avtalssamverkan (RS/2294/2017)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har av Finansdepartementet getts möjlighet att lämna synpunkter på remiss En generell rätt till kommunal avtalssamverkan. Utredningen har haft i uppdrag att utarbeta en strategi för att stärka kommunernas kapacitet att fullgöra sina uppgifter och hantera sina utmaningar. Utredningen har även haft i uppdrag att utreda förutsättningarna för att ge kommunerna generella möjligheter till avtalssamverkan. Utredningen har analyserat behovet av utökade möjligheter till kommunal avtalssamverkan utifrån särskilt tre perspektiv: betydelsen för demokratin, konkurrenspolitiska effekter samt förhållandet till upphandlingslagstiftningen.

Utredningen föreslår att det i kommunallagen införs en generell möjlighet till avtalssamverkan. Regeln innebär att en kommun eller ett landsting får träffa avtal om

att dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller ett annat landsting. Genom ett sådant avtal får en kommun eller ett landsting utföra uppgifter åt en annan kommun eller landsting utan hinder av lokaliseringsprincipen.

Utredningen föreslår också att kommunstyrelsen ska utöva uppsikt över kommunens eller landstingets avtalssamverkan. Styrelsen ska enligt förslaget rapportera till fullmäktige vilken avtalssamverkan kommunen eller landstinget ingår i.

Samtliga lagändringar föreslås träda i kraft den 1 juli 2018.

Ett förslag till svar har upprättats inom Sekretariatet. Synpunkterna ska vara Finansdepartementet tillhanda senast 8 januari.

Förslag till beslut
Upprättat förslag till svar på remiss En generell rätt till kommunal avtalssamverkan, daterad 2017-11-24, antas.

Expedieras till
Svar skickas till Justitiedepartementet
Regionjurist

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Svar på remiss En generell rätt till kommunal avtalssamverkan
- Svar på remiss av betänkandet En generell rätt till kommunal avtalssamverkan, SOU 2017-77
- Missiv till remiss: Betänkandet En generell rätt till kommunal avtalssamverkan (SOU 2017:77)
- Sammanfattning av remiss En generell rätt till kommunal avtalssamverkan

21. Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-12-12 (RS/3/2017)

Ärendebeskrivning
1. Protokoll: Utskottet för ekonomi 2017-11-13.

2. Protokollsutdrag § 60 Utskottet för ekonomi: Svar på uppdrag till regiondirektören om att undersöka hur Region Jämtland Härjedalen i större utsträckning kunna upphandla begagnade inventarier.

   Rapport: Svar på uppdrag till regiondirektören om hur Region Jämtland Härjedalen i större utsträckning kan upphandla begagnade inventarier.

3. Protokollsutdrag § 59 Vårdvalsnämnden: Rapport vårdvalsnämndens internkontrollplan 2017.

   Rapport: Vårdvalsnämndens interkontrollplan 2017.

4. Protokoll: Pensionärsrådet 2017-10-17.

5. Protokoll: Utskottet för infrastruktur 2017-10-20.

6. Protokoll: Vårdvalsnämnden 2017-11-16.

7. Cirkulär 17:57 från SKL Ny kommunallag

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

Beslutsunderlag
- Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-12-12

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

Ärendebeskrivning
Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör
- Inga beslut att anmäla.

Beslut fattade av ordförande/vice ordförande/ 2:e vice ordförande
- Svar på remiss Konsultation i frågor som rör det samiska folket (RS/2074/2017).

Beslut fattade av områdeschef
- Löneöversyn 2017, område Kirurgi (RS/678/2017).
- Löneöversyn 2017, 2017-2018, område Barn och Unga vuxna (RS/204/2017).
- Löneöversyn 2017, område Barn- och ungdomsmedicin (RS/205/2017).
- Löneöversyn 2017, område Akutvård (RS/676/2017).
- Löneöversyn 2017, område Psykiatri (RS/206/2017).

Beslut fattade av chefer
- Anställningsbeslut för perioden 2017-10-27 – 2017-11-30 (RS/602/2017).

Förslag till beslut
Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

Beslutsunderlag
- Anmälan av delegationsbeslut RS 12 december

23. TILL FULLMÄKTIGE

24. Rekommendation om att resultat från

hälsoundersökningar av placerade barn och unga återkopplas till socialtjänsten kostnadsfritt (RS/2260/2017)

Ärendebeskrivning

Styrelsen för Sveriges kommuner och landsting har vid sammanträde i oktober 2017 beslutat rekommendera landsting/regioner att kostnadsfritt återkoppla medicinska bedömningar, från hälsoundersökningar av barn och unga när samhällsvård inleds, till socialtjänsten.

För att säkerställa att barn och unga personer som vårdas utanför hemmet får ta del av samma goda förebyggande hälsovård som andra barn har en ny bestämmelse införts i socialtjänstlagen. Den anger att socialnämnden ska underrätta landstinget om att ett barn eller ung person 18–20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, ska erbjudas en hälsoundersökning. Samtidigt infördes en ny lag som reglerar landstingets skyldighet att erbjuda hälsoundersökning av barn och unga vid placering, lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Landstingen tillförs enligt den kommunala finansieringsprincipen 10 miljoner årligen för att utföra hälsoundersökningarna, motsvarar ca 100-150 000 kronor för Region Jämtland Härjedalen. Lagändringarna bedömdes inte orsaka kommunerna extra kostnader.

För att de barn som vårdas utanför hemmet ska säkerställas samma goda vård som sina jämnåriga och för att socialtjänsten ska kunna uppfylla de lagkrav som ställs på dem behöver hälso- och sjukvården överföra resultaten från hälsoundersökningar till socialtjänsten. Landstingen föreslås göra detta kostnadsfritt.

För närvarande finns en länsövergripande överenskommelse om hälsoundersökning för placering i familjehem eller hem för vård och boende gällande från 1 december 2013. Den är just nu under revidering. Varken i nuvarande överenskommelse eller i samtal i anslutning till revideringen diskuteras de ersättningar som SKLs rekommendation avser, dvs Region Jämtland Härjedalen gör redan detta kostnadsfritt.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen förslår regionfullmäktige

Region Jämtland Härjedalen antar SKLs rekommendation om att kostnadsfritt återkoppla medicinska bedömningar, från hälsoundersökningar av barn och unga när samhällsvård inleds, till socialtjänsten.

Expedieras till

Chef område barn, unga vuxna
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Referensgruppen för avgiftsfrågor

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut gällandekostnadsfritt återkoppla medicinska bedömningar, från hälsoundersökningar av barn och unga när samhällsvård inleds, till socialtjänsten

- Meddelande från SKL:s styrelse om rekommendation om att resultat från hälsoundersökningar av placerade barn och unga återkopplas till socialtjänsten kostnadsfritt

25. Svar på motion från Elin Hoffner (V) om ökad kunskap kring Sepsis och att rutiner och register upprättas (RS/1493/2017)

Ärendebeskrivning

Elin Hoffner (V) har lämnat in en motion om rutiner och register för sepsis. Elin Hoffner yrkar i sin motion om att ett arbete med ökad kunskap kring sepsis inleds och att rutiner och register upprättas.

Region Jämtland Härjedalen har idag en god beredskap och organisation för sepsis (blodförgiftning) och det finns sedan något år tillbaka en rutin för hur man slår larm vid misstanke på akutmottagningen, redan från ambulansen. Syftet med denna rutin är att:

- Tidigt få en snabb och samlad bedömning av patientens tillstånd samt påbörja adekvat utredning och behandling.
- Förkorta tiden till första dos antibiotika.
- Direkt kunna styra patienten till optimal vårdnivå.

Det finns ett nationellt sepsisregister där de patienter som drabbats av samhällsförvärvad svår sepsis/septisk chock och som hamnar på IVA inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus registreras. Tiden till identifiering av behandling av dessa sjukdomstillstånd är avgörande för prognosen. Det är således viktigt att studera hur handläggningen har gått till redan i ambulansen men framförallt på akutmottagningen. Region Jämtland Härjedalen är med i detta register.

Infektionsläkarnas programgrupp för sepsis har satt upp nationella kvalitetsmål för handläggningen av dessa patienter. Dessa kvalitetsmål följs upp genom det nationella sepsisregistret.

Idag saknas dock delvis resurser inom Region Jämtland Härjedalen för att fullt ut hålla registret uppdaterat med Jämtland Härjedalens patienter, vilket gör att Regionen har en låg täckningsgrad och inte kan följa upp kvalitetsmålen fullt ut.

Framledes är målsättningen att regionen ska kunna integrera olika kvalitetsregister med journalsystemet Cosmic, så att journaldokumentationen automatiskt förs över från Cosmic till kvalitetsregistren. Då behövs ingen resurs som gör överföringen manuellt som idag. Integration av kvalitetsregister är en fråga som är högt på den nationella agendan. Om det skapas nationella lösningar för integration så kommer Regionen att ansluta sig till dessa.

Cirka 2 % av samtliga patienter som inkommer till Östersunds sjukhus har allvarlig sepsis eller septisk chock. Denna grupp utgör således en väldigt liten patientkategori. Region Jämtland Härjedalen deltar i en stor mängd kvalitetsregister och måste aktivt prioritera de stora registren, t.ex. strokeregistret, Swedeheart och nationella diabetesregistret där Regionen har en stor mängd patienter. Den prioriteringen påverkar också i vilken takt Regionen väljer att satsa på egna integrationer mellan

kvalitetsregister och Cosmic. De stora registren går före.

Sammanfattningsvis:

- Region Jämtland Härjedalen har idag en väl fungerande organisation för sepsis och vårdprogram som fungerar bra.
- Diagnosen är känd hos verksamheterna.
- Utbildningsinsatser har genomförts under de senaste åren.
- Regionen är idag med i det nationella kvalitetsregistret (men kan bli bättre på att underhålla registret.)

Motionen bör således anses besvarad.

Förslag till beslut

Utskottet för hälso- och sjukvård föreslår regionstyrelsen

Motionen anses besvarad.

Beslutsunderlag

- §46 Svar på motion från Elin Hoffner (V) om ökad kunskap kring Sepsis och att rutiner och register upprättas
- Motion från Elin Hoffner (V) om ökad kunskap kring Sepsis och att rutiner och register upprättas

26. Svar på motion från Margareta Mahmoud Persson och Lars-Erik Olofsson (KD) om subventionering av medicinska kompressionsstrumpor (RS/1494/2017)

Ärendebeskrivning

Margareta Mahmoud Persson och Lars-Erik Olofsson (KD) har inkommit med en motion till regionfullmäktige om subventionering av medicinskt förskrivna kompressionsstrumpor klass 2 och uppåt. De framhåller att många patienter har stora problem med cirkulation i ben av olika orsaker och att kompressionsstrumpor rekommenderas/ordineras för att förebygga sår, obehag och smärta, invaliditet med mera.

Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län har kommit överens om att samverka i en gemensam nämnd med syfte att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel åt kommunerna och Region Jämtland Härjedalen. Nämndens uppgifter regleras i ett reglemente som fastställts av fullmäktige i länets kommuner och i Region Jämtland Härjedalen. Ett styrdokument för nämndens verksamhet är också den nya hjälpmedelspolicyn som fastställts av parternas fullmäktigeförsamlingar under våren 2017. I policyn finns en beskrivning av synsätt och viljeinriktningen för hjälpmedelsförsörjningen i Jämtland Härjedalen.

När den nya hjälpmedelspolicyn fastställdes reviderades också nämndens reglemente. I det reviderade reglementet framgår att nämnden får besluta om vilka hjälpmedel som ska finnas och till vilken hjälpmedelsgrupp de ska tillhöra. Nämnden

får också besluta om tillämpningsanvisningar och rutiner för verksamheten, tolkning av hjälpmedelsfrågor där oklarheter råder och övergripande prioriteringsärenden.

Sedan 2009 finns i Jämtlands län ett gemensamt arbetssätt för Region Jämtland Härjedalen och alla kommuner för ordnat införande av nytt sortiment inom hjälpmedelsverksamheten. Förslag på nya produkter kommer in från brukare, leverantör eller vårdpersonal och utreds av beredningsgruppen, eller av en utsedd arbetsgrupp. Utifrån ändringen i reglementet pågår just nu ett arbete i nämnden med att ta fram rutiner och tillämpningsanvisningar för införande av nytt sortiment inom hjälpmedelsverksamheten samt se över övriga rutiner kring hjälpmedel.

Sammantaget innebär ovanstående att den gemensamma nämnden har delegation på att besluta om vilka hjälpmedel som ska finnas. Det är ett enhetligt beslut av länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen och ett resultat av den samverkan som parterna kommit överens om vad gäller hjälpmedel. Nämnden beslutar också om rutiner och tillämpningsanvisningar kring hjälpmedel. Utifrån det är det inte lämpligt att i nuläget besluta om specifika hjälpmedel som kompressionsstrumpor. Motionen bör därför avslås.

Gemensamma nämnden för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel behandlade ärendet 2017-11-27 § 42 och föreslår regionfullmäktige att motionen ska avslås.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen tillstyrker gemensamma nämndens förslag.

Expedieras till
Regionfullmäktige

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Svar från motion från KD
- §42 GNU Motion från Margareta Mahmoud Persson och Lars-Erik Olofsson (KD) om subventionering av medicinska kompressionsstrumpor
- Motion från Margareta Mahmoud Persson och Lars-Erik Olofsson (KD) om subventionering av medicinska kompressionsstrumpor

27. Informationer

1

Program för regionstyrelsen 12 december 2017

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

2017-11-29

Program för styrelsen 12 december 2017

Tid: Tisdag 12 december 08.30 – 12.00 Hörsalen - öppet sammanträde
13.00–17.00 Styrelserummet

Tisdag 12 december

08.30	**Regiondirektörens rapport**	Hans Svensson
	- Hälso- och sjukvårdsdirektörens verksamhetsplan 2018	Lisbet Gibson
	- Regionstabens verksamhetsplan 2018	Mikael Ferm
	- Bemanningsprojektet	Camilla Simonsson
	- Hemsjukvårdsavtalet	Ingela Jönsson
09.30	Paus	
10.00	Uppföljning aktiva mål – tillgänglighet	Kerstin Norrbin
10.20	Uppföljning LUP sjukskrivningar	Karin Jonsson
10.40	Regionstyrelsens uppföljning 2017 Folkhälsa	Göran Hallman
11.00	Vårdsamverkan i västra Härjedalen	Göran Hallman
11.20	Månadsrapport oktober	Ingela Jönsson
11.40	Redovisning analysprogrammet	Ingela Jönsson
12.00	Lunch	
13.00	**Regiondirektörens rapport forts**.	Hans Svensson
	- Uppföljning resultatförbättrande åtgärder	Ingela Jönsson
	- Uppföljning merkostnader gällande fakturor	Ingela Jönsson
13.20	Utredning centralisera inköpsfunktionen	Lena Larsson
13.35	Svar på initiativärende från Elin Lemon (C) om ramavtal	Lena Larsson
13.50	Svar på granskning av interna kontrollen	Daniel Nilsson
14.10	Remiss En generell rätt till kommunal avtalssamverkan	Helge Jonsson

14.30 Partigrupper inkl. paus

15.30 Beslutsärenden

Offentligt sammanträde
Förmiddagens information till regionstyrelsen den 12 december kl.08.30-12.00 är offentlig. Allmänheten, media, fullmäktigeledamöter och medarbetare är välkomna att lyssna på föredragningar i frågor där regionstyrelsens fattar beslut eller där beslut går vidare till regionfullmäktige. Föredragningarna sker i Hörsalen på Östersunds sjukhus.

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

5

Månadsrapport oktober 2017

RS/5/2017

2017-11-24

Ekonomi- och personalavdelningen
Jennie Eriksson
Tfn: 063-1425
E-post: jennie.a.eriksson@regionjh.se

RS/5/2017

Månadsrapport oktober 2017

Ärendebeskrivning

Det ackumulerade resultatet efter oktober uppgick till -118,0 miljoner kronor. Nettokostnadsutvecklingen till och med oktober 2017 har försämrats ytterligare och är nu 5,8 procent. De största kostnadsökningarna förutom personal avser bemanningsföretag och läkemedel.

Sammantaget är därför helhetsbedömningen att helårsprognosen kraftigt försämrats från -170 miljoner kronor till -220 miljoner kronor. Orsakerna till den kraftigt försämrade helårsprognosen är flera.

Intäkterna har minskat med 4,3 procent jämfört med föregående år.

Bruttokostnaderna för perioden januari till och med oktober har ökat med 4,2 procent, motsvarande 159,2 miljoner kronor jämfört med samma period 2016. Personalkostnaderna har ökat med 89,9 miljoner kronor (5,3 procent). Kostnaden för bemanningsföretag fortsätter att öka, till och med oktober var ökningen 16,8 miljoner kronor (12,6 procent). Det är främst kostnader för inhyrda sjuksköterskor som ökar.

Regionstyrelsen har tidigare tagit beslut om resultatförbättrande åtgärder. Trots ett omfattande pågående förändringsarbete i verksamheterna kan nu konstateras att detta ännu inte gett nödvändiga kostnadsreducerande effekter. Den uppkomna situationer har därför diskuteras i Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp där ett antal akuta åtgärder har tagits fram. Utifrån dessa åtgärder har Regiondirektör beslutat om följande åtgärder som ska gälla all verksamhet fram till och med sista januari 2018:

- Inköp – stopp av alla inköp bortsett från sjukvårdsmaterial.
- Resor – se över och stoppa de resor som är möjliga resten av året.
- Anställningar – restriktivitet kring alla anställningar.
- Hyrpersonal – stoppa det som är möjligt.
- Utbildningar – restriktioner gäller, skjut fram och gör kostnadseffektiva lösningar.

Likviditeten har under oktober förstärkts med ytterligare lån på 20 miljoner kronor från Kommuninvest. Den totala lånesumman uppgår nu till 100 miljoner kronor, vilket innebär att likviditeten utan den åtgärden skulle ha minskat med 59,8

miljoner kronor. Inklusive lån har likviditeten trots allt förbättrats med 40,2 miljoner kronor sedan årsskiftet.

Sjukfrånvaron bland Region Jämtland Härjedalens medarbetare fortsätter att minska. Andel barn och unga som får ett första besök inom 30 dagar var under oktober 91 procent, vilket är betydligt bättre än föregående år. Målen för tillgänglighet till vård nås fortsatt inte. Återinskrivningar har ökat de senaste månaderna.

Regiondirektörens förslag

1. Månadsrapport per oktober 2017 godkänns.

2. Regionstyrelsen står bakom de åtgärder som regiondirektören har vidtagit för att minska kostnadsökningarna.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

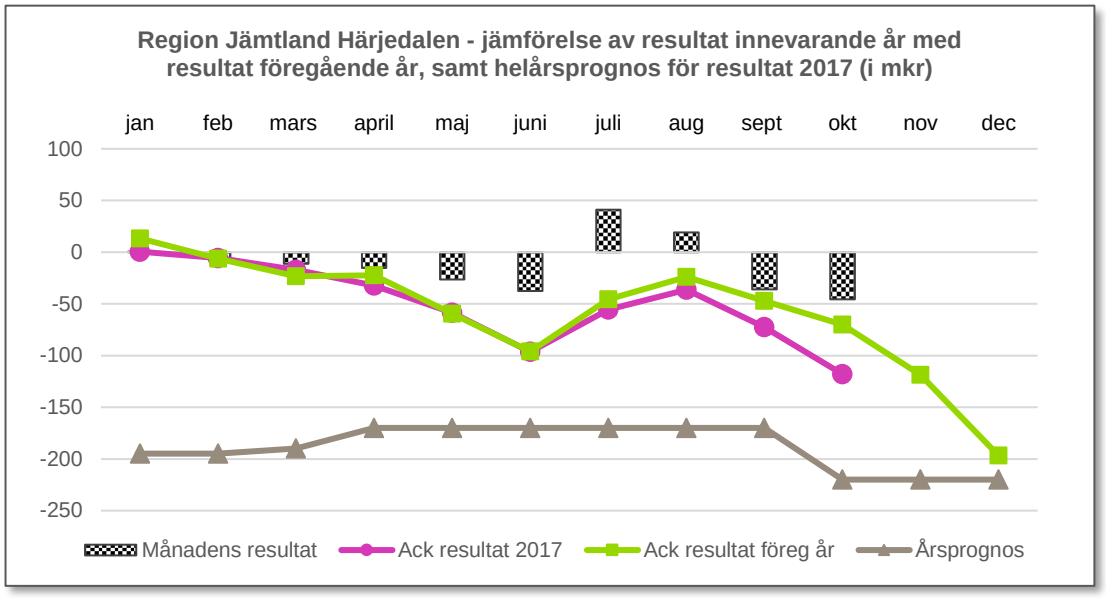
Ingela Jönsson
Tf Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör

Månadsrapport oktober 2017

Region Jämtland Härjedalen



Sammanfattning

Ekonomi

Nettokostnadsutvecklingen till och med oktober 2017 har försämrats jämfört med föregående månad och uppgick till 5,8 procent.

Bruttokostnaderna för perioden januari till och med oktober har ökat med 4,2 procent, motsvarande 159,2 miljoner kronor. Verksamhetens intäkter har minskat med 26,4 miljoner kronor.

Helårsprognosen har försämrats efter oktober och uppgår nu till -220 miljoner kronor.

Personal

En jämförelse mellan januari till september 2016 och samma period 2017 visar på en ökning av 106 årsarbetare.

Kostnaden för inhyrda sjuksköterskor har ökat med 19,9 miljoner kronor jämfört med samma period föregående år. Kostnaderna för inhyrda läkare har minskat med 2,5 miljoner kronor.

Sjukfrånvaron bland Region Jämtland Härjedalens medarbetare fortsätter att minska och uppgår efter oktober till 5,6 procent.

Verksamhet

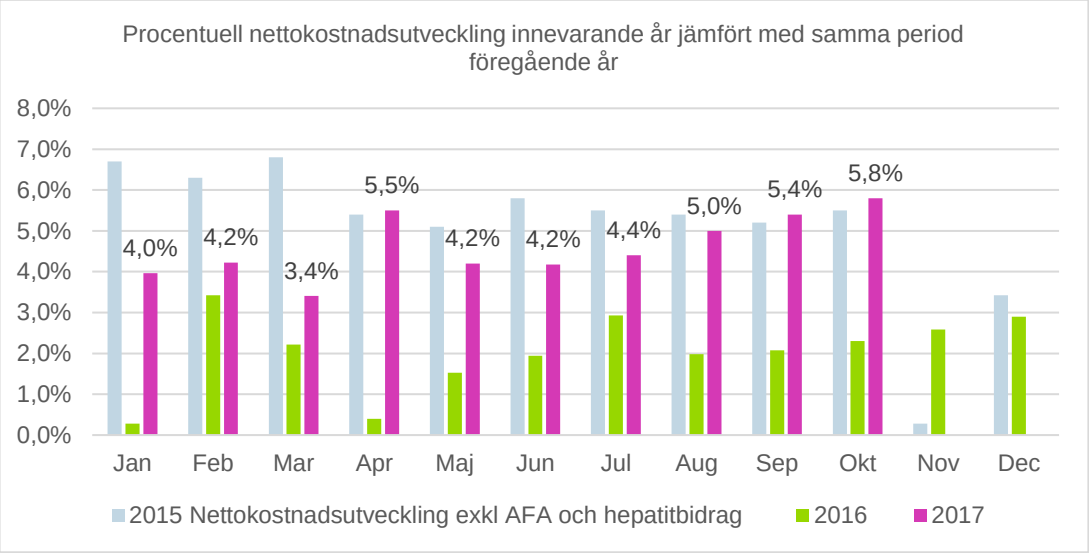
Andel barn och unga som får ett första besök inom 30 dagar var under oktober 91 procent, vilket är betydligt bättre än föregående år.

Målen för tillgänglighet till vård nås fortsatt inte.

Återinskrivningar har ökat de senaste månaderna.

Hans Svensson
Regiondirektör

Utvecklingen av regionens ekonomi januari-oktober 2017



Region Jämtland Härjedalens ackumulerade resultat uppgick till -118,0 miljoner kronor till och med oktober 2017, vilket var 47,9 miljoner kronor sämre jämfört föregående år, då det ackumulerade resultatet uppgick till -70,1 miljoner kronor.

Nettokostnadsutvecklingen till och med oktober 2017 har ytterligare försämrats och är nu 5,8 procent. Nettokostnadsutvecklingen fortsätter således att försämras.

Sammantaget är därför helhetsbedömningen att helårsprognosen kraftigt försämrats och uppgår nu till -220 miljoner kronor. Orsakerna till den kraftigt försämrade helårsprognosen är flera. Semesterpaketen har blivit mer nyttjade än beräknat. Personalkostnader och bemanningskostnader fortsätter att öka. Några fall av dyra riks- och regionvårdskostnader har försämrat resultatet ytterligare. Det kan nu konstateras att trots alla insatser med åtgärder för att vända ekonomin har inte den totala kostnadsnivån minskat, utan fortsätter att öka samtidigt som intäkterna minskar.

Regionens ekonomi är snart i ett läge där merparten av de ekonomiska reserverna är förbrukade. Situationen är synnerligen allvarlig och akuta och extraordinära åtgärder är nödvändiga för att bryta den negativa trenden.

Resultatförbättrande åtgärder

Områdenas åtgärder har hittills inte gett önskad effekt. Även om många förändringar sker ute i verksamheten så minskar ännu inte kostnaderna.

Regionstyrelsen har tidigare tagit beslut om resultatförbättrande åtgärder. Men även om många förändringar sker ute i verksamheten så minskar ännu inte kostnaderna. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp har därför diskuterat fram en rad akuta åtgärder för att minska kostnadsökningarna inom organisationen. Regiondirektör har därefter beslutat om följande åtgärder som ska gälla all verksamhet fram till årsskiftet:

Inköp – stopp av alla inköp bortsett från sjukvårdsmaterial.
Resor – se över och stoppa de resor som är möjliga resten av året.
Anställningar – restriktivitet kring alla anställningar.
Hyrpersonal – stoppa det som är möjligt.
Utbildningar – restriktioner gäller, skjut fram och gör kostnadseffektiva lösningar.

För att minska kostnader för bemanningsköp har det sedan tidigare beslutats om pristak inom primärvården och förhandlingar har gjorts för att reducera timpriset. Inga avrop sker på pris över 1500 kr per timme. Det har också fattats beslut om ett produktionskrav på 75 besök per vecka för hyrläkare och att påbörja utformning av en lättvårdsavdelning med lägre sjuksköterskebemanning .

Verksamhetens bruttokostnader

Verksamhetens bruttokostnader fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden januari-oktober	2016	2017	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt i miljoner kronor	**3 808,3**	**3 967,5**	**159,2**	**4,2%**
Varav personalkostn exkl pensioner	1 705,1	1 795,0	89,9	5,3%
Varav pensionskostnader	241,5	246,5	5,1	2,1%
Varav riks- och regionvård	292,0	278,6	-13,4	-4,6%
Varav läkemedel	335,8	350,2	14,5	4,3%
Varav sjukresor taxi	30,6	31,7	1,2	3,8%
Varav bemanningsföretag	133,7	150,5	16,8	12,6%
Varav sjukvårdsartiklar	79,8	88,1	8,3	10,4%
Varav lokaler,el,utrustning,rep	154,3	171,5	17,2	11,1%
Varav lämnade bidrag	219,3	230,7	11,4	5,2%

Bruttokostnaderna för perioden januari till och med oktober har ökat med 4,2 procent, motsvarande 159,2 miljoner kronor jämfört med samma period 2016. Förändringen procentuellt ligger kvar på samma nivå som förra månaden.

Personalkostnaderna fortsätter att öka och var till och med oktober 89,9 miljoner kronor högre än samma period föregående år (5,3 procent). I Delårsrapporten var förändringen 4,6 procent. I takt med att personalkostnaderna ökar så ökar även de personalrelaterade kostnaderna. Kostnader för lokaler med mera har ökat med 17,2 miljoner kronor, varav förbrukningsmaterial 9 miljoner kronor (datorer, mobiler, verktyg), lokaler 6 miljoner kronor och reparation och underhåll för 2 miljoner kronor. Ökade lokalkostnader avser utökning av lokaler.

Kostnaden för bemanningsföretag fortsätter att öka, till och med oktober var ökningen 16,8 miljoner kronor (12,6 procent). Det är fortsatt kostnader för inhyrda sjuksköterskor som ökar medan läkare minskar, dock har trenden med succesivt minskade kostnader brutits, då kostnader för läkare ökat sedan föregående månad. Område Primärvård har minskat sina läkarkostnader med 8,7 miljoner kronor. Ökningstakten för bemanningskostnader har gått från 21,2 procent i februari till 12,6 procent efter oktober. Kostnader för läkemedel har ökat med 14,5 miljoner kronor. Riks- och regionvårdskostnaderna har minskat med 13,4 miljoner jämfört med samma period 2016. Sjukvårdsartiklar har ökat med 8 miljoner kronor.

Sjukresor taxi har ökat med 1,2 miljoner kr (3,8 procent). Värt att notera är att avtalspriserna stigit med 3 procent sedan juli 2016. Ökning av antalet dialyspatienter är den främsta orsaken. Dialyspatienterna besöker sjukhuset tre gånger per vecka och tar sig oftast dit med taxi. Dessutom har antalet patienter i behandling inom hematologi (blodsjukdomar) ökat, vilket också genererar ökade sjukresekostnader.

I samband med kommande upphandling år 2018, av sjukresor och beställningscentral, har Område diagnostik, teknik och service fått i uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören att se över om det finns möjligheter att utveckla arbetssätt och regelverk för att minska den administrativa belastningen för vårdpersonal, ge patienter tryggare sjukresor och samtidigt fortsätta sänka kostnader för att uppnå de besparingsmål som har satts när det gäller sjukresor. Utöver detta pågår en utredning om sjukresor i egen regi som kommer att färdigställas under hösten 2017.

Verksamhetens intäkter

Verksamhetens intäkter fördelade sig enligt följande tabell:

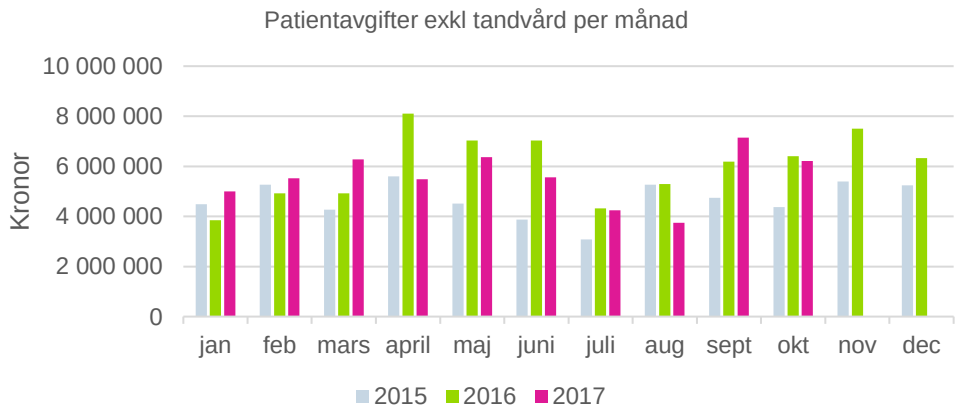
Jämförelse perioden januari-oktober	2016	2017	Förändring	i %
Verksamhetens Intäkter totalt i miljoner kronor	**618,1**	**591,7**	**-26,4**	**-4,3%**
Varav patientavgifter exkl tandvård	58,0	55,5	-2,5	-4,3%
Varav specialdestinerade statsbidrag	227,5	214,6	-12,9	-5,7%
Varav försäljning hälso- och sjukvård	158,3	157,9	-0,4	-0,3%

Verksamhetens intäkter har minskat med 26,4 miljoner kronor under perioden januari till och med oktober jämfört med samma period 2016, vilket delvis förklaras med bidraget från Migrationsverket som kom i april förra året och i oktober 2016 kom en extra stor utbetalning från Migrationsverket för hälsoundersökningar av asylsökande. Beloppet avsåg hälsoundersökningar ända från januari till oktober 2016.

Beslut om höjda avgifter började gälla från april förra året, vilket då fick en stor positiv effekt men har nu stannat upp. E-frikort infördes under december 2016 vilket kan ha påverkat intäkterna. Patienter över 85 år fick gratis sjukvård från januari 2017 som också påverkar patientintäkterna. Från 2017 ändrades fri tandvård för barn från 19 år till och med det år du fyller 21 år. Intäkter för ambulanstransporter ökade mycket i fjol men har nu minskat.

Försäljning av hälso- och sjukvård är 0,4 miljoner kronor lägre än föregående år. Patientavgifterna exklusive tandvård är 2,5 miljoner kronor lägre än föregående år ackumulerat.

En annan orsak till de minskade intäkterna är att område Tandvård har fortsatt brist på personalresurser som lett till hårdare prioriteringar. Främst tandläkargruppen som har en stor andel av intäkterna och är den grupp som minskat mest. Det innebär att vuxna betalande patienter är den grupp som prioriteras lägst enligt tandvårdslagen.



Kommentarer till ekonomiskt resultat från verksamheten 2017

Verksamhet i miljoner kronor, per förvaltning/nämnd	Utfall oktober 2017	Budget oktober 2017	Avvikelse ack utfall mot ack budget okt 2017	Årsprognos okt 2017 budget-avvikelse	Årsprognos aug 2017 budget-avvikelse
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	**-2259,2**	**-1960,1**	**-299,1**	**-363,9**	**-317,4**
Regionala utvecklingsförvaltningen	**-247,5**	**-261,5**	**13,9**	**0**	**0**
Regionstaben	**-182,7**	**-200,5**	**17,8**	**4**	**4**
Patientnämnden	-2,2	-2,3	**0,1**	0	0
Förtroendevalda politiker	-19,6	-20,9	**1,3**	0	0
Landstingsrevision	-3,9	-4,4	**0,5**	0	0
Vårdvalsnämnd	-548,6	-550,3	**1,7**	-2,4	-1,6
Gemensam IT-nämnd	0,1	0	**0,1**	0	0
Motsedda	-110,6	-200,1	**89,5**	91,1	96,9
SUMMA VERKSAMHET	**-3374,2**	**-3200,1**	**-174,1**	**-271,2**	**-218,1**
Finansförvaltningen	3256,2	3217,4	38,8	51,2	48,1
TOTAL AVVIKELSE MOT BUDGET REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN	**-118**	**17,3**	**-135,3**	**-220**	**-170**

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens områden har försämrat prognosen betydligt jämfört med augusti och uppgår nu till -363,9 miljoner kronor, vilket är en försämring jämfört med augusti med 46,5 miljoner kronor. Utfallet avviker mot budget med -299,1 miljoner kronor.

Avvikelserna beror främst på ökade personalkostnader, kostnader för inhyrd personal samt läkemedel. Avvikelserna beror även på minskade patientintäkter. Riks- och regionvårdskostnaderna har minskat totalt sett. Några av områdena har försämrat sina prognoser betydligt jämfört med prognosen efter augusti.

Område Primärvård har försämrat prognosen jämfört med augusti med 17,5 miljoner kronor vilket förklaras av:

- Förväntad minskning kostnader för köp av hyrveckor har inte uppnåtts.
- Fler ST-läkare har anställts jämfört med tidigare prognos.
- Sjukvårdsartiklar och verksamhetsnära kostnader har ökat (tekniska vårdtjänster).

Område Kirurgi ögon öron har försämrat prognosen sedan augusti med 11 miljoner kronor:

- Strategisk bemanning inför kommande pensionsavgångar.
- Inskolningstimmar av ny personal
- Ökad bemanning av både medicinska sekreterare och sjuksköterskor på grund av kompetensförskjutning.
- Ökade kostnader för läkemedel.

Område Barn- och ungdomsmedicin försämrade prognosen sedan augusti med 9 miljoner kronor.

- Kostnaden för inhyrd personal har ökat från obetydlig till 2,3 miljoner kr.
- Kostnaden för egen personal har ökat med 3,2 miljoner kr (5,0 procent).

Område Folktandvård har försämrat prognosen med 4,5 miljoner kronor:

- Lägre intäkter.
- Brist på personalresurser innebär att hårdare prioriteringar måste göras och i vissa fall nyttjas ambulerande tandläkare och lån av personal mellan klinikerna.
- Den hårdare prioriteringen gör att vuxna patienter som går regelbundet till Folktandvården och som inte har några särskilda behov försenas enligt tandvårdslagen.

Den ökade kostnaden för läkemedel beror främst på läkemedel mot hepatit-C, HIV, tillväxthormon samt inom hjärtsjukvården. Kostnaden för direktverkande orala antikoagulantia läkemedel (DOAC) har ökat. Kostnaden för läkemedel mot lungcancer och blodcancer har däremot minskat, vilket beror på variationer i flödet av nyinsjuknade.

Under början av hösten pågår riktade insatser för att gå igenom patienter som använder biologiska läkemedel i syfte att ytterligare finna underlag för utglesning, avslut eller switch.

Intensivvårdsavdelningen, IVA har gått över till läkemedelsservice vilket inneburit att lagret av läkemedel utökats.

Regionala utvecklingsförvaltningen

Förvaltningen redovisar ett överskott på 13,9 miljoner kronor mot budget efter oktober månad. Utfallet ackumulerat är dock 6,1 miljoner kronor sämre än 2016, vilket motsvarar en ökning med 2,5 procent. Utfallet ligger fortsatt inom målet för nettokostnadsutvecklingen, vilket är 2,6 procent.

Bedömningen är att resurser och verksamheten inom förvaltningsorganisationen är i balans och prognosen till årets slut är därför ett nollresultat.

Länstrafiken i Jämtlands län AB har dock lämnat oroväckande prognoser för resultatet 2017. Om bolagets åtgärdsplaner inte hinner få tillräcklig effekt under innevarande år kan förvaltningens resultat komma att påverkas negativt med cirka 4 miljoner kronor.

Regionfullmäktige har beviljat Länstrafiken i Jämtlands län AB en kapitaltäckningsgaranti för 2017.

Regionstaben

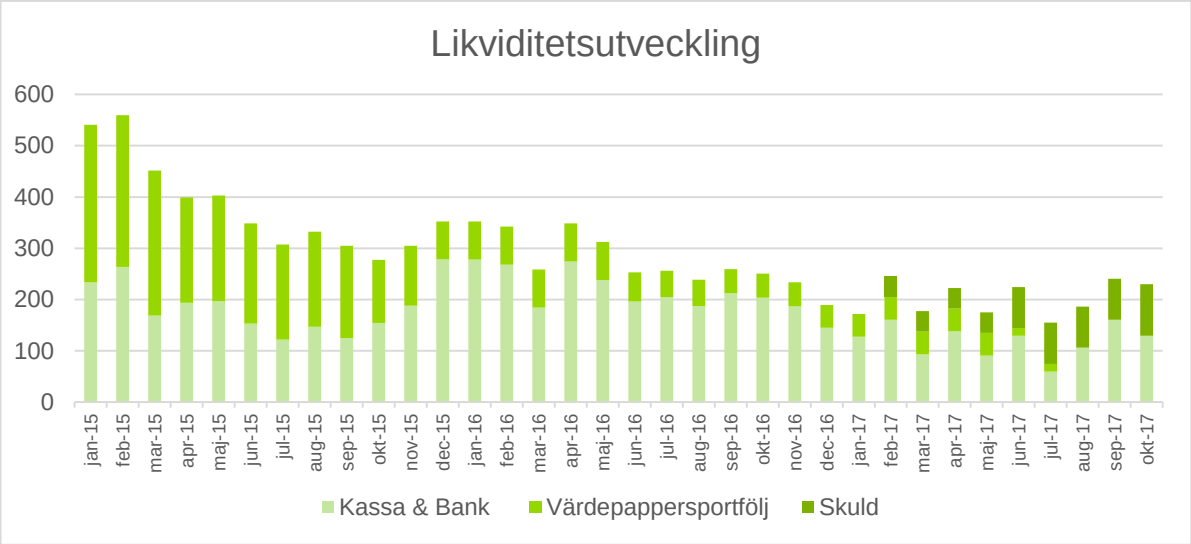
Regionstabens utfall per oktober månad visar ett överskott på 17,8 miljoner kronor mot budget. Intäkterna är 58 miljoner kronor högre än budget och kostnaderna är 40,2 miljoner kronor högre än budget. Prognosen efter oktober ligger kvar på 4 miljoner kronor.

Regionstaben redovisar ett ackumulerat utfall som är 8,2 miljoner kronor sämre jämfört med samma period år 2016. Intäkterna är 9,1 miljoner kronor högre än 2016. Detta beror på att Flyktinghälsovårdens utbetalningar hanteras annorlunda mellan åren, år 2016 bokfördes utbetalningarna som sänkta intäkter på Regionstaben medan år 2017 bokförs utbetalningarna på kostnadssidan.

Likviditetsutveckling

Likviditeten har under oktober förstärkts med ytterligare lån på 20 miljoner kronor från Kommuninvest. Den totala lånesumman uppgår nu till 100 miljoner kronor, vilket innebär att likviditeten utan den åtgärden skulle ha minskat med 59,8 miljoner kronor. Inklusive lån har likviditeten trots allt förbättrats med 40,2 miljoner kronor sedan årsskiftet.

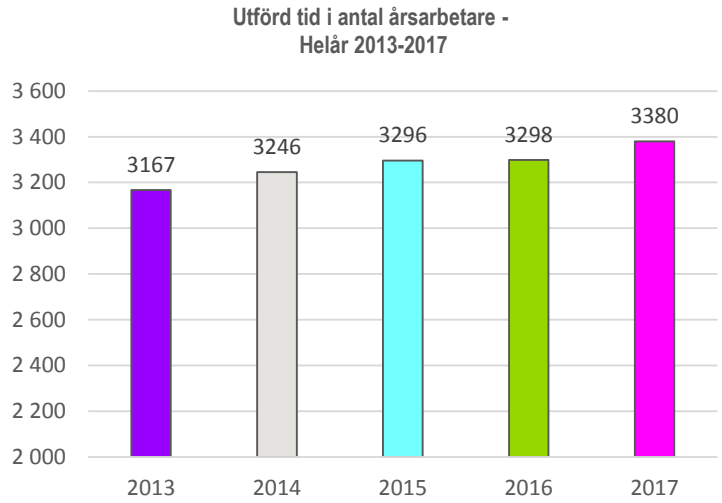
Den beslutade låneramen i Finansplanen är totalt 100 miljoner kronor innevarande år. Upplåningen ska användas för att finansiera investeringar i verksamheterna.



Medarbetare

Utförd tid anställda

Diagrammet visar helår 2013-2016 och rullande 12 för 2017.
Rullande tolv avser perioden september 2016 till och med september 2017



Ökningen mellan 2016 och rullande 12 månader är 82 årsarbetare (vid månadsrapporten september var det 74 årsarbetare). Antalet vardagar är densamma 2016 som rullande 12 månader.

Utförd tid jan-sept samt jämförelse samma period mellan 2016 och 2017
samt jämförelse mot föregående månad

	2014	2015	2016	2017	Förändring åa t o m sept 2016 – 2017	Förändring åa to m aug 2016 - 2017	Förändring åa to m juli 2016 - 2017
Total utförd tid	3 994 811	4 290 690	4 264 280	4 406 258	+ 108	+ 110	+ 103
Ledning	169 552	192 467	194 526	196 197	+ 1	+1	+2
ÖvL/SpecL	271 994	276 492	263 893	275 974	+ 9	+ 10	+9
ST-läkare	125 063	129 096	131 375	146 315	+ 11	+ 11	+11
Underläkare	66 258	78 998	90 221	95 711	+ 4	+5	+6
Sjuksköterskor	1 282 656	1 291 172	1 299 868	1 298 992	-1	-3	-5
Undersköterskor	707 491	726 363	712 945	753 962	+ 31	+29	+28
Med.sekreterare	228 448	238 096	239 002	240 337	+ 1	+2	+1
Psykolog Psykoterap	69 006	71 127	70 009	79 333	+ 7	+ 7	+8
Paramed	281 758	291 205	288 562	307 358	+ 14	+17	+16
Admin personal	303 566	395 000	384 769	431 228	+ 35	+36	+35
Övrigt	489 019	600 673	589 112	580 850	-6	-6	-7

Jämförelse mellan januari- september 2016 och 2017 visar på en ökning av 106 årsarbetare. Jämförelse mot föregående månad visar på en minskning av 2 årsarbetare. En vardag mer under den perioden motsvarar cirka 11 årsarbetare. Det innebär att ökningen denna period är 9 årsarbetare jämfört med föregående period.

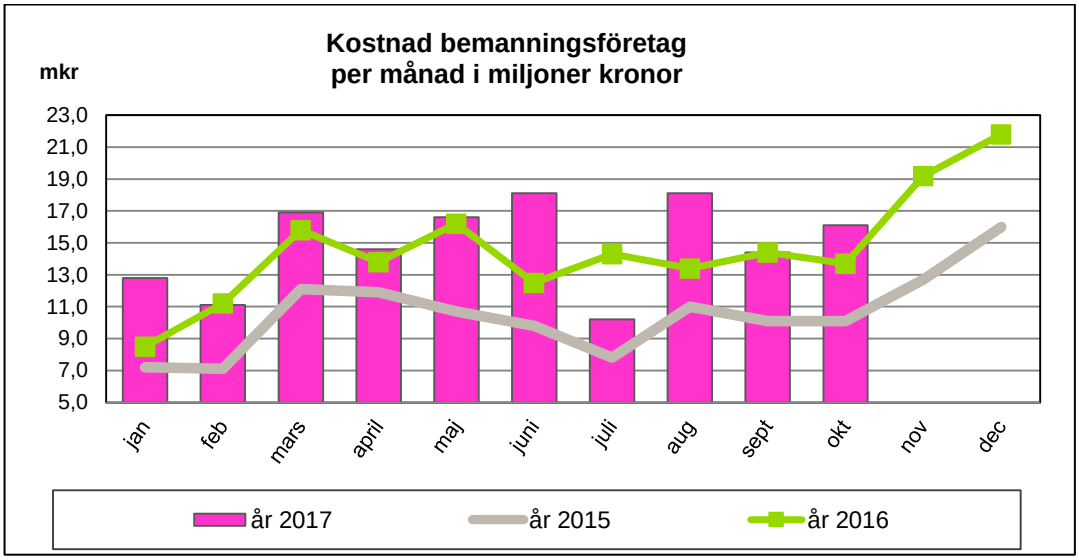
Bemanningsföretag

	Jan – okt 2014	Jan – okt 2015	Jan – okt 2016	Jan – okt 2017	Förändring mellan 2016 -2017
Läkare	56,4	83,4	109,2	106,7	-2,5
Sjuksköterskor	4,2	10,2	19,7	39,6	19,9
Övrig personal	3,9	4,1	4,8	4,2	-0,6
Total	64,6	97,7	135,5	151,1	+16,8

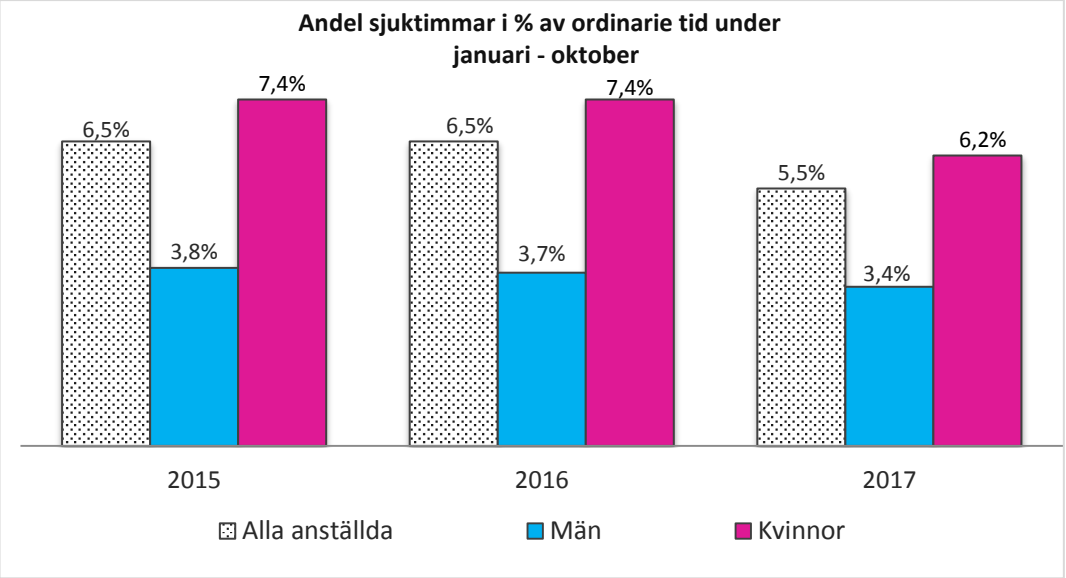
Totala kostnaden för inhyrda läkare delat med en genomsnittskostnad per timme
Motsvarar:
2016: 52årsarbetare
2017: 51 årsarbetare.

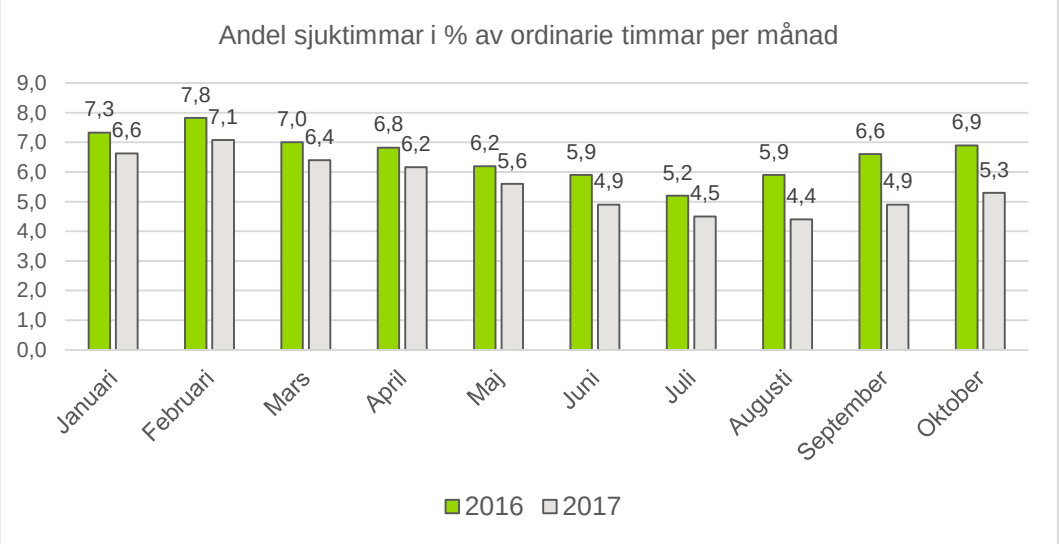
Totala kostnaden för inhyrda sjuksköterskor delat med en genomsnittskostnad per timme motsvarar:
2016: 22 årsarbetare
2017: 42 årsarbetare

Det betyder inte att verksamheten haft bemanningsläkare eller bemanningssjuksköterskor i motsvarande omfattning som antalet årsarbetare enligt denna beräkning. I genomsnittskostnaden ligger nämligen kostnad för hyra och resa samt att den inte visar i vilken omfattning verksamheterna har anlitat dyrare eller billigare bolag.



Sjukfrånvaro



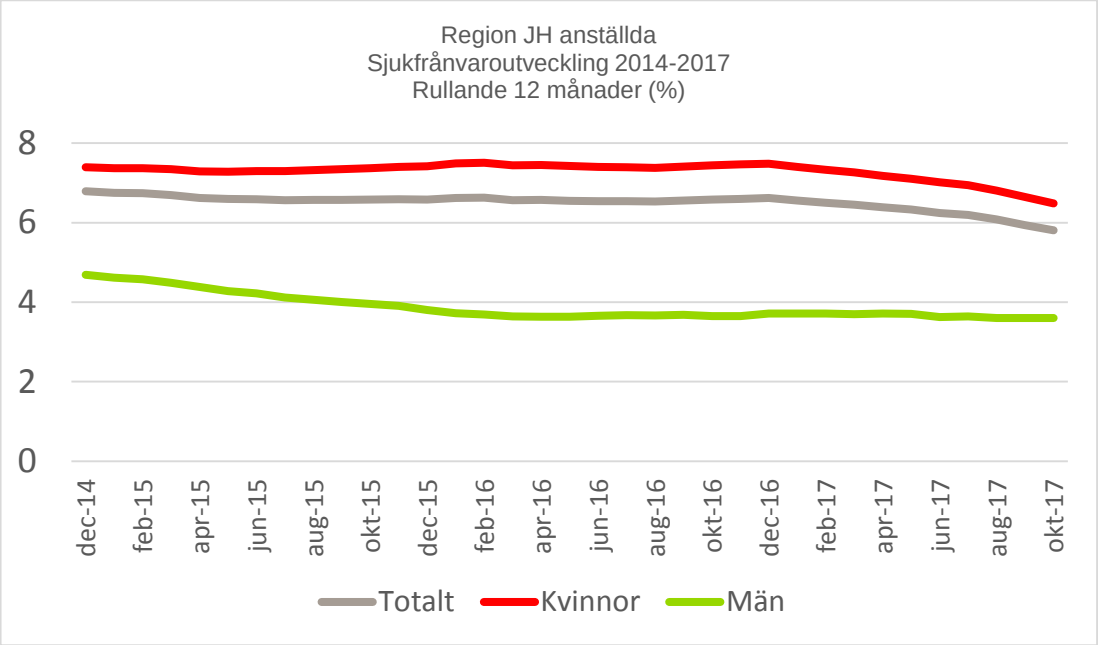


Totala antalet sjuktimmar fortsätter minska. Alla månader under året ligger lägre än året innan vad gäller sjukfrånvaro innevarande månad och de är även fortsatt lägre än 2015 års siffror. Med ökad rörlighet och dialog och stöd till chefer vad gäller sjukskrivningar, tidiga insatser och alternativ kring sjukskrivning inom organisationen håller den nedåtgående trenden i sig mot uppsatta mål att närma sig ett rikssnitt i sjukfrånvaro.

Per sista oktober ligger den ackumulerade sjukfrånvaron på 5,5 procent jämfört med 6,5 procent samma period åren innan. Antalet sjuktimmar ligger på 310 696 timmar en minskning med 49 927 sjuktimmar hittills i år. Sänkningen av sjukfrånvaron syns mest hos kvinnorna. På förvaltningsnivå minskar båda förvaltningarna och regionstaben.

En ökning av sjuktimmarna syns i spannet 2-14 dagar motsvarande 8219 timmar, fram för allt under juli månad samt i september och oktober är sjukfrånvaron högre dagar 2-14 jämfört med året innan. Denna frånvaro under arbetsgivarens sjuklöneperiod medför ökad kostnad i sjuklön.

Dag 15-30 minskar nu sjukfrånvaro timmarna med 865 timmar mot 2016 och mönstret är liknande vad gäller längre frånvaro med. Störst minskning sker i frånvaro längre än 180 dagar. Antal sjukskrivna medarbetare längre än 180 dagar (långtidssjukfrånvaro) har minskat till 65 stycken per oktober, motsvarande siffra 2016 var 116 stycken. Efter dag 180 har Försäkringskassan dragit in rätten till sjukpenning på några medarbetare under året. Detta har bidragit till ökade sjuklönekostnader under året. De ökar från 24,5 mjoner kronor 2016 till 26,5miljoner kronor 2017 inklusive socialavgifter, det vill säga en ökning med 8 procent.

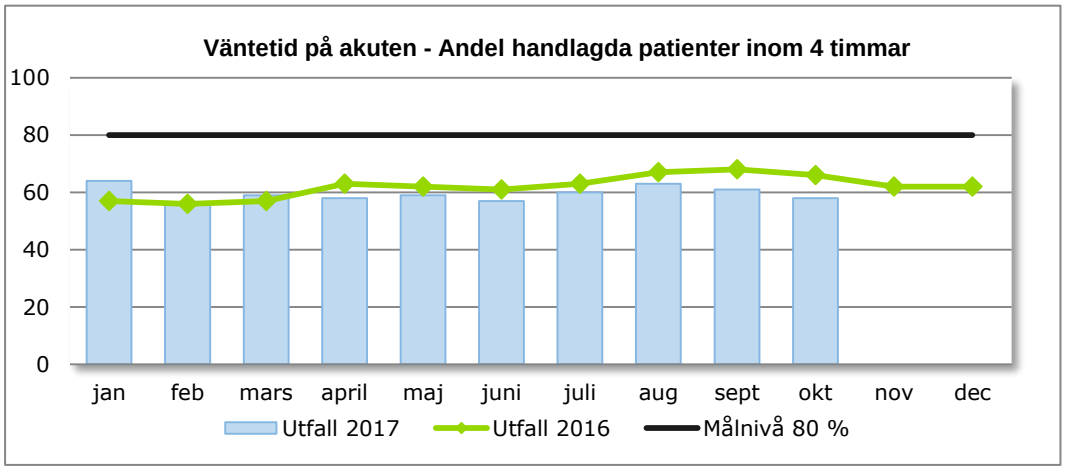


Verksamhet inom hälso- och sjukvården

Väntetid vid akuten

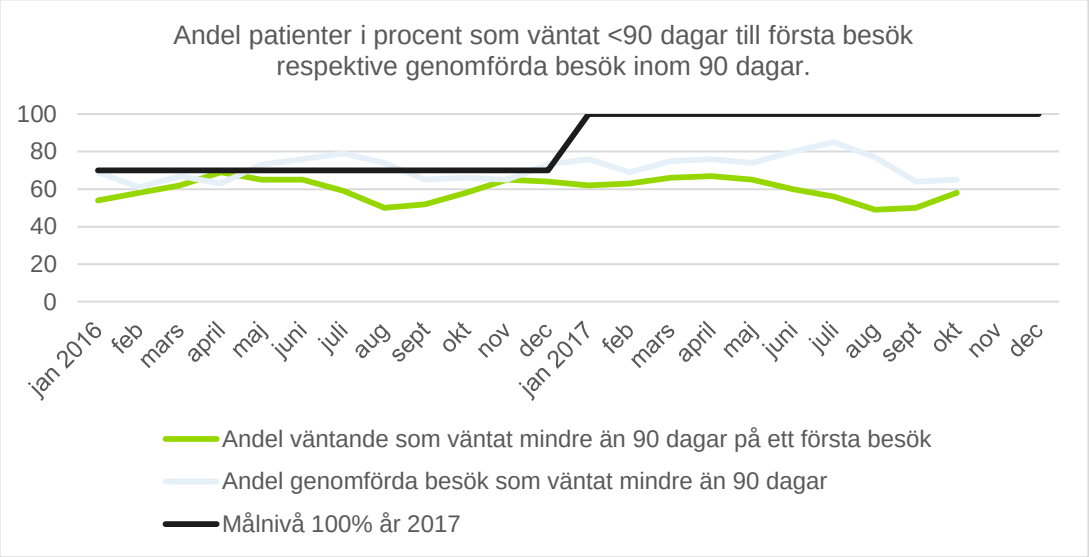
Väntetid inom specialistvårdens akutmottagning
Målet är att 80 procent av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar.

Under oktober har 3 048 patienter varit på akuten, 2 616 har träffat läkare och 432 har träffat enbart sjuksköterska.

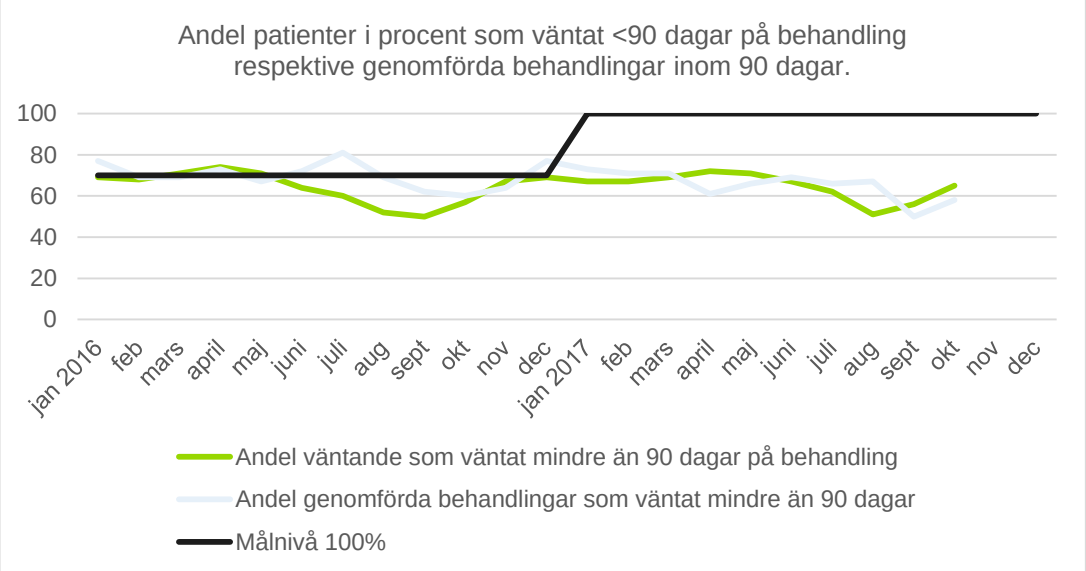


58 procent har varit klara inom 4 timmar, 56 procent av kvinnor och 61 procent av män. En ökning med 165 besök kan ses jämfört med oktober 2016. Det är framförallt. besök till läkare som ökat, 156 fler. Vårdtyngden är högre, då främst. patienter med prioritering orange som ökat med 97 stycken jämfört med oktober 2016. Tillgängligheten per dag visar att en dag nås målet att 80 procent är klara inom 4 timmar. Ökad belastning från sommaren då patienter från Östersund inte ges vård på TNE.

Tillgänglighet inom 90dagar , vårdgarantin



Könsuppdelad statistik för oktober månad 2017:
Väntande till 1:a besök, totalt: 58 procent varav kvinnor 58 procent och män 57 procent.
Genomförda 1:a besök, totalt: 65 procent varav kvinnor 64 procent och män 66 procent.



Könsuppdelad statistik för oktober månad 2017:
Väntande till behandling, totalt: 65 procent varav kvinnor 65 procent och män 65 procent
Genomförda behandling, totalt: 58 procent varav kvinnor 57 procent och män 60 procent

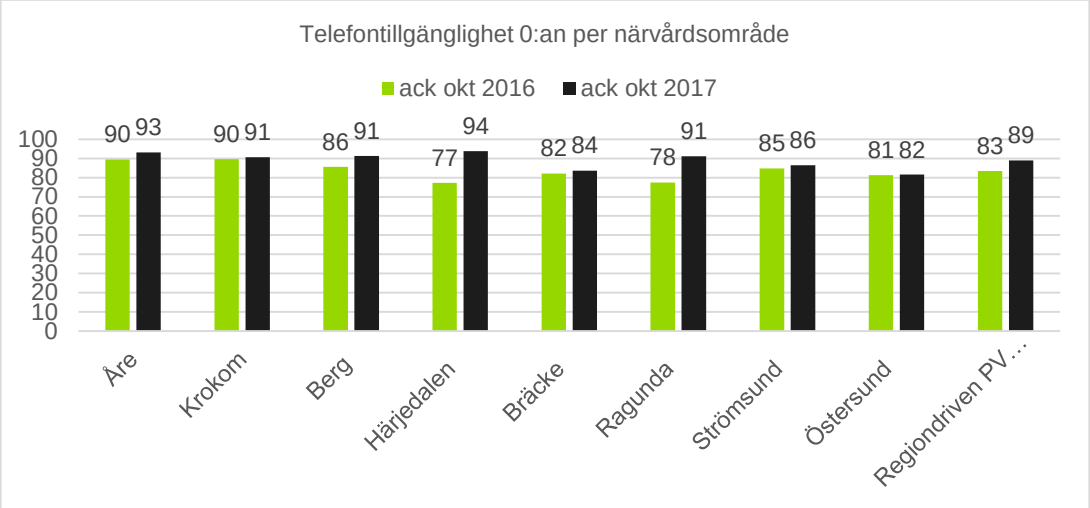
Tillgänglighet primärvården

Vårdenhet	Telefon tillgänglighet samma dag 0:an	Andel läkarbesök inom 7 kalenderdagar
Myrvikens HC	93	90
Svenstavik HC	94	82
Bräcke HC	85	80
Kälarne HC	96	94
Funäsdalens HC	98	94
Sveg HC	90	95
Föllinge HC	96	79
Krokoms HC	84	82
Hammarstrands HC	94	72
Backe HC	95	100
Strömsunds HC	86	92
Hallens HC	97	67
Järpens HC	91	98
Åre HC	98	95
Brunflo HC	92	87
Frösö HC	88	65
Lits HC	93	84
Lugnviks HC	77	93
O-sala HC	86	90
Torvalla	92	Inga uppgifter
Z-gränds HC	90	75

Telefontillgänglighet samma dag, 0:an
Tillgänglighetmålet nås inte för primärvården totalt under oktober månad.
Lugnvik: ovanligt mycket sjukfrånvaro bland distriktssköterskor, inga vikarier.

Totalt antal påringningar 29 187 varav besvarade samtal 25 512 dvs 87 procent besvarade samtal (att jämföra med 83 % samma period 2016). Systemförbättringar och ändrade arbetssätt är något området arbetat med under perioden och fortsätter att arbeta med.

Flera hälsocentraler har/arbetar för öppna mottagningar/lättakut och är därmed tillgänglig på andra sätt än bara genom telefon. Med ackumulerat resultat efter oktober ser man en ökning totalt sedan föregående år.



Läkarbesök inom 7 dagar, 7:an

Tillgänglighetmålet nås inte för primärvården totalt under oktober månad men Back HC når målet.

Hammarstrand: hyrläkare insjuknade, bolaget kunde inte ersätta, vilket innebar endast tillgång till en läkare.

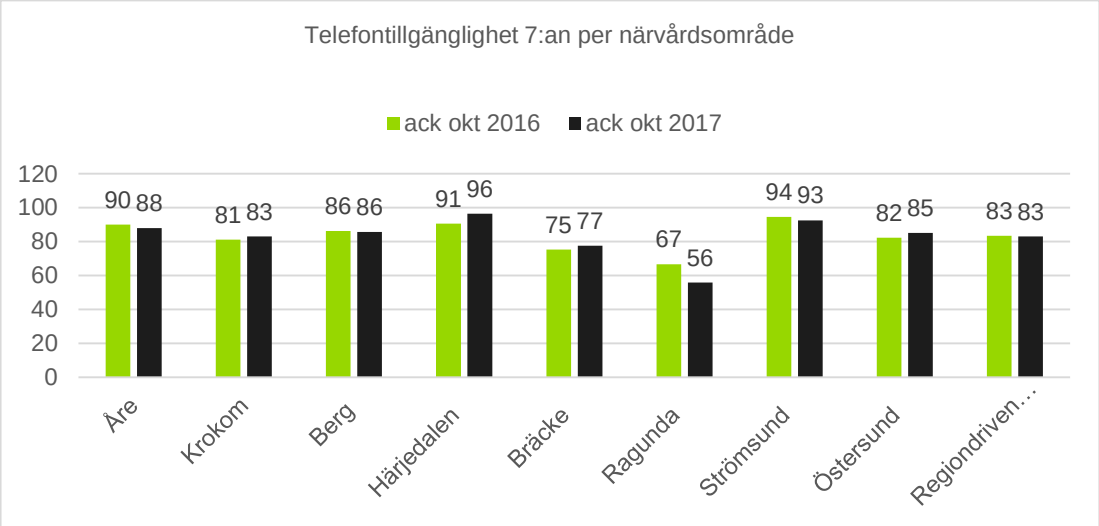
Hallen: Troligtvis felregistrering på bokning nybesök/ återbesök/ombokningar samt ont om läkartider.

Zätagränd: Fokus har sista tiden varit många uppföljningsbesök/återbesök. Har ett högt tryck därav svårt att hitta tider till patienter som behöver komma men som inte är av akut karaktär.

Föllinge: Troligtvis felregistreringar på patientvald väntan.

Totalt antal läkarbesök (nybesök) 6 271
Varav läkarbesök inom 7 dagar 5 327 motsvarande 85 procent (att jämföra med 83 % samma period 2016)

Implementering och utbildning för personalen i det nya arbetssättet med triage/akutliggare, öppen mottagning pågår på flera hälsocentraler. Med ackumulerat resultat efter oktober är resultatet oförändrat sedan föregående år.



Aktiva mål 2017 i regionstyrelsens verksamhetsplan

Samhälle

Aktiva mål	Målvärde	Utfall oktober-17 och kommentar
Andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar.	100 % inom 30 dagar	Ack okt 2017 = 83 % Okt 2017 91 % Klar förbättring jämfört med samma period under 2016
Minskning av sjukpenningtal hos länets medborgare	2017: minska med 0,8 dagar	Målvärdet uppnås. Sjukpenningdagarna har minskat med 1,7 dagar under året.

Patient

Aktiva mål	Målvärde	Utfall oktober-17 och kommentar
Andel vårdskador ska minska.	Minska jämfört med resultat oktober 2016.	Augusti = 3 %
Minska återinskrivningar.	Lägre andel än 2014 <15 %	18,3 % per oktober

Medarbete

Aktiva mål	Målvärde	Utfall oktober -17 och kommentar
Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska.	6 % helår	Målvärdet uppnås. 5,55 % jan-okt 2017 6,54 % jan-okt 2016 Den långa sjukfrånvaron minskar medan den korta ökar något.
Beroendet av bemanningsföretag ska minska.	2015 års nivå = 125,6 mkr Motsvarar en minskning med 25 % jmf med föregående år. Utfall 2016 t o m okt: 133,7 mkr	Utfall t.o.m okt; 150,5 mkr d v s en ökning.

Verksamhetsresultat

Aktiva mål	Målvärde	Utfall oktober -17 och kommentar
Nettokostnadsförändringen ska minska.	Högst 1,4 %	Oktober 5,8 % vilket är högre än fg månad.
Vårdgarantin ska vara uppfylld	100 % 0-7-90-90	Region Jämtland Härjedalen som helhet klarar inte målet i någon av Vårdgarantins dimensioner

6

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Verksamhetsresultat – nettokostnadsutveckling

RS/21/2017

2017-11-15

Ekonomi- och personalavdelningen
Jennie Eriksson
Tfn:
E-post: jennie.a.eriksson@regionjh.se

RS/21/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Verksamhetsresultat – nettokostnadsutveckling

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige har i regionplanen 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 Verksamhetsresultat – nettokostnadsutveckling följas upp vid regionstyrelsens sammanträde i december.

Målet för 2017 var en nettokostnadsutveckling på minus 2 procent, men detta ändrades efter beslut i juni till att högst öka till 1,4 procent. Till och med oktober 2017 var nettokostnadsutvecklingen för regionen 5,8 procent, vilket tyder på att målet 1,4 procent blir svårt att nå.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Verksamhetsresultat – nettokostnadsutveckling godkänns.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

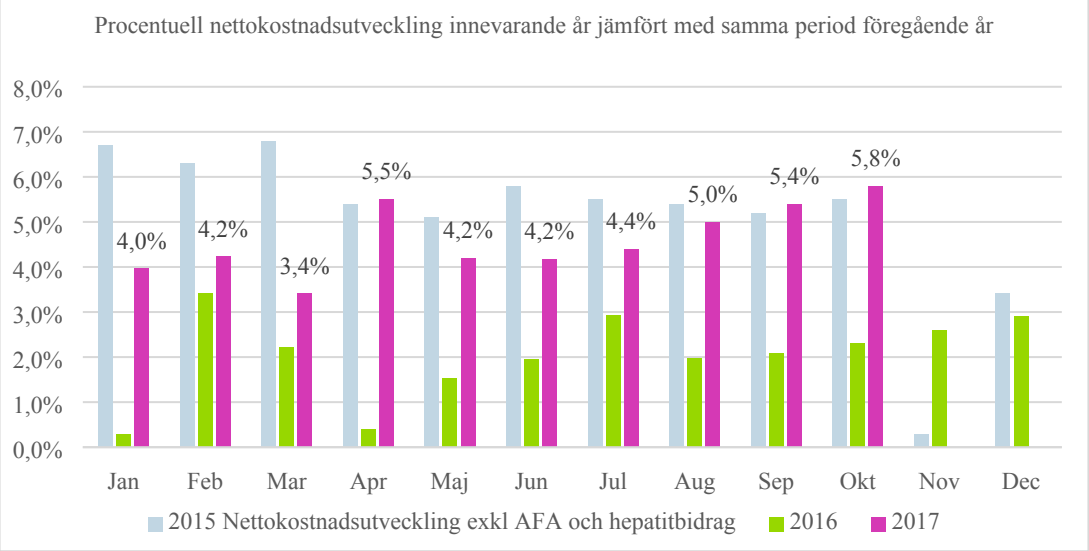
Ingela Jönsson
Tf Ekonomidirektör

Utdrag till

Tf Ekonomidirektör

Nettokostnadsutveckling 2017

Utvecklingstrend



Nettokostnaden till och med oktober 2017 för Region Jämtland Härjedalen var 186,1 miljoner kronor högre än under motsvarande period 2016. Det ger en nettokostnadsökning för regionen med 5,8 procent, vilket är betydligt sämre än 2016 (2,3 procent) och är nu även högre än 2015 (5,5 procent).

Nettokostnaden har under året påverkats både av kraftigt ökade bruttokostnader jämfört med föregående år, men även med minskade intäkter. Främst har lönekostnader, bemanningskostnader och läkemedel ökat.

Verksamhetens intäkter har minskat med 26,4 miljoner kronor under perioden januari till och med oktober jämfört med samma period 2016, vilket delvis förklaras med bidraget från Migrationsverket som kom i april förra året och i oktober 2016 kom en extra stor utbetalning från Migrationsverket för hälsoundersökningar av asylsökande. Beloppet avsåg hälsoundersökningar ända från januari till oktober 2016. Beslut om höjda avgifter började gälla från april förra året, vilket då fick en stor positiv effekt men har nu stannat upp. E-frikort infördes under december 2016 vilket kan ha påverkat intäkterna.

Jämförelse perioden januari-oktober	2016	2017	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt i miljoner kronor	3 808,3	3 967,5	159,2	4,2%
Verksamhetens Intäkter totalt i miljoner kronor	618,1	591,7	-26,4	-4,3%

Nettokostnad fördelat på områden/ förvaltning

Område/ Förvaltning	okt-16	okt-17
Akutvård	2%	3%
Barn- och ungdomsmedicin	0%	17%
Kirurgi, ögon och öron	8%	3%
Hud, infektion och medicin	5%	4%
Psykiatri	2%	7%
Hjärta, neurologi och rehab	0%	6%
Kvinna	-5%	10%
Barn och unga vuxna	-3%	11%
Ortopedi	-1%	6%
Hälso- och sjukvårdsdirektör	17%	-4%
Patientsäkerhet	14%	-7%
Folktandvård	-16%	33%
Primärvård	-10%	34%
Diagnostik, teknik och service	2%	3%
Totalt Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	2%	7%
Regionstaben	-3%	5%
Regionala utvecklingsförvaltningen	1%	3%

En ökning av nettokostnadsförändringen har skett inom samtliga av Region Jämtland Härjedalens förvaltningar. Stora ökningar har skett inom område Primärvård och område Folktandvård. Dock bör beaktas att det ackumulerade resultatet 2015 (-232,3 miljoner kronor) var sämre än 2016 (-196,8 miljoner kronor), vilket även visade sig i nettokostnadsutvecklingen under 2016.

Prognos för måluppfyllnad

Målet för 2017 ändrades i juni från att minska nettokostnadsutvecklingen till -2 procent till att istället öka med högst 1,4 procent. För att nå målet 1,4 procent krävs ett resultat som är 88,6 miljoner kronor bättre än föregående år, vilket innebär ett resultat för 2017 på -108,2 miljoner kronor jämfört med -196,8 miljoner kronor föregående år.

Förslag till åtgärd att nå målet

Tyvärr har de resultatförbättrande åtgärder som genomförts i verksamheten inte gett önskad effekt, istället fortsätter kostnaderna att öka. Målet kommer inte kunna nås under 2017 men förhoppningen är att nettokostnadsutvecklingen ändå ska minska de sista två månaderna.

Riksjämförelse

Lst / Reg	Utfall -15	Utfall -16	Aug -17
Stockholm			3,6
Uppsala	5,7	3,8	5,6
Sörmland	5	5,6	7,8
Östergötland	6,2	6	4,9
Jönköping	4,2	4,3	4,9
Kronoberg	7,3	4,5	6,6
Kalmar	6,2	5,4	3,1
Blekinge	7,1	5,4	6,0
Skåne	5,8	5,7	4,9
Halland	4,4	5	4,8
Västra Götaland	4,9	3,8	6,6
Värmland	7,1	1,2	4,8
Örebro	7,3	3,9	6,9
Västmanland	4,9	4,9	5,1
Dalarna	3,6	0,8	4,3
Gävleborg	5,9	3,7	5,5
Västernorrland	3,1	5,5	4,1
Jämtland/Härjedalen	6,1	3	5,0
Västerbotten	4,3	3	6,7
Norrbotten	5	4,9	1,6
Summa (Snitt)	5	4,4	4,9

En riksjämförelse på nettokostnadsutvecklingen visar att snittet 2016 var 4,4 procent, vilket var något högre än Region Jämtland Härjedalen som låg på 3 procent efter justering för Hepatit C. Efter augusti 2017 har Region Jämtland Härjedalen ökat liksom flera av övriga landsting och regioner. Även i övriga riket är trenden att nettokostnaden ökat till och med augusti 2017 jämfört med 2016 och snittet per augusti var 4,9 procent.

7

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Verksamhetsresultat - tillgänglighet

RS/22/2017

2017-11-24

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

RS/22/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Verksamhetsresultat - tillgänglighet

Ärendebeskrivning

I Regionplan 2017–2019 återfinns 21 strategiska mål. För att bidra till att de strategiska målen uppnås har regionstyrelsen i sin verksamhetsplan för 2017 beslutat om åtta aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i månadsrapporter, tertialrapport, delårsrapport och årsbokslut samt som fördjupning två gånger under året. Ett aktivt mål under perspektivet Verksamhetsresultat handlar om att vårdgarantin ska vara uppfylld. En fördjupad rapport redovisades till regionstyrelsen den 3 maj 2017, § 87 och i oktober fick regionstyrelsen en uppföljning av vårdgarantin för olika patientgrupper. På regionstyrelsens möte den 12 december ska tillgängligheten följas upp igen varför en ny rapport har upprättats.

Rapporten visar att Region Jämtland Härjedalen inte uppfyller vårdgarantin i något av de fyra perspektiven 0-7-90-90. Förbättring av tillgängligheten har skett inom Primärvården för 0:an och 7:an. Försämring av tillgängligheten har skett inom specialiserade vården för 1:a besök och åtgärd/behandling.

Målvärden för 2017 är; 0:an – patienterna ska få kontakt med primärvården samma dag (100 %), 7:an - Vid bedömt behov av läkarbesök inom primärvården ska detta erbjudas inom sju dagar (100 %), 90 - Besök inom den planerade specialistvården ska genomföras inom 90 dagar (100 %) och 90 – Andel genomförda åtgärder/behandlingar inom 90 dagar (100 %).

I rapporten presenteras vilka åtgärder som vidtagits för att förbättra tillgängligheten. Exempelvis har arbetssätt med produktions- och kapacitetsplanering reviderats och det har också genomförts ett HIFA, högintensivt förbättringsarbete, kopplat till tillgänglighet. Det sker också löpande uppföljningar i olika former. I rapporten finns också en beskrivning av utvecklingsområden. Bland annat saknas standardisering av både in- och utdata från hälso- och sjukvården. Det behövs också ett nytt IT-system för produktions- och kapacitetsplanering behövs.

Regiondirektörens förslag

1. Regionstyrelsens uppföljning av aktiva mål Verksamhetsresultat - tillgänglighet godkänns.

2. Regiondirektören får i uppdrag att under 2018 säkerställa att syfte, ambition och mål med tillgänglighetsarbetet är tydligt och kommuniceras på alla organisationsnivåer.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Kerstin Norrbin
Utvecklingsdirektör

Utdrag till

Utvecklingsdirektör

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Utvecklingsenheten
Lars Eriksson
Tfn: 063-153934
E-post: lars.eriksson@regionjh.se

2017-11-23

RS/22/2017

Rapport om vårdgarantin

I regionstyrelsens verksamhetsplan för 2017 återfinns åtta aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i månadsrapporter, tertialrapport, delårsrapport och årsbokslut samt som fördjupning två gånger under året. Ett aktivt mål under perspektivet Verksamhetsresultat handlar om att vårdgarantin ska vara uppfylld. En fördjupad rapport redovisades till regionstyrelsen den 3 maj 2017, § 87. Den här rapporten har upprättats inför regionstyrelsens möte den 12 december 2017 då vårdgarantin ska följas upp igen.

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen (RJH) uppfyller inte vårdgarantin i något av de fyra perspektiven 0-7-90-90.

Förbättring av tillgängligheten har skett inom Primärvården för 0:an och 7:an. Försämring av tillgängligheten har skett inom specialiserade vården för 1:a besök och åtgärd/behandling.

Nuläge

Jämfört med riket ligger RJH över snittet gällande 0:an och 7:an men under gällande 90-90

	0	7	90	90
RJH	**94 %**	**91 %**	**51 %**	**55 %**
Riket	88 %	89 %	75 %	67 %

Källa: vantetider.se 0 och 7 våren 2017. 90 och 90 september 2017

Primärvård 0-7

Den ökade tillgängligheten beror bl.a. på systemförändring, ändrade arbetssätt samt öppen mottagning och lättakut.

Specialiserade vården 90-90

Den försämrade tillgängligheten beror bl.a. på kapacitetsbrist och ökat inflöde inom vissa specialiteter. Flera verksamheter har inte heller hämtat igen nedgången i tillgänglighet som skedde vid införandet av COSMIC våren 2015.

Under hösten 2017 har specialiserade vården minskat antal väntande till 1:a besök. De senast 10 veckorna med 600 väntande. Antal väntade > 90 dagar har minskat med 900 väntande under samma period. Verksamheterna bokar in de patienter som väntat längst.

När det gäller väntande till åtgärd/behandling så är antalet väntade oförändrat vilket bl.a. beror på neddragning av antal operationssalar på central operation. Det innebär att

verksamheterna genomför de åtgärder/behandlingar som sätts upp men betar inte av kön. Även här minskar antal väntande > 90 dagar med drygt 400 väntande vilket innebär att de patienter som väntat längst bokas in.

Produktions- och kapacitetsplanering
Alla verksamheter inom hälso och sjukvården kommit olika långt i processen med att införa produktions- och kapacitetsplanering på ett standardiserat sätt. Flera verksamheter har framtagna produktionsplaner för både mottagning och operation. Verksamheterna följer upp sina produktionsplaner men ett systematiskt arbetssätt för att korrigera avvikelser behöver utvecklas. Arbetet med att koppla ihop produktionsplanen med en kapacitetsplanering återstår hos de allra flesta verksamheter.

Åtgärder

Under 2017 har RJH´s arbetssätt med produktions- och kapacitetsplanering, 5-stegsmodellen, reviderats. Modellen har kompletterats med innehåll från SKL´s ”Tillgänglig vård – Vägledande strategier och koncept för hållbar utveckling”. Utbildning i produktions- och kapacitetsplanering har genomförts vid tre tillfällen under året för bl.a. chefer, verksamhetsutvecklare, ekonomer och personalkonsulter.

Två HIFA, högintensivt förbättringsarbete, med syfte att förbättra tillgängligheten för utvalda patientgrupper, har genomförts under året. I våras kartlades och förbättrades flödet för prostatacancerpatienter. Resultatet blev att genom kompetens förskjutning förkortades väntetiden för besked om diagnos med 6 veckor. V46 startade HIFA Glaukom (grön starr). Denna gäller ögonmottagningen där Glaukomflödet kommer att genomlysas.

Efter sommaren ställdes tillgänglighetsmötena, ledda av Hälso- och sjukvårdsdirektören eller Utvecklingschefen, in. På dessa möten deltog områdeschefer inom hälso- och sjukvårds samt stabstöd ur Utvecklingsenheten. Tillgänglighetsfrågan har under hösten istället diskuterats på hälso- och sjukvårdsledning. Stabsstödet har medverkat vid en hälso- och sjukvårdsledning.

Utvecklingsenheten har under året rapporterat vårdgarantiläget till Hälso- och sjukvårdsdirektören samt Utvecklingschefen. Rapporten, som sammanställs varannan vecka innehåller förutom vårdgarantiläget även statusrapport angående införande och användning av produktions- och kapacitetsplanering.

Under våren togs beslut om att verksamheterna skulle beskriva sina aktiviteter för att nå bättre tillgänglighet. Dessa aktiviteter har följts upp av Utvecklingsenhetens controller för tillgänglighet på produktionsmöten.

I oktober genomfördes en två dagars workshop med syfte att samla de projekt och förbättringsarbeten som syftar till att förbättra tillgängligheten. Resultat blev att styra resurserna samlat under bemanningsprojektet. Formaliseringen av detta uppdrag pågår.

Utvecklingsområden

Rapporterna till SKLs tillgänglighetsdatabas är inte kompletta. Ett arbete har skett under året för att kvalitetssäkra dessa. Under detta arbete har det framkommit att det saknas

standardisering av både in- och utdata från hälso- och sjukvården. Arbetet med denna standardisering pågår men prioritering av andra insatser har lett till att arbetet inte nått så långt ännu.

Nytt IT-system för produktions- och kapacitetsplanering behövs. Dagens arbete i Excel-miljö klarar inte av att uppfylla de systemkrav som behövs för planering och uppföljning av bl.a. produktionsplaner. En pilot på Område Psykiatri är under framtagande där ett system för produktions- och kapacitetsplanering ska prövas. Systemet används bl.a. av Region Östergötland.

Nuvarande ”Övergripande handlingsplan för tillgänglighet” gäller till årsskiftet. På uppdrag av Utvecklingschefen kommer Utvecklingsenheten att tillsammans med representanter från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen revidera planen. Beslut behöver tas om funktionen Controller för tillgänglighet ska finnas kvar under 2018.

Målvärde 2017

Aktivt mål 2017: Vårdgarantin ska vara uppfylld 0-7-90-90

<table>
<tr><th>Beskrivning</th><th>Målvärde 2017</th><th>Utgångsvärde och senaste års resultat</th></tr>
<tr><td>Primärvård- få kontakt samma dag</td><td>100 % (0-an)</td><td>2014-12-31: 83,5 % (variation 61-100)
2015-12-31: 82 % (variation 66-100)
2016-08-31: 84 % (variation 65-100)
2017-10-31 91 % (variation 84-98)</td></tr>
<tr><td>Primärvård: vid bedömt behov av läkarbesök ska detta erbjudas</td><td>100 % inom 7 dagar (7:an)</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>2014-12</th><th>2015-12</th><th>2016-10</th><th>2017-10</th></tr>
<tr><td>Total</td><td>88 % Region
90 % Privat</td><td>84 %</td><td>84 %</td><td>86 %</td></tr>
<tr><td>Kvinnor</td><td>Saknas</td><td>84 %</td><td>83 %</td><td>Saknas</td></tr>
<tr><td>Män</td><td>Saknas</td><td>84 %</td><td>86 %</td><td>Saknas</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Specialiserad vård: andel genomförda första besök.</td><td>100 % inom 90 dagar (90)</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>2014 - 12</th><th>2015-12</th><th>2016-10</th><th>2017-10</th></tr>
<tr><td>Total</td><td>85 %</td><td>73 %</td><td>69 %</td><td>65 %</td></tr>
<tr><td>Kvinnor</td><td>87 %</td><td>73 %</td><td>68 %</td><td>64 %</td></tr>
<tr><td>Män</td><td>84 %</td><td>73 %</td><td>71 %</td><td>66 %</td></tr>
</table>
2014 mätningen avser åtta månader.
2015 omfattar 12 månader.
2016 t.o.m. 12 oktober.
2017 t.o.m. 31 oktober
</td></tr>
<tr><td>Specialiserad vård: andel genomförda åtgärder/ behandlingar.</td><td>100 % inom 90 dagar (90)</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>2014-12</th><th>2015-12</th><th>2016-10</th><th>2017-10</th></tr>
<tr><td>Total</td><td>Saknas</td><td>70 &</td><td>69 %</td><td>59 %</td></tr>
<tr><td>Kvinnor</td><td>Saknas</td><td>68 %</td><td>68 %</td><td>58 %</td></tr>
<tr><td>Män</td><td>Saknas</td><td>73 %</td><td>71 %</td><td>61 %</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

8

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av LUP minskade sjukskrivningar och ökat frisktal

RS/1741/2017

2017-11-30

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

RS/1741/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av LUP minskade sjukskrivningar och ökat frisktal

Ärendebeskrivning

Arbetet med att minska sjukskrivningar i länet och hos Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare har gett gott resultat. Huvuddelen av de aktiviteter som beskrivs i den långsiktiga utvecklingsplanen pågår eller är genomförda och sjuktalen närmar sig genomsnittet för riket, vilket är ett av de övergripande målen för arbetet.

Under år 2017 har antalet sjukpenningdagar per länsinvånare minskat med 1,7 dagar. September månad var den 19 månaden i rad som Jämtlands län uppvisade oförändrade eller sänkta sjuktal. När arbetet inleddes 2015 skiljde det i genomsnitt 3,0 sjukpenningdagar mellan invånarna i Jämtlands län och riket. I september 2017 är skillnaden 0,7 dag.

Skillnaden mellan könen är fortsatt stor även om den minskar. Kvinnor i Jämtlands län är i genomsnitt sjukskrivna 14,5 dagar per år, vilket är 0,8 dag mer än genomsnittet för riket. När arbetet inleddes var skillnaden till riket 4,1 dag. Män i Jämtlands län är i genomsnitt sjukskrivna 7,6 dagar per år, vilket är 0,5 dagar mer än genomsnittet för riket. När arbetet inleddes var skillnaden till riket 2,0 dagar.

Det pågår ett brett spektra av utvecklingsinsatser för att stötta den positiva utvecklingen. Många av insatserna handlar om förbättrad myndighetssamverkan och dialoger med länets arbetsgivare. Resurser läggs även på att utbilda vårdens medarbetare i arbetssätt och metoder som främjar alternativ till sjukskrivning och ökad arbetsåtergång. Då psykisk ohälsa är den dominerande sjukskrivningsorsaken i länet, liksom i övriga landet, krävas fortsatta diskussioner om hur vården ska möta upp detta på bästa sätt.

Den statliga överenskommelsen ”En kvalitetssäker och effektiv rehabiliterings och sjukskrivningsprocess” bidrar med de finansiella förutsättningarna för arbetet, drygt 14 miljoner kronor per år. Pengarna används bl.a. till att finansiera länets rehabkoordinatorer, behandlingar i primärvård för riktade patientgrupper samt utbildning av vårdpersonal. Då den statliga överenskommelsen upphör efter år 2018 bör ställning tas till hur arbetet i sjukskrivningsprocessen fortsatt ska drivas och finansieras.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av LUP minskade sjukskrivningar och ökat frisktal godkänns.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd

Utdrag till

Processledare sjukskrivningsprocessen
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Uppföljning LUP för minskad sjukskrivning och ökade frisktal – per 2017-11-16

Uppföljningen anger aktuellt läge för mål och aktiviteter i planen.

= Uppfyllt
= Delvis uppfyllt
= Ej uppfyllt

Uppföljning av mål på 4 års sikt (2018).

Inom 4 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:	**Lägesavstämning per 2016-11-15**
Stabila och väl fungerande rutiner och arbetssätt för samordnad tidig rehabilitering i länet.	STR (Samordnad tidig rehabilitering) är en nyutvecklad mötesform på hälso-centralerna där vården, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Socialtjänsten möts för samordnad rehabilitering av individer där gemensamma insatser bedöms nödvändigt. Mötesformen har hittills startats upp på ett tiotal hälsocentraler och det är rehabkoordinatorn som kallar till och leder mötet. För ett antal hälso-centraler i länet är mötesformen ännu inte möjlig att starta upp då Försäkringskassan inte kan bemanna. En modul för patientens rehabplan har anskaffats och håller på att implementeras i Cosmic.
Hög kompetens inom försäkringsmedicin bland medarbetarna.	Färdigt utbildningskoncept i Försäkringsmedicin finns för AT-/ ST-läkare samt Rehabkoordinatorer. Utbildningen är en del i ordinarie utbildningsplan för dessa yrkesgrupper. För övriga läkare och berörd vårdpersonal erbjuds riktade utbildningsinsatser i form av web-utbildning och olika former av dialogtillfällen vid hälsocentralerna. Handläggare från Försäkringskassan förlägger en arbetsdagdag i veckan på hälso-centralerna i Brunflo, Järpen Krokom, Odensala och Z-gränd. Försäkringskassan blir därigenom mer tillgänglig för patienter, vården och arbetsgivare för frågor och

	synpunkter.
Förbättrat för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär.	Gruppen med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa är stor och resurserna för vård och behandling möter inte upp behovet i befolkningen. Statistiken är bristfällig och det är svårt att få en övergripande bild av behov, antal väntande och behandlingar. Andelen sjukskrivna i länet med dessa diagnoser har ökat under året men det är oklart om läget för de personer som drabbats av ohälsa har förbättrats. Det är många aktörer och många statliga överenskommelser som arbetar för denna grupp. En ökad tydlighet i roller och ansvar inom regionen och mellan myndigheter skulle underlätta arbetet. Insatser som utvecklats under året för målgruppen är bl.a. gruppbehandlingar i KBT, sömnskolor och utbildningar i effektivare arbetssätt hos de psykosociala enheterna. Då gruppbehandlingar har god evidens och är en kostnadseffektiv form riktas stimulansmedlen under år 2017 huvudsakligen till behandlingar i grupp. Internet-KBT är en behandlingsform som har god evidens. Inom primärvården och psykiatrin har införandet av denna behandlingsmetod påbörjats.
Förbättrat för personer med muskuloskeletala besvär.	Samlad statistik för patientgruppen saknas och det är svårt att bedöma om situationen har förbättrats. För patienter med svår smärtproblematik kan multimodal behandling erbjudas vid Rygginstitutet i Sundsvall. Antal patienter som fått den möjligheten har dock minskat under året. Inom regionen har smärtenheten fått i uppdrag att utöka utbudet av KBT-behandlingar för att möta behovet hos patienter med långvarig smärta. Samtliga sjukgymnaster har under året erbjudits en tvådagars utbildning i kognitiv rehabiliteringsterapi (KRT) för effektivare smärtbehandling.
Minskat differensen till riksgenomsnittet för sjukpenningdagar med en dag jämfört med år 2014.	Differensen till riksgenomsnittet har minskat med 2,3 sjukpenningdagar till september 2017. 2014-12-31: Riket 9,4, Jämtland 12,4 (+3,0) 2017-09-30: Riket 10,3, Jämtland 11,0 (+0,7)
Minskat differensen mellan sjukfrånvaron för Region Jämtland	Differensen till riksgenomsnittet minskade med 0,8 procentenheter till december 2016.

Härjedalens medarbetare och landstingens genomsnittliga sjukfrånvaro med 1,0 procentenhet jämfört med år 2014.	Sjuktalen i Region Jämtland Härjedalen har under årets första tio månader sjunkit med en procentenhet jämfört med samma period 2016, från 6,54 % till 5,55 %. Hur övriga landsting/ regioner utvecklats är inte känt. De siffrorna presenteras endast efter helår. 2014-12-31: Riket 5,6 %, Jämtland 6,8 % 2016-12-31: Riket 6,2 %, Jämtland 6,6 %

Uppföljning av LUPens beslutade aktiviteter

Samma sjuktal som övriga landet

Aktivitet	Lägesrapport 2017-11-16
Utveckla statistik som enkelt och regelbundet visar; - Sjukskrivningslängd i förhållande till nationella riktlinjer och riket i övrigt. - Andel förlängning av sjukskrivningar utan läkarundersökning/läkarkontakt. - Rehabiliteringsinsatser för män respektive kvinnor. - Sjuktalens förändring över tid. - Sjukskrivnas sysselsättningsgrad.	Regionen har nytt statistikstöd där utfärdade sjukintyg kan följas upp utifrån sjukskrivningsorsak, sjukskrivningslängd, sjukskrivningsgrad mm. Stödet används på hälsocentralerna för analys och dialog. Regionen har inte tillgång till faktisk sjukskrivningsstatistik, efter Försäkringskassans beslut. Sådana uppgifter måste hämtas från Försäkringskassans hemsidor eller beställas från deras analysavdelning. För de tre första punkterna i aktiviteten saknas fortfarande lösning på hur uppgifterna löpande ska kunna erhållas.
Kartlägg aktörer i länet som arbetar för sänkta sjuktal och ökad återgång i arbete.	Kartläggningsuppdraget pågår inom ramen för Samordningsförbundet Jämtlands län.
Utarbeta förslag till utvecklad samverkansmodell inom länet för ökad genomförandekraft.	Samverkansmodell (STR) har utarbetats och implementering pågår vid ett tiotal av länets hälsocentraler. Arbetsgivarna är centrala i arbetet med att sänka sjuktalen. Regionen har startat upp ett projekt, STR-A, som under 2017-2018 ska utveckla och tydliggöra formerna för vårdens dialog med länet arbetsgivare. Projektet finansieras av SKL. Det finns många aktörer i länet som arbetar för sänkta sjuktal och en ökad andel av befolkningen i arbete eller studier. De olika insatserna finansieras via Regionen, kommunerna, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, EU och staten. Överblick och samordning av dessa insatser saknas idag men skulle sannolikt bidra till ett effektivare resursutnyttjande, till nytta för målgruppen. Uppdrag för samordningsförbundet?

Utarbeta förslag till modell för ökad rörlighet i hela regionen.	Inget konkret förslag finns ännu framme.

Brett politiskt samförstånd

Aktivitet	Notering
Utveckla modell för att samhällsekonomiskt beskriva nyttan av investeringar för sänkta sjuktal samt omfördelning av resurser.	Inget konkret förslag finns ännu framme.

En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess

Aktivitet	Notering
Genomför ESF-projektet Process för sänkta sjuktal. När processbeskrivningen är klar ska ett web-baserat utbildningsmaterial utarbetas för att kunna användas på arbetsplatserna.	ESF-projektet har avvecklats men arbetet fortsätter enligt projektets intentioner, finansierat både med medel från ESF och från den statliga överenskommelsen ”En effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess”. Arbetet med att tydliggöra och rutinbeskriva vårdens insatser i sjukskrivningsprocessen har påbörjats och arbetet beräknas kunna slutföras under år 2018. Ett web-baserat utbildningsmaterial i Försäkringsmedicin finns nu tillgängligt i regionen för utbildning av läkare och annan vårdpersonal. Ett web-baserat utbildningsmaterial håller även på att framställas för att hantera frågan om Våld i nära relationer.
Ange mål för utbildning och användande av genushanden hos de enheter som arbetar i multimodala team. Målen ska följas upp och analyseras i relation till lokal sjukskrivningsstatistik	Genushanden ska användas vid sjukskrivning. Genushanden ingår i regionens alla utbildningar i Försäkringsmedicin för läkare och Rehabkoordinatorer. En film som beskriver Genushanden finns tillgänglig bland regionens web-utbildningar.
Ange mål för implementering av rutindokumentet ”Att ställa frågan om våld och hantera svaret”. Patienter inom sjukskrivningsprocessen ska bli tillfrågade om våldsutsatthet och erbjudas stöd när det är påkallat.	Styrgruppen för Jämställd och jämlik verksamhet beslutade juni 2016 att inom Regionen ska frågan om våldsutsatthet ställas på rutin i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer (mödrahälsovården, vuxenpsykiatrin samt samtliga ärenden inom barn- och ungdomspsykiatrin) samt till patienter som står inför eventuell sjukskrivning. Arbetet ska utvärderas. Rutinbeskrivning och systemstöd finns utarbetat och utbildningsinsatser pågår.

Samordnad tidig rehabilitering

Aktivitet	Notering

Tydliggör formerna för samarbete med övriga aktörer i länet.	Formerna för samverkan har klarlagts under året. Försäkringskassa och Arbetsförmedling deltar i Regionens styrgrupp för sjukskrivningsprocessen, där Regiondirektören är ordförande. 4-5 ggr/år Ett försäkringsmedicinskt råd har bildats med representanter från sjukskrivningsprocessen, vården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Rådet är förberedande organ för styrgruppen. • Samordningsförbundet leder samverkan i ett flertal former, bl.a. Loksam. • SIP, STR m.fl. samverkansformer finns för samverkan på individnivå. • Projektet STR-A ska hitta bättre former för samverkan med länets arbetsgivare. Formerna för samverkan är relativt tydliga men den reella samverkan haltar, då verksamheterna är pressade och har svårt att prioritera samverkan. Främst gäller detta Försäkringskassan som i allt minskande omfattning deltar i samverkansmöten. Detta är ett problem, då flera av avvikelserna i sjukskrivningsprocessen handlar just om bristande dialog och samarbete mellan arbetsgivarna, vården och övriga aktörer i länet. För individen kan detta leda till onödigt lång sjukskrivning.
Tydliggör och stärk rehabkoordinatorernas roll på alla hälsocentraler och inom psykiatrin.	I Regionen finns en väl etablerad funktion för Rehabkoordinatorer inom primärvård och vuxen-psykiatri. Förberedelser pågår för inrättande av Rehabkoordinatorer även i övrig specialiserad vård. Rehabkoordinatorerna finansieras med medel från en statlig överenskommelse. År 2018 kommer funktionen att utökas något utifrån ökad efterfrågan och ett breddat uppdrag. Resursfördelningen till primärvården kommer då att vara 1,0 rehabkoordinator per 10 000 listade länsinnevånare i åldrarna 16-67 år.
Utred former för och synliggör nyttan med att sjukskrivande läkare regelbundet analyserar sina sjukskrivningslistor.	En modell för att sjuktalsdialog för sjukskrivande läkare håller på att utarbetats. Modellen testas vid tre hälsocentraler. Rehabkoordinator tar regelbundet ut sjukskrivningsstatistik för distribution till och dialog med hälsocentralernas läkare.
Utveckla rutiner som säkerställer att multimodala teammöten genomförs varje vecka vid berörda enheter.	Rutinen är omarbetad sedan LUPen skrevs. Kravet på möten varje vecka ersätts med krav på möten efter behov, minst en gång per månad. Hälsocentralernas olika storlek påverkar behovet av mötesfrekvens.

Hög kompetens inom försäkringsmedicin

Aktivitet	Notering
Genomför löpande och strukturerat fortbildning och handledning i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper	Utbildningsupplägg finns för läkare och rehabkoordinatorer. Web-baserade utbildningspaket erbjuds övriga medarbetare.

Förbättra för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär.

Aktivitet	Notering
Utveckla system och rutiner för månadsvis uppföljning av följsamhet till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för personer med lindriga och måttliga psykiska diagnoser.	Systemstöd saknas för att månadsvis följa upp sjukskrivningslängd kopplad till diagnos och jämföra med beslutsstödet. Tveksamt om det kommer att kunna låta sig göras under perioden.
Utveckla system och rutiner för att följa upp ålder- och könsfördelning av KBT/IPT-behandlingar. Detta för att säkra en jämn fördelning i befolkningen.	Uppgifter sammanställs och skickas till Försäkringskassan kvartalsvis.
Genomför värdeflödesanalys av vägen in i vården för patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.	Arbete pågår i primärvården med att utveckla rutiner för effektivare mottagande av patienter med psykisk ohälsa och smärta. Värdeflödesanalys är inte gjord.
Utveckla bedömningsstöd som särskilt uppmärksammar risken för medikalisering av vardagslivets problem vid diagnossättning	Ett arbete kring detta har startats upp inom ramen för SKL. Regionen inväntar resultatet. Vid Regionens försäkringsmedicinska utbildningar för läkare diskuteras frågan ingående.
Utveckla modell för samverkan som syftar till att underlätta för yngre personer med psykisk ohälsa att komma in på arbetsmarknaden.	Regionens roll och ansvar i detta bör tydliggöras.
Utveckla bedömningsstöd för patienter med psykisk ohälsa med avseende på funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.	Inte påbörjat.
Utveckla och genomför utbildnings-insatser avseende HBTQ, främst riktad till hälsocentralernas psykosociala enheter.	Inte påbörjat.

Förbättra för personer med muskuloskeletala besvär

Aktivitet	Notering
Tydliggör former och syfte med fördjupade utredningar/bedömningar av patienter med diffusa smärtor i axlar nacke och rygg.	Avser Multimodal utredning och Multimodal behandling där flera specialistfunktioner samverkar kring bedömning och behandling. Formerna för detta har tydliggjorts liksom vilka behandlingar som finansieras med medel från den

	statliga överenskommelsen ”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliterings-process”.
Utveckla system och rutiner för månadsvis uppföljning av följsamhet till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för personer med muskuloskeletala diagnoser.	Systemstöd saknas för att månadsvis följa upp sjukskrivningslängd kopplad till diagnos och jämföra med beslutsstödet. Tveksamt om det kommer att kunna låta sig göras under perioden.
Utveckla system och rutiner för att följa upp ålder- och könsfördelning av MMR 1 och 2.	Uppgifter sammanställs och skickas till Försäkringskassan kvartalsvis.
Genomför värdeflödesanalys av vägen in i vården för patienter med muskuloskeletala besvär väg in i vården.	Arbete pågår i primärvården med att utveckla rutiner för effektivare mottagande av patienter med psykisk ohälsa och smärta. Värdeflödesanalys är inte gjord.
Utveckla bedömningsstöd för patienter med muskuloskeletala besvär med avseende på funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.	Arbetet kopplas till sjukskrivningssituationen. Viss ledning finns i nuvarande bedömningsstöd.

Minska sjukfrånvaron hos Region Jämtland Härjedalens medarbetare

Aktivitet	Notering
Tydliggör organisation och ansvarsfördelning för rehabiliteringsprocessen med avseende på Region Jämtland Härjedalens medarbetare.	Förtydligande har skett, bl.a. med ny folder. Cheferna har ansvaret och personalavdelningen tillhandahåller stöd i processen. Hälsofrämjande teamet är expertfunktion och stöttar vid introduktion, utbildningar och i ärenden. Roller, ansvar och krav på arbetsgivaren kommer delvis att ses över, i arbetet med att skapa en förbättrad process för hälsa och hälsofrämjande arbete, där rehabprocessen ingår.
Utveckla system som möjliggör att löpande ta fram statistik som visar resultatet av rehabiliteringsprocessen, bland annat med avseende på rehabiliteringsinsatser och omplaceringar/avslut.	Utveckling av användandet av hälso-SAM och dess statistik pågår. Där följs insatser, avslut etc.
Utred eventuella samband mellan enheters sjukfrånvaro och olika arbetsmiljöfaktorer såsom bemanningstal, modell för schemaläggning, dygnetruntverksamhet, rutiner vid vakanser, chefsspann etc.	Chefens arbetssituation är av stor betydelse för chefens förmåga att skapa en god arbetsmiljö för arbetsgruppen. I det förebyggande arbetet ingår att vid ohälsa ställa frågor kring orsaker. Insatser pågår för att kartlägga och vidta stödjande åtgärder. Ännu återstår en del arbete innan arbetsmiljön är tillfredsställande.
Arbeta för en positiv inställning och en ökad förståelse hos chefer om betydelsen av att främja återgång i arbetet.	Arbetet är påbörjat och utbildningsinsatser genomförs, bl.a. ”Dialog kring sjukfrånvaro”, en bred chefsutbildning med Hälsofrämjande teamet. Svårigheten att balansera kravet på en fungerande verksamhet med kravet att ge arbetstagarna bra förutsättningar i en anpassad arbetsåtergång behöver diskuteras ytterligare. Proaktivt arbete behövs, ex. samarbete med

	rehabkoordinator och utbildningar i hjärnergonomi och återhämtning. Även rörlighet och tidiga insatser finns med som beslutade åtgärder för att främja tidig återgång i arbete.
Genomför ESF-projektet Hälsofrämjande ledarskap	ESF-projektet har avvecklats men arbetet fortsätter enligt projektets intentioner, finansierat med medel från den ESF och den statliga överenskommelsen ”En effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess”. Ett tjugotal chefer från Regionen och fem av länets kommuner har genomfört en 1,5-årig utbildningsinsats med stöd av Mittuniversitetet. Utbildningsinsatsen är beforskad och de första resultaten presenteras nu i november. Studien visar bl.a. på signifikanta samband mellan chefers arbetssituation och medarbetarnas upplevelser av sin arbetsmiljö.

9

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av folkhälsa

RS/1824/2017

2017-12-08

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Göran Hallman
Tfn: 063-14 65 24
E-post: goran.hallman@regionjh.se

RS/1824/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av folkhälsa

Ärendebeskrivning

I bifogad redovisning framgår att Region Jämtland Härjedalen bidrar på flera olika sätt till de fyra utvecklingsområden som är det politiska samordnade fundamentet i länets Folkhälsopolicy 2015 - 2019. Båda förvaltningarna inom Region Jämtland Härjedalen genomför aktiva insatser inom egna ansvarsområden. Det framgår dock att möjligheten till en bättre samordning av samtliga insatser kan utvecklas i form av en folkhälsoprocess där det framgår vem som levererar och vad som levereras.

Syftet med det är att förbättra det tydligt utpekade befolkningsperspektivet. Detta kommer innebära ett minskat mätande av vårdproduktion till förmån för resultat i befolkningens hälsa.

Regiondirektörens förslag

Regiondirektören får i uppdrag att:

- Beskriva huvudprocessen för hälsa – politisk inriktning HiaP, Hälsa i alla politikområden.

- Identifiera och ta fram en processbeskrivning över de ansvariga leverantörerna till processen där Samordna, Mäta, Styra och Följa upp folkhälsoprocessen måste bli tydliga ledord.

- Göra en översyn av primärvårdens folkhälsoorganisation och ge förslag på åtgärder som motsvarar behoven för en samordnad process i folkhälsoarbetet.

- Identifiera politisk ”mottagare” i form av politiker som beställer uppdraget – Samordna genom att återinföra ett Folkhälsoråd bestående av beslutsfattare från de olika leverantörerna under ledning av en högsta ansvariga tjänsteman för att medge tydlig styrning mot gemensamma uppdraget.

- Beräkna de olika insatserna (investeringsvolymen i hälsa men inte mätt i vårdproduktion) d.v.s. hur mycket investerar vi i hälsoutveckling?

- Införa ett Hälsoprocessbokslut – årlig redovisning som inte är fragmentiserad på förvaltnings-/verksamhetsnivå utan en sammanställd totalredovisning på koncernnivå av hur mycket som investeras i hälsoutveckling – inte vårdproduktion.

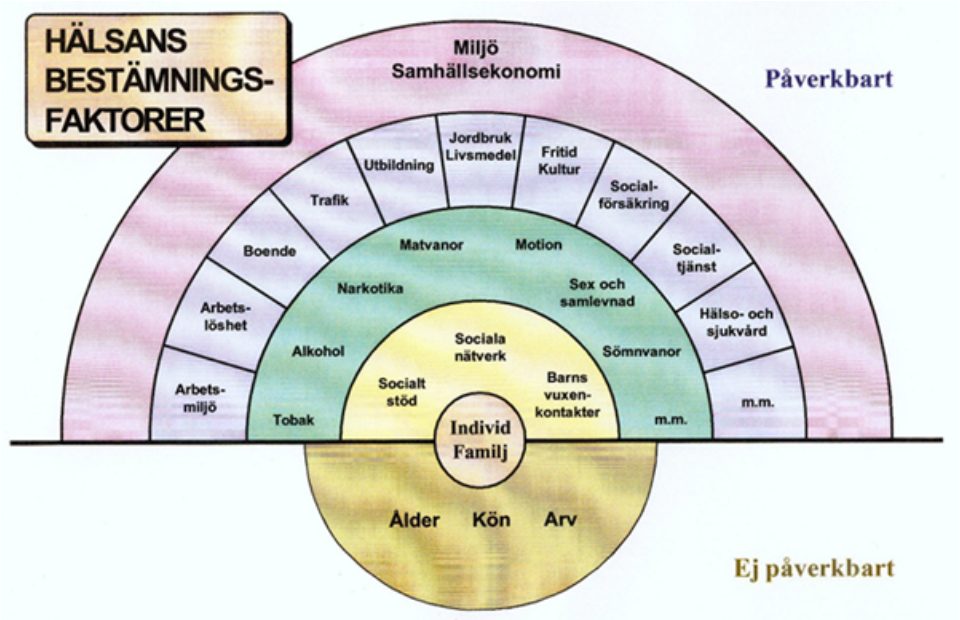
I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd

Utdrag till

Regiondirektören
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd
Folkhälsopolitisk strateg Göran Hallman
Bitr primärvårdschef Anna Fremner
Chef Folkhälsoenheten Susanne Högberg
Chef Utvecklingsavdelningen Lars Eriksson



FOLKHÄLSOPOLICY 2015 – 2019

UTVECKLINGSOMRÅDEN

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

INSATSER

PROCESSORIENTERAT SAMORDNAT SYNSÄTT

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPOLITISKA AVD.

INNEHÅLL

1 FOLKHÄLSA - ALLAS ANSVAR 5
1.1 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN - FOLKHÄLSA 5
1.2 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN FOLKHÄLSOARBETE 6
1.3 LÄNETS FOLKHÄLSOPOLICY 2016 – 2019 6
2 FOLKHÄLSA – EN BEGREPPSFYLLD VÄRLD 8
2.1 BESTÄMNINGSFAKTORER FÖR HÄLSA 8
2.2 EMPOWERMENT 8
2.3 EVIDENS 8
2.4 FOLKHÄLSOARBETE 9
2.5 HÅLLBAR UTVECKLING 9
2.6 FOLKHÄLSA 9
2.7 HÄLSA 9
2.8 HÄLSA I ALLA POLITIKOMRÅDEN - HEALTH IN ALL POLICIES (HIAP) 10
2.9 HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE 10
2.10 HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD 11
2.11 HÄLSOFRÄMJANDE LANDSTING 11
2.12 LIVSVILLKOR & LEVNADSVANOR 12
2.13 OJÄMLIKHET I HÄLSA 12
2.14 PREVENTION/SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE 12
2.15 RISKFAKTORER 13
2.16 SALUTOGENES 13
2.17 SKYDDSFAKTORER 13
2.18 SOCIAL HÅLLBARHET 13
3 DE FYRA UTVECKLINGSOMRÅDENA 15
3.1 TRYGGA UPPVÄXTVILLKOR 15
3.1.1 Utgångspunkt 15
3.1.1.1 Primärvårdens uppdrag inom området trygga uppväxtvillkor 16
3.1.1.2 Folkhälsoenhetens uppdrag inom trygga uppväxtvillkor 16
3.1.1.3 Utvecklingsavdelningens uppdrag inom området trygga uppväxtvillkor 17
3.1.1.4 Regional utvecklings uppdrag inom området trygga uppväxtvillkor. 17
3.2 **UTBILDNING OCH ARBETE 18**
3.2.1 Utgångspunkt 18
3.2.1.1 Primärvårdens uppdrag inom området utbildning och arbetet 19
3.2.1.2 Folkhälsoenhetens uppdrag inom området utbildning och arbete 19
3.2.1.3 Utvecklingsavdelningens uppdrag inom området utbildning och arbete 20
3.2.1.4 Regional utvecklings uppdrag inom området utbildning och arbete 20

3.3 HÄLSOFRÄMJANDE MILJÖ 21
3.3.1 Utgångspunkt 21
3.3.1.1 Primärvårdens uppdrag inom området hälsofrämjande miljö 21
3.3.1.2 Folkhälsoenhetens uppdrag inom området hälsofrämjande miljö 22
3.3.1.3 Utvecklingsavdelningens uppdrag inom området hälsofrämjande miljö 23
3.3.1.4 Regional utvecklings uppdrag inom området hälsofrämjande miljö 24
3.4 DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE 26
3.4.1 Utgångspunkt 26
3.4.1.1 Primärvårdens uppdrag inom området delaktighet och inflytande 26
3.4.1.2 Folkhälsoenhetens uppdrag inom området delaktighet och inflytande 26
3.4.1.3 Utvecklingsavdelningens uppdrag inom området delaktighet och inflytande 27
3.4.1.4 Regional utvecklings uppdrag inom området delaktighet och inflytande 27
4 HÄLSORELATERAT - ÖVRIG VERKSAMHET 29
4.1 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN - ROLL I SAMVERKANSFORMEN MOBILISERING MOT DROGER 29
4.2 HFS – NÄTVERKET I SVERIGE NÄTVERKET FÖR HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD 30
4.3 EXEMPEL PÅ HÄLSOFRÄMJANDE INSATSER INOM LÄNSSJUKVÅRDEN 31
5 FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG 32
6 FOLKHÄLSOPOLICY 2016 – 2019 33
7 BILAGOR 34
7.1 BILAGA TILL REGIONSTYRELSENS UPPFÖLJNING 2017 AV VÅLD I NÄRA RELATION (DNR RS/1285/2017) 34
7.2 BILAGA TILL REGIONSTYRELSENS UPPFÖLJNING 2017 NATIONELLA MINORITETER (DNR RS/1284/2017) 36
7.2.1 Psykisk hälsa bland samer 36
7.2.2 Sydsamiskt hälsocentrum 36
7.2.3 Samverkan med övriga landsting 37
7.2.4 Samverkan med Norge 37
7.2.5 Övrigt 37
7.3 BILAGA TILL REGIONSTYRELSENS UPPFÖLJNING 2017 AV BARNETS RÄTTIGHETER (DNR RS/1283/2017) 39
7.3.1 Barnkonventionen i verksamhetsutvecklingen 39
7.3.2 Utveckla rutiner för upptäckt av barn som far illa eller riskerar fara illa 40
7.3.3 Barnombudens roll 40
7.3.4 Rutin för samtal med barn som anhöriga 41
7.3.5 Övrigt 41

1 FOLKHÄLSA - ALLAS ANSVAR

Detta dokument är en sammanföring av olika insatser identifierade inom Region Jämtland Härjedalens ansvarsområden inför en redovisning till styrelsen 2017-12-12. Den utger sig inte för att vara komplett.

Den folkhälsopolicy som finns framtagen för Jämtlands län 2016 – 2019 fokuserar på den goda positiva hälsan – salutogent perspektiv. Detta innebär att vi vill skapa bästa möjliga förutsättningar för att varje medborgare i vårt län ska kunna känna ett välbefinnande utifrån sina egna möjligheter. För genom att skapa de bästa förutsättningarna och minska ner trösklarna i samhället ges varje människa möjligheter att forma sitt eget liv. Folkhälsopolicyn beskriver också hur vi i vårt län vill arbeta och samverka för en bättre hälsa. Samtliga fullmäktigeförsamlingar har gemensamt antagit vår folkhälsopolicy. Detta skapar en stark plattform och bas på vilket vi kan bygga vår samverkan.

Omslagets bild på detta dokument visar på den omfattning och mångfacetterade struktur som kopplas till ett holistiskt folkhälsoperspektiv där hälsa är en viktig komponent i alla politikområden samt operativa verksamheter.

Region Jämtland Härjedalen är verksamt inom denna mångfacetterade struktur med olika insatser från både hälso- och sjukvårdsförvaltningen såväl som regionala utvecklingsförvaltningen. I detta dokument kopplas de olika insatserna som görs i Region Jämtland Härjedalen till de fyra utvecklingsområdena som en del av den uppföljning som genomförs av regionens verksamhet. Vissa sakområden – Våld i nära relationer, Nationella minoriteter, Barnets rättigheter – med koppling till folkhälsa har redovisats till styrelsen som separata ärenden vid augustimötet 29/8–2017. Dessa sakområdesredovisningar finns infogade som bilagor till detta dokument.

1.1 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN - FOLKHÄLSA

Region Jämtland Härjedalen genomgick en övergripande organisationsförändring 2016-01-01 vilket även påverkade den funktionella placeringen av dåvarande Folkhälsocentrum (FHC). FHC lades ner som egen verksamhet och fördes över till den nyinrättade Utvecklingsenheten inom Regionstaben.

Av Regiondirektörens beslut framgår:
”Regionstaben förändras för att förstärka och förbättra det stöd till 1:a och 2:a linjens chefer som är omorganisationens syfte. Regionstaben ska också vara stöd till förvaltningscheferna. Regionstaben har förutom det uppdraget också uppdrag att vara stöd till den politiska organisationen och Regiondirektören samt att uppfylla omvärldens krav på Region Jämtland Härjedalen som myndighet. ”

Den Folkhälsopolitiska strategen överfördes till Hälso- och Sjukvårdspolitiska avdelningen vilken har som uppgift att arbeta mot högsta ledning och politiker.

Den till Utvecklingsenheten överförda folkhälsokompetensen (fd Folhälsocentrum) har därefter i huvudsakliga delar överförts till primärvården. Där benämns denna gruppering av kompetenser

Folkhälsoenheten med egen chef men är funktionellt underställd bitr. primärvårdschefen. Denna har det organisatoriska huvudansvaret och tituleras Folkhälsochef.

Insatser för en förbättrad folkhälso utförs inte bara av Folkhälsoenheten ut sker inom flera olika delar av regionens organisation. Detta har fått till följd att det är en fragmentiserad ej sammanhållen process som utförs då olika förvaltningar och verksamheter utgår från olika uppdrag.

På regionala utvecklingsförvaltningen finns ett flertal områden som ingår i det övergripande folkhälsoperspektivet – men utförs som uppdrag med särskild finansiering från kommunerna. Dessa kompetenser och kunskaper är inte tydligt ingående i Region Jämtland Härjedalens samlade folkhälsoprocess utan räknas som kommunala uppdrag direkt finansierade av kommunerna med dessa som mottagare.

Folkhälsoinsatserna förväntas numer med den placering som genomförts av Folkhälsoenheten enligt tidigare beslut i styrelsen ge en direkt effekt genom att primärvården får en tydligare roll. Men fortsatt förväntas hela organisationen bidra till en förbättrad folkhälsa.

1.2 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN FOLKHÄLSOARBETE

Allt planerings- och uppföljningsarbete och därmed målen utgår från fyra områden: **samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsuppföljning**. Dessa områden bygger på de politiska beslut som fastställts i regionplanen. Utöver dessa områden finns också ett antal länsövergripande dokument som påverkar hela länets utveckling och som Region Jämtland Härjedalen har att förhålla sig till i sitt utvecklingsarbete. Den regionala utvecklingsstrategin (RUS) är ett viktigt styrdokumentet på denna nivå. Strategin fastställs av regionfullmäktige och är basen för arbetet med konkreta mål och aktiviteter inom prioriterade områden för utveckling och hållbar tillväxt i hela Jämtland Härjedalen.

Ett antal länsövergripande styrdokument som påverkar regionens insatser inom folkhälsoområdet finns framtagna:

- Vår hälsa länets möjlighet, Folkhälsopolicy för Jämtlands län 2016-2019,
- Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025
- Regional ANDT-strategi för Jämtlands län 2015–2020
- Kulturplan för Region Jämtland Härjedalen 2015-2018
- Jämtlands läns ungdomsstrategi 2014 – 2020

1.3 LÄNETS FOLKHÄLSOPOLICY 2016 – 2019

Vår hälsa – länets möjligheter, Folkhälsopolicyn 2016 – 2019 har tagits fram och antagits av politiker från samtliga länets kommuner samt i regionfullmäktige. Administrativt ansvarig för policyns genomförande är Region Jämtland Härjedalen. För att möjliggöra Folkhälsopolicyns intentioner har ett rådgivande politiskt nätverk etablerats. Folkhälsopolicyns politiska- och tjänstemannanätverk heter Folkhälso Z och utgör Jämtlands läns folkhälsopolitiska samrådsorgan

för samtliga länets kommuner, Region Jämtland Härjedalen samt privata aktörer med övergripande uppgift att i samverkan löpande följa och aktivt driva folkhälsoutvecklingen inom ramen för den gemensamt antagna Folkhälsopolicyn i länet. Ansvaret att leda Folkhälso Z görs genom att en ordförande och vice ordförande tillsätts representerande Region Jämtland Härjedalen samt länets kommuner. Folkhälso Z är rådgivande organ till regionens samverkans råd där samtliga kommunala nivåer är representerade. Administrativa funktionen ansvaras för av folkhälsopolitisk strateg på Region Jämtland Härjedalen.
Ansvaret att revidera, kommunicera och samordna centralt stöd avseende folkhälsopolicyn ligger hos Region Jämtland Härjedalen.

Visionen i policyn är ”Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län”. I folkhälsopolicyn finns en rekommenderad riktning och med den som stöd ska respektive kommun ta fram egna handlingsplaner utifrån sina förutsättningar.

Länets politiker har enats om fyra viktiga insatsområden där bästa möjliga effekt kan förväntas efter genomförda utvecklingsinsatser;

- trygga uppväxtvillkor,
- utbildning och arbete,
- hälsofrämjande miljö
- delaktighet och inflytande

Den folkhälsopolicy som finns för Jämtlands län 2016 – 2019 fokuserar på den goda positiva hälsan – salutogent perspektiv. Detta innebär att länet vill skapa bästa möjliga förutsättningar för att varje medborgare i vårt län ska kunna känna ett välbefinnande utifrån sina egna möjligheter.

Policyn är inriktad mot vad som kan göras politiskt för att detta välbefinnande ska infinna sig. För genom att skapa de bästa förutsättningarna och minska ner trösklarna i samhället ges varje människa möjligheter att forma sitt eget liv.

Folkhälsopolicyn beskriver också hur vi i vårt län vill arbeta och samverka för en bättre hälsa. Samtliga fullmäktigeförsamlingar har gemensamt antagit vår folkhälsopolicy. Detta skapar en stark plattform och bas på vilket vi kan bygga vår samverkan. Samverkan sker igenom det nätverk av politiker och tjänstemän som arbetar aktivt med att göra folkhälsopolicyn verklig – Folkhälso Z.

Region Jämtland Härjedalen har specialistkompetens som kommer utgöra stöd till respektive kommun när de utformar sina egna handlingsplaner och aktiviteter för sin egen befolkning.
Detta eftersom det i länets kommuner råder olika förutsättningar ekonomiskt, geografiskt men också personellt i hur mycket aktiviteter som kan genomföras. Syftet är dock att genom samverkan göra det så gott som möjligt för så många som möjligt.

2 FOLKHÄLSA – EN BEGREPPSFYLLD VÄRLD

Inom folkhälsans område förekommer ett antal olika begrepp. Dessa har implicit påverkan på vad som avses utföras, vem som ska utföra och i vilken mån detta är relaterat till individperspektiv eller samhällsperspektiv.

2.1 BESTÄMNINGSFAKTORER FÖR HÄLSA

Folkhälsovetenskaplig text definierar en bestämningsfaktor som varje faktor som påverkar hälsotillståndet. Vissa bestämningsfaktorer går att påverka så som levnadsvanor och arbetsmiljö. Andra är fasta, som våra gener.

Begreppet fick stort genomslag i Sverige genom betänkandet Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Där introducerades idén att i folkhälsoarbetet utgå från bestämningsfaktorerna istället för enskilda sjukdomar. De viktigaste påverkningsbara bestämningsfaktorer är betydligt färre än antalet sjukdomar, och ofta möjliga att påverka på politisk väg.

Användningen av begreppet bestämningsfaktorer bygger vidare på tanken att hälsoproblem uppkommer som ett resultat av en kedja av händelser. Det viktigaste är att statistiskt säkerställa ett samband mellan en bestämningsfaktor och ett hälsoutfall, inte att beskriva exakt hur den kedjan ser ut. En stor utmaning är att skilja ur de påverkande faktorerna från andra förvillande faktorer.

Begreppet är nära kopplat till riskfaktorer och skyddsfaktorer.

2.2 EMPOWERMENT

Empowerment är ett begrepp som används inom många olika discipliner och delvis tar olika uttryck beroende på vilket ämne och vilken grupp det hänvisar till. Inom folkhälsoarbetet är det främst aktuellt som en metod inom det hälsofrämjande arbetet. Utgångspunkten är att varken individer eller samhällen kan nå en god hälsa/folkhälsa utan att själva kunna styra över de förhållanden som bestämmer vår hälsa.
I mötet med individer handlar empowerment om att genom olika former av stöd, till exempel samtal, hjälpa människor att ta kontroll över sina levnadsvanor. I arbetet med samhällsgrupper eller bostadsområden handlar det om att försöka ge människor stöd att själva identifiera vad som behöver utvecklas, samt själva föreslå och delta i olika aktiviteter för att förbättra levnadsvillkoren och därigenom hälsan.

Empowerment är med andra ord en process, snarare än ett tillstånd och kan omfatta hela livet.

2.3 EVIDENS

Ordet evidens kommer från latinets *evidentia* som betyder tydlighet men som i detta sammanhang kan översättas med bevis om (eller vetenskapligt stöd för) insatsers effekter.

Vetenskapliga bevis om insatsers effekter är en viktig del av den evidensbaserade praktiken. Men evidens är inte ett absolut tillstånd utan det handlar om graden av tillförlitlighet, den bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen. I ett andra steg definieras evidens efter vilka kriterier som forskarsamhället kommit överens om ska gälla för att en studie ska anses hålla hög kvalité.

2.4 FOLKHÄLSOARBETE

Folkhälsoarbete kallas även för hälsofrämjande arbete. Det innefattar planerade och systematiska insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Folkhälsoinsatserna kan bedrivas av många olika samhällsaktörer och riktas till hela samhället, grupper och individer. Fokus ligger på friskfaktorer och skyddsfaktorer, som håller människor friska och främjar välbefinnande och livskvalitet.

2.5 HÅLLBAR UTVECKLING

Begreppet hållbar utveckling etablerades av Brundtland-kommissionen 1987 och definieras som "en utveckling som tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina egna behov".

Hållbar utveckling brukar därefter brytas ner i olika aspekter, där den traditionella indelningen är miljömässiga, sociala och ekonomiska aspekter på mänsklighetens utveckling.

2.6 FOLKHÄLSA

En definition är: ”Ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd, som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan.” Ytterligare en definition lyder: "Hälsa är en resurs för individen medan folkhälsa är ett mål för samhället".

2.7 HÄLSA

Hälsan låter sig inte definieras en gång för alla, men här är två exempel på beskrivningar som framhåller olika aspekter av tillståndet:

Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom. WHO 1946.

Ett mer folkligt betraktelsesätt är: Hälsa är att må bra samt att ha tillräckligt med resurser för att klara vardagens krav och för att förverkliga sina personliga mål.
Detta symboliseras tydligt i den av Prof. Peter Hjorts framtagna modellen som handlar om att bygga upp individuellt överskott av resurser inför besvärligare situationer, dvs öka möjligheten att motstå påfrestningar i livet och därigenom inte hamna under den nivå som kräver vårdinsatser för att åter

nå en balans i livet. Här framträder en tydlig skillnad mellan främja (promotion) och förebygga (prevention).

2.8 HÄLSA I ALLA POLITIKOMRÅDEN - HEALTH IN ALL POLICIES (HIAP)

Hälsa i alla politikområden är ett förslag på ett sätt att organisera folkhälsoarbetet som utgår från att de flesta av hälsans bestämningsfaktorer finns utanför hälsoområdet. HIAP beskrivs i EU-fördraget som att folkhälsoåtgärder ska ingå i alla relevanta politikområden.

HiAP ska på ett systematiskt vis lyfta fram alla politikområden som påverkar folkhälsan och analysera dessa för att hitta positiva synergieffekter och undvika skadliga dito. Ansatsen ska också öka möjligheten att utkräva ansvar för de effekter som beslut inom andra politikområden har på människors hälsa.

2.9 HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE

Hälsofrämjande arbete kan betyda alla insatser med syfte att främja hälsa och hantera sjukdom. Begreppet signalerar dock för det mesta något mer, att man tar utgångspunkt i de grundläggande orsakerna till ohälsa, varför politiken och dess genomförande är viktiga arbetsområden. I en av de äldsta och mest etablerade definitionerna uttrycker WHO det som följer:

”Hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den. För att nå ett tillstånd av fullständigt fysisk, mentalt och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera sina strävanden och bli medvetna om dem, tillfredsställa sina behov och förändra eller bemästra miljön. Hälsa skall därför ses som en resurs i vardagslivet och inte som målet i tillvaron”. Texten är hämtad från WHO Ottawa Charter on Health Promotion och är basen för vårt läns Folkhälsopolicy 2016 – 2019.
Ett tillägg kom 2005 från WHO, denna gång genom ”The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World”. I tillägget förtydligas kopplingen till mänskliga rättigheter och hälsans bestämningsfaktorer.

Ett annat vanligt och enkelt sätt att definiera hälsofrämjande arbete är “att göra det hälsosamma valet det enklare valet”.

2.10 HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Utmärkande för en Hälsofrämjande Hälso- och sjukvård är ett bredare samhälleligt perspektiv på dess roll. Det kräver samverkan med olika samhälleliga insatser då många nödvändiga åtgärder ligger utanför hälso- och sjukvårdens områden. En hälsoorientering av Hälso- och sjukvården innebär en breddning av fokus, en referensramsförändring, en förskjutning i synen på vilka kunskaper och arbetssätt som är mest effektiva för att främja hälsa och förebygga sjukdom. En Hälsofrämjande Hälso- och sjukvård ska utveckla förhållningssätt som stärker individens egna resurser och därmed hälsan. Det innebär att målet inte enbart definieras i biologiska och medicinska termer, det är därtill viktigt att patientens egenupplevda hälsa och välbefinnande värderas.

2.11 HÄLSOFRÄMJANDE LANDSTING

I ett tidigare inriktningsbeslut av dåvarande regiondirektör Björn Eriksson pekades på vikten av att skapa en god hälsa i befolkningen ut som ett uppdrag för hela regionens verksamhet. Genom att stärka hälsoperspektivet i regionens verksamheter skulle fokus ligga på hälsa och livskvalitet. Verksamheterna skulle därigenom stödja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper inte bara genom att erbjuda god vård. Åtgärder som bör vidtas bör genomföras så att människor inte blir patienter i onödan. En hälsofrämjande Region Jämtland Härjedalen har en helhetssyn på människors hälsa, som även innefattar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder.

För att åstadkomma en hälsoorientering inom verksamheterna är kompetens inom området avgörande. Personalen behöver en kompetens om vad som skapar hälsa, både grundläggande och som vidareutbildning. Region Jämtland Härjedalen har även ansvar för att främja en positiv

hälsoutveckling hos den egna personalen. Detta återfinns i styrelsens verksamhetsplan för 2018 som ett folkhälsomål riktat till en kunskapshöjande insats för regionens chefer.

2.12 LIVSVILLKOR & LEVNADSVANOR

Livsvillkor och levnadsvanor är begrepp som används flitigt inom folkhälsoarbetet. Det som i allmänhet åsyftas är förhållanden som omger en individ (livsvillkor så som bostad, arbete och lagstiftning) respektive en individs egna agerande (levnadsvanor så som kosthållning, avslappning och fysisk aktivitet). Någonstans där emellan finns de sociala mellanmänskliga faktorerna som en individ ingår i. Tillsammans med fasta individuella faktorer så som genetisk uppsättning utgör de den vanligaste modellen för hur hälsa skapas, illustrerad av Dahlgren & Whitehead 1991 i Policies and strategies to promote social equity in health. (Se detta dokuments framsida).

Det finns ingen exakt gräns för vad som utgör villkor respektive vanor. Poängen med att lyfta fram skillnaden är att forskning visar oss att livsvillkoren i allmänhet är en förutsättning för levnadsvanorna.

2.13 OJÄMLIKHET I HÄLSA

Det finns ojämlikhet i hälsa när vi har systematiska skillnader i hälsa som bedöms vara åtgärdbara genom rimliga åtgärder globalt eller inom samhället. Detta etablerades som ett begrepp i den s.k. Marmotrapporten 2008 ”Closing the gap in a generation” samt har nyligen manifesterats i det kunskapsmaterial som Kommissionen för Jämlik hälsa producerat utifrån motsvarande kartläggning i Sverige. Kommissionens huvudsakliga fokus har varit på hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället samt mellan kvinnor och män. Kommissionens uppdrag har bestått av två delar dels att föreslå åtgärder som kan bidra till att hälsoskillnaderna minskar dels att arbeta på ett utåtriktat och inkluderande sätt och bidra till samhällsdebatten. Till grund för uppdraget ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Våren 2017 beslutade regeringen att förlänga den del av kommissionens uppdrag som rörde det utåtriktade arbetet. I augusti 2016 överlämnade Kommissionen sitt första delbetänkande ”Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete”. I januari 2017 överlämnades det andra delbetänkandet ”För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket”. I juni 2017 överlämnade Kommissionen sitt slutbetänkande ”Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa”. Under utredningstiden har Kommissionen publicerat nio underlagsrapporter och fyra underlagspromemorior. Syftet med underlagen har i första hand varit att presentera ett kunskapsunderlag som legat till grund för Kommissionens arbete med att ta fram förslag men även för att sprida kunskap och bjuda in till en diskussion om hur hälsoklyftorna ska kunna minskas.

2.14 PREVENTION/SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE

Sjukdomsförebyggande arbete är insatser i syfte att undanröja risker och orsaker till sjukdomar. Arbetet riktas till individer eller grupper med en känd ökad risk att drabbas av någon bestämd sjukdomsgrupp.

Prevention brukar delas in i tre stadier:
Primärprevention – syftar till att minska incidensen i en sjukdom, eller arbete för att förhindra att ett visst beteende uppstår, till exempel förebygga att unga börjar röka.
Sekundärprevention – syftar till att få något pågående att upphöra. Det kan vara att minska prevalensen av en sjukdom, minska prevalensen av någon medicinsk definierad ohälsa som högt blodtryck eller minska förekomsten av ett riskbeteende som hög alkoholkonsumtion. Även tidig upptäckt av ohälsa räknas in här.
Tertiärprevention – syftar till att minska effekterna av något som redan inträffat. Det kan vara att minska effekterna av ett handikapp, rehabilitering eller förhindra återfall.

Begreppet prevention kan skapa förvirring i dagligt arbete då olika aktörer ger begreppen olika innebörd.

2.15 RISKFAKTORER

Egenskap eller förhållande som indikerar ökad risk för att en person ska få en eller flera sjukdomar. Det kan också uttryckas som ett visst mått av sannolikhet för att en sjukdom ska utvecklas. Exempel på riskfaktorer är rökning och arbetslöshet.

2.16 SALUTOGENES

Salutogenes betyder hälsans ursprung och härrör från latinets *salus*, hälsa, och grekiskans genesis, ursprung. Begreppet myntades av Aaron Antonovsky i boken ”Hälsans mysterium” och används främst i relation till densammes teorier om ”känsla av sammanhang”, KASAM-begreppet.

2.17 SKYDDSFAKTORER

Skyddsfaktorer och friskfaktorer främjar hälsa och förebygger ohälsa. Exempel på friskfaktorer är fysisk aktivitet och trivsel i skolan, medan god ekonomi och nära relationer är exempel på skyddsfaktorer. Friskfaktorer och skyddsfaktorer är utgångspunkterna för det hälsofrämjande perspektivet.

2.18 SOCIAL HÅLLBARHET

Av alla begrepp i denna lista är social hållbarhet förmodligen det svåraste att definiera. Ett enkelt sätt att uttrycka det är att social hållbarhet innebär en utveckling där framtida generationer ska ha lika god eller bättre tillgång till sociala resurser som dagens generation, i analogi med definitionen för hållbar utveckling.

Vad detta mer specifikt betyder och innefattar beror ännu på vem som tillfrågas. Det vanligaste sättet att definiera begreppet i praktiskt arbete är att lista olika aspekter av samhällslivet, 2011 definierade SKL till exempel begreppet så här på sin hemsida:

"Förutom folkhälsa rymmer begreppet bland annat frågor som urban utveckling, jämställdhet och mångfald, mänskliga rättigheter, kultur, delaktighet och inflytande samt brottsförebyggande arbete. Begreppet är också vanligt förekommande i arbetet för att uppnå en hållbar utveckling inte minst i regionala utvecklingsplaner."

Inom folkhälsoarbetet har begreppet fått en tydlig koppling till insatser för minskad ojämlikhet i hälsa. En ojämlik hälsa antas spegla ett samhälle med sociala klyftor, och ett sådant samhälle antas i sin tur stå i vägen för social hållbarhet. Den sociala dimensionen betraktas som målet för hållbar utveckling, det vill säga alla människors rätt till ett värdigt liv och rätten att få sina behov tillfredsställda utan att den miljömässiga dimensionen, den yttre gränsen, överskrids.

3 DE FYRA UTVECKLINGSOMRÅDENA

Nedan beskrivs den omfattande verksamhet som utförs inom Region Jämtland Härjedalen olika förvaltningar och verksamheter avseende utvecklingen av en god hälsa i hela befolkningen. Beskrivningen omfattar de olika verksamheternas bidrag relaterat till de i Folkhälsopolicy 2016 – 2019 utpekade utvecklingsområdena. Viktigt att påpeka är att detta är en ofullständig beskrivning då i princip allt som regionens verksamheter genomför är till för att ge medborgarna ett så gott liv som möjligt. Därför kan olika betraktare och läsare uppfatta att viktiga komponenter fattas i beskrivningen. Olika verksamheter har också olika sätt att redovisa sina insatser vilket i sin tur medför att denna redovisning inte är homogen utan representerar den mångfacetterade verksamhet som bedrivs i Region Jämtland Härjedalen.

3.1 TRYGGA UPPVÄXTVILLKOR

3.1.1 Utgångspunkt

Förhållanden under barn- och ungdomsåren har stor betydelse för både den psykiska och fysiska hälsan under hela livet. (Folkhälsomyndigheten, 2017)

De viktigaste bestämningsfaktorerna för barns hälsa är familjeförhållanden, skolförhållanden och fritidsförhållanden.

En ökning av psykosomatiska symtom som oro och nedstämdhet, sömnbesvär, trötthet och huvudvärk bland unga i skolåldern, stressrelaterade symtom bland framförallt flickor och ökat antal unga som vårdas på sjukhus för depression och ångest är några exempel på den oroande utvecklingen. (Folkhälsomyndigheten, 2017)

Utifrån resultatet från rapporten Skolelevers hälsa och levnadsvanor , Länsrapport läsår 2015-2016 Hälsosamtalet i skolan har ett antal prioriteringar föreslagits;

- Arbetet med hälsa och välbefinnande bland flickor behöver prioriteras
- Den fysiska aktiviteten är en levnadsvana som behöver stärkas och
- Fortsatt arbete för att begränsa utvecklingen av övervikt och fetma

- Övergripande utmaningar som finns är att hälsoläget skiljer sig mellan de lägre och högre årskurserna och att skillnaden i hälsa mellan könen ökar med ålder.

3.1.1.1 Primärvårdens uppdrag inom området trygga uppväxtvillkor

Exempel på pågående insatser i primärvården som är riktade till barn och ungas uppväxtvillkor:

- Familjecentraler.
- Uppdraget i mödravården och barnavården.
- Information till elever i skolan.
- Barnmorska med samisk kompetens som, ska vara ett stöd till familjer med samiskt ursprung.
- Barnmorska med kompetens i Asylfrågor, ska vara ett stöd till asylfamiljer

3.1.1.2 Folkhälsoenhetens uppdrag inom trygga uppväxtvillkor

Övergripande uppdrag inom området trygga uppväxtvillkor

- Ge metodstöd vid införandet av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser **riktade till barn och unga** för länets aktörer
- Ge kunskap- och metodstöd som vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet kring barn och ungas uppväxtvillkor
- Kommunicera och samordna centralt stöd avseende folkhälsopolicyn i Jämtland Härjedalen.
- Följa och aktivt medverka till kunskapsuppbyggnad inom området.
- Öka medvetenheten om hur man kan arbeta för att minska sociala skillnader i hälsa mellan olika grupper
- Genom folkhälsorapportering möjliggöra nulägesbeskrivning, behovsanalyser för befolkningsinriktade hälsoutvecklingen gällande barn och unga i Jämtlands län.

Exempel på pågående insatser på folkhälsoenheten som är riktade till barn och ungas uppväxtvillkor

- I enlighet med avtal samverka med länets skolhuvudmän kring Hälsosamtalet i skolan
- I enlighet med uppdrag regionalt ansvar för att samordna länets föräldra-skapsnätverk
- Sprida resultatet i Länsrapport för Hälsosamtalet i skolan,

- Minska nyrekryteringen av tobaksbrukare bland barn och unga bl.a. genom att samordna arbetet med den tobaksförebyggande metoden Tobaksfri duo i samverkan med länets kommuner.

- Årligen samordna inspirationsdagen som riktar sig till länets pedagoger Rörelsens betydelse för lärande och hälsa

- Främja arbetet med en god och likvärdig sex- och samlevnadsundervisning för länets elever genom utbildning riktad till skolpersonal.

- Främja barn och ungas sexuella välbefinnande genom utbildning till personal inom BVC, förskola, grund- och gymnasieskola kring rätten till sin egen kropp, att sätta gränser, ömsesidighet och kommunikation.

3.1.1.3 Utvecklingsavdelningens uppdrag inom området trygga uppväxtvillkor

- Ge stöd till vårdverksamheterna att uppmärksamma anhöriga barns behov av information, råd och stöd.

3.1.1.4 Regional utvecklings uppdrag inom området trygga uppväxtvillkor.

Exempel på pågående insatser på regional utveckling som är riktade till trygga uppväxtvillkor

Projekt psykisk hälsas uppdrag inom trygga uppväxtvillkor

Sedan 2015 har stimulansmedel inom område psykisk hälsa utbetalats årligen till Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner. Inför 2017 beslutade Region Jämtland Härjedalen och länets 8 kommuner för att samla en del av de erhållna medlen till regional nivå, för gemensamma aktiviteter och insatser på område psykisk hälsa (Projekt psykisk hälsa inom Regional utvecklingsförvaltning). Arbetet utgår från de mål och aktiviteter som inryms i "*Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen - Område psykisk hälsa 2016-2020*".

- För att samordna det länsövergripande arbetet inom ramen för handlingsplanen har regionala samordnare anställts, varav en arbetar 50% med de mål i handlingsplanen som rör barn och unga och en 50% med de mål som rör vuxna.
- Under 2017 har en länsövergripande analys genomförts avseende den psykiska hälsan hos länets barn och unga (upp till 24 år). Analysen har visat vilka behov som finns hos målgruppen och har resulterat i mål som syftar till att stärka den psykiska hälsan hos länets barn och unga. Målen finns integrerade i den handlingsplan som omnämns ovan.

- Under 2017 ska alla områden uppmärksamma om det kan finnas våld i nära relation genom att ställa frågor om det finns misstanke om det. Informationsinsatser till hela vården har gjorts under 2017
- Det långsiktiga målet avseende barn och ungas psykiska hälsa i handlingsplanen är att *Identifiera och kartlägga vilka grupper av barn och ungdomar som löper risk att utveckla psykisk ohälsa och erbjuda dem adekvat stöd.*
- För att nå det långsiktiga målet genomförs aktiviteter på regional nivå bl.a hålls regelbundna samverkansträffar mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner avseende barn och unga i behov av särskilt stöd; Jämtbus.

3.2 UTBILDNING OCH ARBETE

3.2.1 Utgångspunkt

Individers förutsättningar att utvecklas och ha en god hälsa ökar med en bra start i livet med en god miljö i hemmet, en fullständig skolgång och möjligheter att komma in på arbetsmarknaden (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Flera stora hälsoskillnader i samhället är tydligt kopplade till utbildningsnivå och inkomstläge. Därmed är goda möjligheter till utbildning av stor vikt. Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor, t ex att ha kontroll över sitt arbete, hur det skall utföras och hur mycket som är rimligt att orka med, minskar inte bara den arbetsrelaterade ohälsan (Regeringens proposition 2002/03:35). Det bidrar även till minskade sociala skillnader i ohälsa och till en allmänt förbättrad folkhälsa.

Ett bra arbetsliv är även en nödvändig förutsättning för en hållbar tillväxt (Statens folkhälsoinstitut, 2011b). Inom detta område är samverkan med andra länsaktörer viktigt.

Regionens arbete främjar en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen genom en hälsofrämjande arbetsmiljö. Detta handlar till exempel om insatser för att öka trivseln på arbetsplatsen.

Regionen eliminerar hälsorisker och arbetar aktivt för att medarbetarna tillämpar ett hälsofrämjande förhållningssätt på arbetsplatsen. Exempel på detta är systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM).

I enlighet diskrimineringslagstiftning ska Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare förebygga diskriminering och verka för lika rättigheter och möjligheter oavsett diskrimineringsgrund: kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder.

3.2.1.1 Primärvårdens uppdrag inom området utbildning och arbetet

Exempel på pågående insatser i primärvården som är riktade till utbildning och arbete:

- Ett av Asylhälsans uppdrag är att vara ett kompetenscentrum**.**
- Rehab-koordinatorer finns på hälsocentralerna

3.2.1.2 Folkhälsoenhetens uppdrag inom området utbildning och arbete

Övergripande folkhälsoarbete

- Kommunicera och samordna centralt stöd avseende folkhälsopolicyn i Jämtland Härjedalen.
- Öka medvetenheten om hur man kan arbeta för att minska sociala skillnader i hälsa mellan olika grupper
- Stödja arbetet och sprida kunskap vad en god och jämlik hälsa innebär och hur hälsoskillnader i samhället är kopplade till utbildningsnivå och inkomstläge.
- Metod och kunskapsstöd kring hälsofrämjande skolutveckling
- Sträva efter att synliggöra hälsoskillnader i samhället som är kopplade till utbildningsnivå och inkomstläge.
- Arbeta främjande och förebyggande för att motverka diskriminering och på andra sätt verka för lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Exempelvis genom att verka för att HBTQ-diplomeringar genomförs.

3.2.1.3 Utvecklingsavdelningens uppdrag inom området utbildning och arbete

- Öka samordning och tillvaratagande av samisk kompetens genom regionens samiska personalnätverk

3.2.1.4 Regional utvecklings uppdrag inom området utbildning och arbete

Exempel på pågående insatser på regional utveckling som är riktade till utbildning och arbete

Projekt psykisk hälsas uppdrag inom utbildning och arbete

Ett av målen i "*Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen - Område psykisk hälsa 2016-2020*" handlar om att ”*Öka andelen barn och unga som är som är behöriga att söka program på gymnasiet. Målgruppen samhällsplacerade barn (barn och unga placerade i familjehem och HVB-hem) ska särskilt beaktas”.* Målet är främst ett ansvar för kommunerna men samordnarna inom Projekt Psykisk hälsa stödjer verksamheterna i de delar som anses vara lämpliga.

- Samordning **LärCentrum** Jämtlands län – öppet för alla utbildare inom alla utbildningsformer och för alla individer
- **Kompetensplattformen** Jämtlands län – för att länet ska ha ett effektivt och väl fungerande arbetssätt där arbetsliv och utbildning samverkar för att säkerställa länets kompetens-försörjning.
- **LärOm** – ett ESF-projekt för att utveckla studie- och yrkesvägledning och lärande i arbetslivet.
- **YrkIn**- för att underlätta ungas etablering i arbetslivet genom en förbättrad Yrkesutbildning. Ett ESF-projekt som SKL beviljats medel för.
- **Yrkesspråk** – SFI-lärare och yrkeslärare ska kompetensutvecklas för att ha rätt kompetens i och med att SFI kombineras i allt högre grad med yrkesinriktad verksamhet.
- **UVAS** – riktar sig till unga som varken arbetar eller studerar.
- **Öppen Arena –** är till för individer i arbetslöshet i kombination med kort utbildningsbakgrund eller lång tid av arbetslöshet eller sjukskrivning bakom sig och/eller andra svårigheter närma sig, träder in eller etablerar sig på arbetsmarknaden genom deltagande i lågtröskelaktiviteter.

- **Integration JH -** projektet syftar till att underlätta för nyanlända män och kvinnor i åldern 25-64 år i Jämtlands län att komma närmare arbetsmarknaden eller etablera sig i arbete eller studier.

3.3 HÄLSOFRÄMJANDE MILJÖ

3.3.1 Utgångspunkt

Hälsofrämjande miljö avser den fysiska och psykosociala miljö vi lever i. Det handlar om stödjande miljöer som främjar trygga livsvillkor med jämlika och jämställda möjligheter att utveckla goda levnadsvanor gällande exempelvis fysisk aktivitet, matvanor samt sexualitet och reproduktiv hälsa. Livsmiljöer kan också formas så att de minskar risker för smittspridning, olycksfall och våld. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård utgör också en hälsofrämjande miljö.

3.3.1.1 Primärvårdens uppdrag inom området hälsofrämjande miljö

Exempel på pågående insatser i primärvården som är riktade till området hälsofrämjande miljö:

- Nätbaserad KBT behandling vid insomi
- Livsstilsgrupp för diabetespatienter
- Förebygga ohälsa bland samer i primärvården
- DSK-mottagning Astma/KOL
- Levnadsvanor

- Ungdomsmottagning, UMO

- Alla elever erbjuds samma info, via olika grupper exempelvis;
- årskurs 9 i länet kommer till UM för studiebesök. Från HT-17 åker ett team ut till årskurs 9 i länet som har svårt att ta sig till Östersund.
- Migrantgrupper oftast kommer de till UM men UM reser även ut. Grupper via skolor.
- Särskolan kommer oftast till UM.
- Gymnasieskolor - UM åker ut till skolorna.
- Förebyggande, sekundärpreventivt arbete vid enskilda besök. Exempelvis smittspårning klamydia, livsstilsfrågor, identitetsfrågor, annat.

- Viktiga mammor på mödravården
- Information på 1177
- Psykosocialaenheten, ger snabbt stöd vid kris.
- Asylhälsan med ett uppdrag stöda personer i asylprocessen

3.3.1.2 Folkhälsoenhetens uppdrag inom området hälsofrämjande miljö

Övergripande folkhälsoarbete

- Ge kunskap och metodstöd inom området folkhälsa som vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet
- stödja arbetet med att skapa en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- öka medvetenheten om hur man kan arbeta för att minska sociala skillnader i hälsa mellan olika grupper
- genom folkhälsorapportering möjliggöra nulägesbeskrivningar och behovsanalyser för befolkningsinriktade hälsoutvecklingen i Jämtlands län
- kommunicera och samordna centralt stöd avseende folkhälsopolicyn i Jämtland Härjedalen.
- metod och kunskapsstöd kring hälsofrämjande skolutveckling.

Exempel på pågående insatser på folkhälsoenheten som är riktade till området hälsofrämjande miljö

- Rapport Uppföljning Folkhälsoprocessen 2017-2021

- Vara aktiv i det nationella nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS), bland annat genom presidieledamot, processledare och deltagande i nätverkets temagrupper inom t.ex. fysisk aktivitet, tobaksprevention och goda matvanor.

- Fortsatt arbete att driva processen med implementering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder inom Region Jämtland Härjedalen.

- genomföra aktiviteter som primärvården och slutenvården efterfrågar, såsom utbildning ”Rådgivande samtal om matvanor”, utbilda och fortbilda tobaksavvänjare och FaR®förskrivare.

- Samverka samt genomföra aktiviteter inom RCC Norr. Såsom utbildningsdagar ”Mat och cancer” och ” Aldrig försent att förebygga”.

- som ett led i att uppmuntra det hälsofrämjande arbetet i primärvården, ansvara för samordning av *Utvecklingsuppdrag i Primärvården* som går ut på att utveckla metodutveckling.

- arbeta i enlighet med fullmäktigebeslut kring opinionsbildningsprojektet Tobacco Endgame rökfritt Sverige 2025 [1]

- arbeta för en Tobaksfri organisation

- samordna opinionsprojektet *Mobilisering mot droger.*

- I enlighet med förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet

- START och STOPP kampanjer har genomförts i samarbete med norrlandstingen samt RCC norr för att öka fysisk aktivitet och minska rökning hos befolkningen.

- Utbilda legitimerad personal i hur de kan använda olika metoder tex rådgivande samtal, rådgivande samtal med tillägg och särskild uppföljning (FaR®, stegräknare, aktivitetsdagbok) i syfte att öka den fysiska aktivitetsnivån hos patienten. Metoden kan användas preventivt, sekundärpreventivt eller behandlande, enskilt eller i kombination med andra åtgärder.

[1] Tobacco Endgame, Rökfritt Sverige 2025 - En plan för Jämtlands läns landsting. http://regionjh.se/download/18.658ef40614c4560c45416b4/1429191950158/Tobacco+Endgame+plan+JLL+20140604.pdf

3.3.1.3 Utvecklingsavdelningens uppdrag inom området hälsofrämjande miljö

- Fokuserade insatser och stöd i syfte för att främja psykisk och somatisk hälsa bland samer, genom till exempel riktad satsning på Första hjälpen till psykisk hälsa med samisk befolkning som målgrupp, och hälsofrämjande projekt i samarbete med samebyar i Krokoms kommun respektive Härjedalens kommun.

- Vidare utveckling av insatser inom ramen för projektet Kunskapsnätverk för samisk hälsa, i samverkan med Region Norrbotten, Västerbottens läns landsting, Sametinget och samiska organisationer

3.3.1.4 Regional utvecklings uppdrag inom området hälsofrämjande miljö

I gällande regional utvecklingsstrategi, under rubriken ”Landsbygdens attraktionskraft” anges att ”Ny bebyggelse bör styras till befintliga tätorter och byar med grundläggande service och möjligheter till kollektivtrafik.” Bakgrunden till denna skrivning är bland annat en strävan efter att minska bilberoendet med de negativa konsekvenser detta har för både miljön och folkhälsan.

Av samma skäl finns i den regionala utvecklingsstrategin också följande text under rubriken ”En attraktiv stadsmiljö”; ” Ett bibehållande av en tät stadsstruktur med möjligheter att gå, cykla eller åka kollektivt ska eftersträvas. Ny bebyggelse ska koncentreras till lägen som har god tillgång till gång- och cykelvägar samt kollektivtrafik.

I den regionala utvecklingsstrategin anges också ”Fler gång- och cykelbanor i länet ska bidra till ökad trafiksäkerhet och minskat bilåkande på korta avstånd, med positiva effekter för miljön och folkhälsan”.

Regionen yttrar sig regelmässigt över kommunernas förslag till fysiska planer i form av översiktsplaner. Regionens yttranden avser bland annat i vilken utsträckning som kommunerna beaktat den regionala utvecklingsstrategin.

I det så kallade Länstransportplanen prioriteras investeringar i gång- och cykelvägar mycket högt. Jämtlands län är det län som lägger störst andel av tillgängliga medel på just gång-och cykelvägar. Genomförandet av dessa planerade investeringar sker löpande och presenteras bland annat årligen i rapporten ”Läget i Länet”.

Kultur: Inom området kultur sker aktiva insatser genom följande inriktningar

- Främja hälsa där kultur och upplevelser av konst ska erbjudas i vården
- Erbjuda ett tillgängligt, professionellt och demokratifrämjande kulturutbud i hela regionen
- Bidra till integrationsfrämjande insatser genom kultur.

- Samverka med civilsamhället genom befintliga samverkansarenor och genom att erbjuda stöd/bidrag till kulturaktiviteter.

Projekt psykisk hälsas uppdrag inom hälsofrämjande miljö

Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen - Område psykisk hälsa 2016-2020" har mål som avser förebyggande och främjande arbete, tidiga och tillgängliga insatser, utsatta grupper, delaktighet och inflytande samt ledning och organisation. De prioriterade områdena på regional nivå 2017 har varit samordning av pågående satsningar/projekt, stärkt brukarmedverkan, förbättrad psykisk hälsa hos våra barn och unga samt suicidprevention.

Inom område suicidprevention har en regional samordnare anställs (50%), anställningen vara maj 2017-maj 2018). Ett av samordnarens uppdrag är att tillsammans med Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner, ta fram en länsövergripande handlingsplan inom område suicidprevention. Dialog och samverkan sker inom ramen för arbetet med verksamheter som berörs: ex SOS-alarm, Försäkringskassan och Polismyndigheten.

Ett web-baserat utbildningsprogram har upphandlats från Region Skåne. Utbildningen, suicidprevention i specialistpsykiatrin SPISS, är uppdelat på fyra moduler där modul 1 och 2 kan göras av all personal. Under 2017 har all personal påbörjat utbildningen. Utbildningen är tänkt att spridas till alla områden.

Både inom område psykiatri och område barn unga vuxna utvecklas mobila arbetssätt för olika patientgrupper som innebär att insatser sker i patients hemmiljö istället för på sjukhuset.

Kompetenshöjning kring att ex. förebygga/tidigt upptäcka psykisk ohälsa har skett genom anordnande av en konferens kring suicidprevention (mars 2017) och utbildning i MHFA (Mental Health First Aid). 34 personer har under v. 46-47 utbildats till att bli instruktörer i modellen och dessa ska i sin tur utbilda personal ute i kommunerna och inom Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvård. Från kommunerna har personal från elevhälsan, socialtjänsten, vård- och omsorg etc. deltagit och från Region Jämtland Härjedalen har personal från Primärvården och Vuxenpsykiatrin deltagit i instruktörsutbildningen.

3.4 DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE

3.4.1 Utgångspunkt

Delaktighet och inflytande i samhället är en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsa. Det är viktigt att människor upplever att de kan kontrollera och påverka sina liv. Genom att skapa goda, jämlika och jämställda villkor för delaktighet och inflytande finns förutsättningar för en mer jämlik hälsa. För hälso- och sjukvården kan detta handla om att stimulera sociala nätverk för människor med vissa sjukdomar och deras anhöriga och att stödja frivilliga insatser.

Delaktighet och inflytande är ett område som kräver samverkan mellan många olika samhällsaktörer samtidigt som varje aktör kan bidra med egna aktiviteter.

3.4.1.1 Primärvårdens uppdrag inom området delaktighet och inflytande

Exempel på pågående insatser i primärvården som är riktade till området delaktivitet och inflytande:

- Strukturerat arbete som ökar det preventiva arbetssättet i primärvården
- Virtuella patientgrupper
- Hälsorum på hälsocentralen
- brukardialog med primärvårdsledningen
- Nätverk med samiska medborgare

3.4.1.2 Folkhälsoenhetens uppdrag inom området delaktighet och inflytande

Strategiskt folkhälsoarbete

- Kommunicera och samordna centralt stöd avseende folkhälsopolicyn i Jämtland Härjedalen.

- Stödjer och sprider kunskap kring betydelsen av att delaktighet i samhället är en grundläggande förutsättning för god hälsa

- I all samverkan arbetar vi med processer och metoder som främjar delaktighet och inflytande.

- Arbeta främjande och förebyggande för att motverka diskriminering och på andra sätt verka för lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder.

3.4.1.3 Utvecklingsavdelningens uppdrag inom området delaktighet och inflytande

- Utveckla samråd som ett sätt att öka samernas inflytande över frågor som berör dem

- Arbeta främjande och förebyggande för att motverka diskriminering av samiska personer, genom att till exempel verka för att samisk kultur och samiska språk blir synliggjorda

- Ökad samverkan med länets aktörer i syfte att främja tillämpningen av barnkonventionens principer

- Riktat stöd till vårdverksamheterna i syfte att främja barns delaktighet och tillämpningen av barnkonventionens principer

3.4.1.4 Regional utvecklings uppdrag inom området delaktighet och inflytande

Projekt psykisk hälsas uppdrag inom delaktighet och inflytande

- Ett av målen i "*Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen - Område psykisk hälsa 2016-2020*" handlar om att *Utveckla former för brukarinflytande.* Samordnarna inom projekt psykisk hälsa verkar för att stärka brukarmedverkan inom område psykisk hälsa. Brukarrepresentation sker i alla de processer som pågår på regional nivå inom ramen för arbetet med handlingsplanen. Brukararvode, motsvarande politikerarvode, utgår till dem som representerar brukarorganisationerna.
- Inom område psykiatri har tre brukare anställning för att delta i olika uppgifter, bl a bemötandeutbildning, patientforum i heldygnsvården.

Exempel på pågående insatser på regional utveckling som är riktade till delaktighet och inflytande

- Under 2017–2018 har vi bjudit in länets gymnasieelever för att öppna upp dialogen kring regional utveckling. Länets avgångselever har fått i uppdrag att skriva sitt examensarbete utifrån våra områden; välfärd, klimat och kompetens, näringsliv, infrastruktur och kulturen.

Eleverna kommer att kommunicera ut sitt resultat på bland annat Regiondagen 2018 och i olika samverkansarenor.

- Inom ramen för Region 2050 fånga upp ungas framtidsbilder som en del i planeringen av den framtida verksamheten inom regional utveckling.

4 HÄLSORELATERAT - ÖVRIG VERKSAMHET

4.1 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN - ROLL I SAMVERKANSFORMEN MOBILISERING MOT DROGER

Mobilisering mot droger är en bred samverkan mellan kommunerna, myndigheter, frivilliga och idéburna organisationer, samfund och arbetsmarknadens parter. Arbetet leds av förtroendevalda från Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner.

Arbetet sker i länets kommuner med stöd bland annat från Polismyndigheten, Region Jämtland Härjedalen och Länsstyrelsen. Målet är att behålla toppositionen i Sverige som en, trygg och attraktiv kommun/region – med en av landets lägsta brottslighet och störst upplevda trygghet. Den fortsatta kampen mot otillåten användning av alkohol, tobak och andra droger är därför av stor betydelse. Inom ramen för mobiliseringen sker

Region JH samhällsmedicinska sekreterare svarar för att hålla samman det fortsatta arbetet. Det handlar i huvudsak om att vara ett tjänstemannastöd för den politiska ledningsgruppen.

Inom ramen för mobilisering mot droger **samordnar** Region JH följande områden:

- Riskbruksarbete inom primärvården, barn och - mödrahälsovården
- 100%renidrott - dopingförebyggande arbete med länets träningsanläggningar
- Folkrörelse mot droger Jämtlands län
- Trygga Nyktra Transporter tillsammans med länets idrottsföreningar (utbildning och uppföljning)
- Skolor mot knark – för en narkotikafri skola
- SMADIT (samarbete mot alkohol och droger i trafiken) samarbete tillsammans med polisen, beroendeenheten och kommunernas socialtjänst
- Tobaksförebyggande arbete (tobaco endgame enl. tidigare fullmäktigebeslut)

Samt ansvarig utgivare för webbsidorna mobilisering.nu och riskbruk.se och Facebook-sidan Mobilisering mot droger

4.2 HFS – NÄTVERKET I SVERIGE NÄTVERKET FÖR HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- Etablerades 1996 i Sverige.
- Nätverket är en del av det internationella nätverket ”Health Promoting Hospitals and health services”, HPH, initierat av WHO 1993.
- Alla landsting och regioner är medlemmar i det lärande nätverket. Region Jämtland Härjedalen (tidigare landstinget Jämtland) har varit medlem sedan starten.
- Grundtanken med HFS- nätverket är att underlätta utbytet av kunskaper och erfarenheter som driver utvecklingen framåt inom det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet. Nätverket utvecklar också olika former av ”verktyg” för att underlätta införandet av en hälsoorienterad hälso- och sjukvård.
- HFS medlemskapet ger organisationen tillgång till en bred erfarenhet, kunskap och samarbetspartners inom det hälsofrämjande arbetet.
- HFS-nätverket har ett nära samarbete med nationella aktörer såsom Socialstyrelsen och SKL
- Region Jämtland Härjedalens representant i presidiet för HFS-nätverket är regionöverläkaren

4.3 EXEMPEL PÅ HÄLSOFRÄMJANDE INSATSER INOM LÄNSSJUKVÅRDEN

Med Roger Olsson och Anna Warg som initiativtagare startas det nu upp en samordning med alla opererande specialiteter vid Östersunds Sjukhus vad det gäller rökfrihet inför och efter kirurgi. Samma rutiner ska gälla vid alla opererande specialiteter. Samordning sker genom Svenska Läkarsällskapets projekt om levnadsvanor vid kirurgi.
Roger Olsson kommer att vara central i detta samordningsarbete.

Rökstopp före och efter planerad kirurgi. Exempel från Ortopedkliniken.

- Rökare har sämre sårläkning och får oftare lungkomplikationer och infektioner i anslutning till kirurgi.
- Aktuella riktlinjer. Rökstopp 4 veckor före och efter operation.
- Kommande riktlinjer;
    - Rökstopp 6 veckor före och efter operation. Stark evidens för minskad risk för komplikationer.
    - Läkare ska alltid fråga efter rökning.
    - Sätta diagnoskod rökning Z72.0 varefter autoremiss går till rökavvänjningssjuksköterska på hälsocentral.
- **Alkoholstopp vid kirurgi.**
    - Riskbruk av alkohol ska dokumenteras i hälsodeklaration.
    - Vid riskbruk rekommenderas alkoholstopp minst 4 veckor före operation.

Region Jämtland Härjedalen bidrar starkt till utarbetandet av nationella rutiner för rökstopp och alkoholstopp genom överläkare Roger Olsson.

5 FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Utifrån den genomgång och redovisning som nu presenteras finns ett antal förbättringsåtgärder identifierade.

Regionstyrelsen föreslås att ge regiondirektören i uppdrag att:

- Beskriva huvudprocessen för hälsa – politisk inriktning HiaP*
- Identifiera och ta fram en processbeskrivning över de ansvariga leverantörerna till processen där Samordna, Mäta, Styra och Följa upp folkhälsoprocessen måste bli tydliga ledord
- Göra en översyn av primärvårdens folkhälsoorganisation och ge förslag på åtgärder som motsvarar behoven för en samordnad process i folkhälsoarbetet.
- Identifiera Politisk ”mottagare” i form av politiker som beställer uppdraget – Samordna genom att återinföra ett Folkhälsoråd bestående av beslutsfattare från de olika leverantörerna under ledning av en högsta ansvariga tjänsteman för att medge tydlig styrning mot gemensamma uppdraget
- Beräkna de olika insatserna (investeringsvolymen i hälsa men inte mätt i vårdproduktion) dvs hur mycket investerar vi i hälsoutveckling?
- Införa ett Hälsoprocessbokslut – årlig redovisning som inte är fragmentiserad på förvaltnings-/verksamhetsnivå utan en sammanställd totalredovisning på koncernnivå av hur mycket som investeras i hälsoutveckling – inte vårdproduktion.

6 FOLKHÄLSOPOLICY 2016 – 2019

regionjh_folkhalsopolicy_16_19_web.pdf

7 BILAGOR

Följande bilagor presenterades för regionstyrelsen vid styrelsemöte 29/8–2017 men utgör direkta underlag för den samlade bedömningen av vilka aktiviteter som utförs inom folkhälsoområdet.

7.1 BILAGA TILL REGIONSTYRELSENS UPPFÖLJNING 2017 AV VÅLD I NÄRA RELATION (DNR RS/1285/2017)

För andra året i rad får Region Jämtland Härjedalen nationella stimulansmedel via Socialstyrelsen för arbetet mot våld i nära relation. Medlen omfattar en knapp miljon och ska användas för utveckling och spridning av effektiva metoder inom området våld i nära relation, med utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SoSFS 2014:4). Regionen har valt att lägga pengarna på två samordnare som på vardera 50% arbetar med implementering av interna rutiner inom området. Dessutom har vi prioriterat att ta fram en webbutbildning med fokus på interna rutiner. Utbildningen produceras av Amphi i samverkan med Region Jönköping.

I regionplanen står att ”hälso- och sjukvårdens verksamheter ska identifiera våldsutsatta personer och erbjuda ett väl fungerande omhändertagande”. I regionstyrelsens verksamhetsplan står att ”den reviderade rutinen ”Att ställa frågan om våld och hantera svaret” ska tillämpas i högre utsträckning än 2016.” Ett av målområdena i Hälso-och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan 2017 är att antalet patienter som fått frågan om våldsutsatthet ska öka med 20 procent jämfört med 2016.

Region Jämtland Härjedalens rutin för att ställa frågor om våld föreskriver att frågor ska ställas på rutin inom MHV, BUP, vuxenpsykiatrin och i sjukskrivningsprocessen. I andra fall ska frågor om våld i nära relation ställas på indikation. Vi har också tydliga rutiner för hur frågor om våld i nära relation ska dokumenteras i journal samt hur orosanmälningar ska hanteras. Att dessa rutiner följs är av stor vikt när journal på nätet införs.

Även om fler patienter än tidigare får frågor om våld kan det konstateras att frågor fortfarande ställs alldeles för sällan. Under 2016 ställdes frågor om våld i sammanlagt 770 patientmöten. Motsvarande siffra för första halvan av 2017 (t.o.m. 2017-06-30) var 737, dvs nästan lika många som under hela 2016, men ändå för få. (Dessa siffror inkluderar inte Mödrahälsovården, där rutinmässiga frågor ställs med framgång.)
Vuxenpsykiatrin och BUP ska enligt beslut och antagen rutin ställa frågor på rutin. Siffrorna ser ut så här:

	2016 (helår)	2017 (halvår)
Område Psykiatri	86	132
BUP	32	41

Det är tydligt från befintliga data att medvetenheten ökar, men också att det fortfarande är en bit kvar till rutinmässigt ställda frågor om våld. Bryter vi ner statistiken ytterligare framkommer dessutom att enskilda medarbetare gör stora insatser för att identifiera våldsutsatta, medan merparten inte ställer några frågor alls.

Vad gäller orosanmälningar så är bilden likartad. Under hela 2016 gjordes cirka 200 orosanmälningar (siffran är lite osäker). Under första halvan av 2017 var siffran 144st, vilket tyder på en rejäl ökning. Naturligtvis är det svårt att veta hur många orosanmälningar som missas, men utgångspunkten är att vi fortfarande har ett stort mörkertal och alltså borde anmäla mer. Bland annat skriver Socialstyrelsen: ”Undersökningar talar för att två tredjedelar av misshandelsfallen och mindre än hälften av de sexuella övergreppen blir kända av hälso- och sjukvården”.

Samtidigt ska det poängteras att de två samordnare som på halvtid arbetar med att implementera rutiner kring våld i nära relation är en framgångsfaktor och med all sannolikhet skälet till att vi har en tydligt uppåtgående trend.

7.2 BILAGA TILL REGIONSTYRELSENS UPPFÖLJNING 2017 NATIONELLA MINORITETER (DNR RS/1284/2017)

Region Jämtland Härjedalen är samisk förvaltningsmyndighet enligt Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (SFS 2009:724). Romer, sverigefinnar, tornedalingar och judar har enligt samma lag ett grundskydd som i första hand handlar om information och samråd. Regionen får ett statsbidrag om 250 000 kr årligen för merkostnader som uppstår på grund av Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

I regionplanen står att ”Den psykiska hälsanhos samerna ska uppmärksammas och möjligheten att utveckla ett sydsamiskt hälsocentrum ska tas tillvara.”

I regionstyrelsens verksamhetsplan står att Region Jämtland Härjedalen ska ”utveckla samverkan med Norge, Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns landsting om stärkt psykisk hälsa bland samer”.

Nedan presenteras hur arbetet fortlöper i relation till dessa mål. Generellt vad gäller samiska frågor gäller att det är svårt att mäta hur arbetet utvecklas. Detta hänger samman med personuppgiftslagen och det faktum att vi inte registrerar etnicitet. Det ställer krav på hur vi formulerar mål.

Generellt är måluppfyllelsen ganska god. Det sker en kontinuerlig progression i frågorna som till stor del hänger samman med ett ökat intresse. Utvecklingen skulle bli än mer positiv med en tydligare styrning.

7.2.1 Psykisk hälsa bland samer

Med hjälp av nationella stimulansmedel för psykisk hälsa kommer 2-3 samiska MHFA-instruktörer att utbildas. MHFA står för Mental Health First Aid och är en första hjälpen-utbildning som rör den psykiska hälsan. Avsikten är att MHFA-instruktörerna, efter avslutad utbildning, ska utbilda samebyar, sameföreningar och samisk allmänhet i MHFA. Åtgärden har under en längre tid efterfrågats av regionens samiska samrådsgrupp. Instruktörsutbildningen äger rum i november 2017. (Se nedan om avtal med SANKS.)

7.2.2 Sydsamiskt hälsocentrum

HC Funäsdalen har under våren 2017 inlett ett utvecklingsarbete med målet att inrätta ett samiskt hälsocentrum. Under våren har en projektledare arbetat 50% med frågan. Arbetet sker i samverkan med samebyarna i Härjedalen och Idre samt med SANKS i Norge. SANKS planerar för en etablering i Röros. Personal från Härjedalens närvårdsområde deltar i planeringsmöten med anledning av detta.

HC Strömsund har i uppdrag att utveckla hälsocentralen utifrån samiska behov. Under våren har hälsocentralen försetts med samisk konst och inredning. En kurator arbetar på del av tjänst (10%) med frågan.

HC Föllinge har fått medel (stimulansmedel inom PV) för ett mindre projekt som handlar om att förebygga ohälsa bland samer. Genom seminarier och hälsokontroller vill hälsocentralen sänka trösklarna till vården och förebygga ohälsa. Fokus ligger på somatisk hälsa, men även psykisk hälsa och anhörigstöd omfattas.

7.2.3 Samverkan med övriga landsting

Under våren 2017 beviljades Region Jämtland Härjedalen, tillsammans med Västerbottens läns landsting och (numera) Region Norrbotten, medel från Socialdepartementet för att under tre års tid etablera ett gemensamt kunskapsnätverk för samers hälsa. Projektet ska identifiera centrala vårdverksamheter i relation till samiska patienter; identifiera, samordna och tillgängliggöra befintlig samiskt kompetens; samt kompetensutveckla vårdpersonal i relation till samisk kulturförståelse. Projektet ska också ta fram en gemensam strategi för samers hälsa. Den överenskommelse för samverkan vad gäller den specifika psykiska hälsan, som undertecknades av landstingen/regionen i augusti 2016, integreras i projektet.

Region Jämtland Härjedalen har utsett Kerstin Norrbin och Lars Eriksson till representanter i projektets styrgrupp. En politisk referensgrupp ska också tillsättas. I övrigt pågår rekrytering av projektledare. Region Jämtland Härjedalen anställer en regional koordinator på 50% och därutöver tillkommer medfinansiering motsvarande 50% arbetstid.

Utöver detta samverkar Region Jämtland Härjedalen med Västerbottens läns landsting inom AXG – Akutsjukvård i extrem glesbygd.

7.2.4 Samverkan med Norge

Region Jämtland Härjedalen har ett samarbetsavtal med SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter psykisk helsevern og rus) i Norge. I januari 2017 utvecklades avtalet så att, utöver läkare inom psykiatrin, även läkare i primärvården kan remittera patienter till SANKS. En process pågår inom primärvården för att underlätta detta arbete, i samverkan med SANKS.

Under hösten kommer cirka 12 medarbetare vid BUP att åka på studiebesök till SANKS.

7.2.5 Övrigt

Under våren hade Estrad Norr stor framgång med den sydsamiska jojkikalen om Plupp. Jojkikalen visades i första hand för skolelever.

Samtliga hälsocentraler inom samiskt förvaltningsområde (dvs minus Bräcke och Ragunda) har under våren fått sydsamisk fasadskyltning.

Folktandvårdens väntrum har försetts med samiska barnböcker. Sedan tidigare har barnhälsovården fått barnböcker på samiska.

2018 är ett samiskt jubileumsår till minne av det första samiska landsmötet på svensk sida. Detta ägde rum 1918 i Östersund och firas under nästa år under namnet Staare2018. Region Jämtland Härjedalen bidrar med 500 000kr till arrangemanget som samordnas av Gaaltije. Dessutom har regiondirektörens ledningsgrupp fattat beslut om ett internt uppmärksammande under den så kallade jubileumsveckan(6-10/2). Detta kommer att ske främst genom öppna seminarier med regionens personal som huvudsaklig målgrupp.

I maj 2017 presenterades minoritetsutredningen, dvs den utredning som har sett över Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Region Jämtland Härjedalen är remissinstans.

7.3 BILAGA TILL REGIONSTYRELSENS UPPFÖLJNING 2017 AV BARNETS RÄTTIGHETER (DNR RS/1283/2017)

Följande mål finns i Regionplanen:

- Barnkonventionen ska användas för att utveckla verksamheterna.

Följande mål finns i RS verksamhetsplan:

- regionen ska ”utveckla rutiner för upptäckt av barn och unga som utsätts eller riskerar att utsättas för psykiskt och fysiskt förtryck
- barnombudens roll ska ses över och utvecklas.
- rutin för samtal med barn som anhöriga vid dödsfall och svåra sjukdomar ska tillämpas

Anhöriga barn till allvarligt sjuka föräldrar har enligt HSL rätt till information, råd och stöd. Oro för barn som far illa eller riskerar fara illa ska enligt SoL anmälas till socialnämnden. Enligt Patientlagen ska hälso- och sjukvården klarlägga barnets inställning till den egna vården så långt som möjligt, samt tillmäta barnets inställning betydelse i relation till ålder och mognad. Regionen ska vidare, enligt Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (LoNM), främja den språkliga och kulturella identiteten till barn som tillhör en nationell minoritet.

7.3.1 Barnkonventionen i verksamhetsutvecklingen

Under hösten 2016 och början av 2017 inventerades nuläge och behov vad gäller implementering av barnkonventionen i hälso- och sjukvården. Resultatet visar att hälso- och sjukvården är väl medveten om de lagkrav som framställs i HSL och SoL – dvs angående barn som far illa och anhöriga barn. Även Patientlagens förväntan vad gäller barns samtycke är känd och beskrivs som ganska oproblematisk.

Av inventeringen framgick också att verksamheterna saknar rutiner för hur barns bästa ska beaktas (BK art.3). Enhetschefer och områdeschefer hänvisar till att de tar hjälp av utsett barnombud i frågor som rör barns bästa, men rutiner för detta saknas överlag.

Rutiner och riktlinjer saknas också för hur principen om icke-diskriminering ska säkerställas (BK art.2).

Rutiner och riktlinjer saknas vidare för hur barns åsikter tillvaratas. Barnkonventionen ger barn rätt att uttrycka sin åsikter i frågor som berör den (art.12). För att detta ska få en mening behöver barns åsikter tillvaratas. Detta beskrivs av flera som svårt och upplevs ofta som arbetskrävande. Noteras kan till exempel att vi vanligen utvärderar barns vård genom enkätfrågor ställda till barnens föräldrar.

Den generella slutsatsen från inventeringen blir att bankonventionen är lågt prioriterad i verksamheterna, med undantag av de områden som omfattas av nationell lagstiftning. Regional

utvecklingsförvaltning omfattades inte av inventeringen, men inte heller här pågår något systematiskt arbete utifrån barnkonventionen.

Det kan tilläggas att det stabsstöd som erbjuds för arbete med barnkonventionen under våren 2017 har omarbetats. Från att ha arbetat utifrån principen att alla verksamheter ska utvecklas utifrån barnkonventionen har under våren olika prioriteringar tagits fram. Stabsstödet kommer fortsättningsvis att fokusera på att:

- utveckla barnombudens roll
- utbilda i BRA-samtalsmodellen (se nedan)
- specifika utvecklingsarbeten (under hösten vid område kirurgi, se nedan)
- (Anmälningsskyldigheten hanteras tills vidare främst inom den satsning som görs vad gäller våld i nära relation, där vi har nationella stimulansmedel.)

7.3.2 Utveckla rutiner för upptäckt av barn som far illa eller riskerar fara illa

Regionen har sedan flera år tillbaka rutiner för upptäckt av barn som far illa eller riskerar fara illa. Vi har också en särskild rutin för hur orosanmälningar ska dokumenteras och diarieföras. Det kan finnas anledning att se över det förstnämnda rutinen, som har några år på nacken.

Vi iakttar ett ökat antal orosanmälningar från regionen. Under hela 2016 gjordes cirka 200 orosanmälningar (siffran är osäker). Under första halvan av 2017 var siffran 144st, vilket tyder på en rejäl ökning. Naturligtvis är det svårt att veta hur många orosanmälningar som missas, men utgångspunkten är att vi fortfarande har ett stort mörkertal och alltså borde anmäla mer. Bland annat skriver Socialstyrelsen: ”Undersökningar talar för att två tredjedelar av misshandelsfallen och mindre än hälften av de sexuella övergreppen blir kända av hälso- och sjukvården”. Mörkertalet bedöms vara större vad gäller försummelse.

Regionen har under våren köpt in en webbutbildning om anmälningsskyldigheten. Utbildningen kommer att implementeras under hösten, parallellt med en webbutbildning som rör våld i nära relation.

7.3.3 Barnombudens roll

I hälso- och sjukvården finns för närvarande cirka 15 barnombud. Område psykiatri har haft barnombud under många år, medan detta är ett nytt arbetssätt för övriga vårdområden. Under hösten 2017, med ett första inbokat möte den 5/9, kommer arbetet med att utveckla barnombudens roll att systematiseras. Avsikten är att bjuda in till regelbundna nätverksträffar, där behov av stöd och kunskapspåfyllnad kan fångas upp och erfarenheter utbytas.

Regional utvecklingsförvaltning och Regionstaben har inga utsedda barnombud. Inom RUF finns en barn- och utbildningssamordnare som bevakar frågor. Inom regionstaben finns en utvecklingsstrateg som på 25% arbetar med stöd gentemot verksamheterna.

7.3.4 Rutin för samtal med barn som anhöriga

Regionen har rutin och andra stöddokument som rör hälso- och sjukvårdens skyldighet att uppmärksamma anhöriga barns behov av information, råd och stöd. Som arbetsmetod förespråkas i första hand så kallade BRA-samtal. BRA-samtal är en modell framtagen av Allmänna barnhuset i syfte att möta förväntningarna på hälso- och sjukvården enligt HSL 2g§. Regionens utvecklingsstrateg för barnkonventionsfrågor är utbildad instruktör i BRA-samtalsmodellen. I dagsläget har regionen cirka 45 BRA-samtalsutbildade sjuksköterskor och kuratorer. Ytterligare en utbildning är inplanerad under senhösten 2017.

Vi har i dagsläget inget bra sätt att mäta utvecklingen av detta arbete. Dokumentationen i Cosmic är bristfällig.

Strax före sommaren 2017 inleddes ett utvecklingsarbete inom Område kirurgi, i syfte att kartlägga processen och utveckla arbetet med anhöriga barn till bröstcancerpatienter. Arbetet har hittills visat på brister i skriftliga rutiner, med risk för att barn faller mellan stolarna. Det har också framkommit att dessa barn, i de allra flesta fall, får sina behov av information, råd och stöd tillgodosedda. Förhoppningen är att det fortsatta utvecklingsarbetet, som ska pågå året ut, kommer att resultera i slutsatser och rekommendationer tillämpliga även för andra patientgrupper.

7.3.5 Övrigt

På nationell nivå pågår förberedelser för att göra barnkonventionen till nationell lag. Tidsplanen för detta har förlängts och enligt uppgifter från regeringskansliet kommer barnkonventionen att bli nationell lag 1 januari 2020. (Tidigare uppgavs 1 mars 2018.)

Under våren 2017 försågs väntrum inom Folktandvården med barnböcker på sydsamiska. Sedan tidigare har barnhälsovården och barnverksamheter inom sjukhusvården försetts med samisk barnlitteratur.

Det regionala nätverket för barnkonventionen har under det senaste året kämpat med lågt deltagande och svajande engagemang. På politisk nivå har barnkonventionsfrågorna överförts till Folkhälso-Z. Under hösten 2017 diskuteras form och arbetssätt för det framtida tjänstemannanätverket.

10

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd

RS/1742/2017

2017-11-20

Sekretariatet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 76
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/1742/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd

Ärendebeskrivning

I regionstyrelsens verksamhetsplan ingår att följa upp de verksamheter som ingår i styrelsens ansvarsområden.

Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd är ett organ för samråd och ömsesidig information mellan företrädare för funktionshinderorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter, vilket har beaktats vid rådets samtliga sammanträden. Rådet har under perioden lämnat synpunkter på remisser, tagit del av informationer från verksamheter, samt arrangerat Tillgänglighetskonferensen 2017.

Rådet har under perioden haft tre protokollförda sammanträden, samt fyra sammanträden med rådets arbetsutskott.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd godkänns.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd

Samordningskansliet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 766
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

2017-11-14

RS/1742/2017

Rapport uppföljning av Region Jämtland Härjedalens tillgänglighetsråd 2017

Allmänt om tillgänglighetsrådet

Tillgänglighetsrådet är en samrådsgrupp för frågor som rör funktionshinder och personer med funktionsnedsättning i Jämtlands län. För närvarande består rådet av sju ledamöter från handikapporganisationer, en tjänsteman från regionala utvecklingsnämndens förvaltning, en tjänsteman från Försäkringskassan, en tjänsteman från Arbetsförmedlingen och en politiskt tillsatt ordförande.

Rådet har under perioden 2017-01-01 till 2016-11-14 haft tre protokollförda sammanträden, samt fyra sammanträden med arbetsutskottet.

Rådets uppgifter

- Verka för att organisationen i sina verksamheter tillförsäkrar människor med funktionsnedsättningar delaktighet och jämlikhet.
- Framföra önskemål och vara rådgivare i frågor som för organisationens verksamheter för personer med funktionsnedsättning.
- Lämna synpunkter eller underlag till aktuella remisser eller delar av remisser som rör personer med funktionsnedsättning.
- Bevaka hjälpmedelsförsörjningens utveckling i enlighet med antagen hjälpmedelspolicy för länet.
- Sprida information om funktionshinder – och hjälpmedelsfrågor till berörda i Jämtland Härjedalen
- Följa forskning och utveckling inom funktionshinder- och hjälpmedelsområdet

Funktionshinderrörelsen bereds genom sina representanter i rådet möjlighet att framföra synpunkter på Region Jämtland Härjedalens verksamheters utformning samt möjlighet att föreslå förändringar och förbättringar i frågor som har aktualitet för grupperna.

Behandlande ärenden 2017

- **Utredningsuppdrag gällande stöd inom kommunikations- och kognitionsområdet.**

Elsa Garli, legitimerad arbetsterapeut, område psykiatri, som tidigare informerat rådet om arbetet med ett utredningsuppdrag gällande stöd inom kommunikations- och kognitionsområdet, redogjorde för utredningens slutrapport som lämnats vidare till regiondirektören m.fl.

- **Årsbokslut 2016.** Rådet har gått igenom och godkänt årsbokslut för verksamhetsår 2016.

- **Region Jämtland Härjedalens nya webb**
  Ove Demår och Sara Nilsson från kommunikationsavdelningen presenterade regionens nya webb, där tillgänglighetsrådet fick i uppdrag att informera sina medlemmar om den nya webben och även be dem inkomma med synpunkter till regionen.

- **Evakuering och utrymning av sjukhuset**
  Stefan Bergander, säkerhetssamordnare på enheten för Krisberedskap, säkerhet och miljö informerade rådet om planer för evakuering och utrymning av sjukhuset.

- **Kulturens arbete med tillgänglighetsfrågor**
  Jimmy Eriksson, kultursamordnare, berättade om hur regionala utvecklingsförvaltningen arbetar med tillgänglighet inom kulturverksamheten. Det handlar främst om att alla människor har rätt att ta del av kulturlivet – och ska kunna göra det utifrån sina egna önskemål och möjligheter i olika skeden av livet. Det gäller alldeles oavsett vilka fysiska, psykiska eller kognitiva funktioner en person har.

- **Remiss - På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen.**
  Ordförande i tillgänglighetsrådet, Bengt Bergqvist, redogjorde för en remiss som inkommit till Region Jämtland Härjedalen gällande hjälpmedel. Utredningen ska enligt direktiven lämna förslag i syfte att öka likvärdigheten i fråga om hjälpmedel och minska skillnaderna över landet.
  Rådet kommer att få en ytterligare dragning gällande svaret på remissen som regionstyrelsen fattat beslut om.

- **Planering av tillgänglighetskonferens 2018.**
  Under 2017 har rådet diskuterat och planerat kommande tillgänglighetskonferens där temat är ”Tillbaka till livet”. Konferensens stora namn 2018 är Claes Hultling från Spinaliskliniken som kommer att hålla en föreläsning ”Tillbaka till livet” Konferensen kommer att genomföras i Hörsalen, Östersunds sjukhus den 23 februari.

- **Meetings plus – regionens verktyg för visning av möteshandlingar**
  Jessica Hådell, sekreterare i Tillgänglighetsrådet, informerade om regionens verktyg för visning av möteshandlingar – Meetings plus. Verktyget finns både via webben och som app till surfplattor. Verktyget presenterar handlingar och protokoll från de politiska organen för både förtroendevalda

och medborgare.

-

Tillgänglighetskonferens 2017

Under konferensen 2017 var temat ”Kommunikation för en enklare vardag”. Årets huvudtalare var Louise Hoffsten som föreläste utifrån sin bok ”En näve grus”. Konferensen lockade ca 60 besökare som trots dagens blixthalka hade tagit sig till OSD. En tillgänglighetsanpassad stadsbuss fanns på plats för den som var intresserad att titta på hur den var utformad utifrån ett tillgänglighetsperspektiv.

Måluppfyllelse

Nedan beskrivs måluppfyllelse utifrån rådens specifika uppgifter.

Bevaka frågorna i enlighet med gällande lagar, regler och förordningar för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet i länet

Tillgänglighetsrådet har under 2017 fått information från bl.a. kulturen om hur de arbetar för att tillgänglighetsanpassa sin verksamhet., samt att de getts möjlighet att lämna synpunkter på regionens nya webb.

Följa forskning och utveckling inom området

Rådet har under 2017 genom tillgänglighetskonferensen berört området forskning och utveckling, bl.a. genom information om olika appar för kommunikation.

Framföra önskemål och motivera behovet av förändring hos berörd huvudman

Rådet har under 2017 inte lämnat något önskemål av förändring till huvudmannen.

Följa hjälpmedelsförsörjningens utveckling i enlighet med antagen hjälpmedelspolicy för länet

Rådet har under 2017 följt arbetet med hjälpmedelspolicyn inklusive andra tillhörande styrande dokument.

Vara ett forum där handikapprörelsen kan samordna synpunkter vid yttrande eller remissvar

Rådet har under 2017 fått information om den remiss som utsänts av Socialdepartementet – På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. Rådet kommer under slutet at 2017 få en redovisning av Region Jämtland Härjedalens inlämnade remissvar.

Informera och samverka kring frågorna i länet

Rådet har delvis, genom sin årliga tillgänglighetskonferens, kunnat sprida kunskap om tillgänglighets- och funktionshinderfrågor. Genom publicering av sina protokoll på regionens webbsida kan allmänheten ta del av rådets verksamhet.

Ekonomiskt utfall 2017-10-31

	Årsbudget 2017	**Utfall per 2017-10-31**
Ackumulerad budget	100 000	83 370
Summa intäkter	100 000	
Personalkostnader (lön, arvode, sociala avgifter, andra ersättningar)		24 195
Omkostnader (Personalbefrämjande åtg, externa representanter, resor o.s.v.)		36 510
Summa kostnader	100 000	60 705
Resultat		22 665

Tillgänglighetsrådet hade per oktober 2017 ett överskott på 22 665 kronor. En förklaring till överskottet är ett lågt deltagande på några av rådets möten.

Sammanfattning

Tillgänglighetsrådet har under 2017 haft tre protokollförda sammanträden och därtill fyra möten med rådets arbetsutskott som har till uppgift att förbereda och planera rådets sammanträden. Rådet har också under året genomfört en tillgänglighetskonferens i syfte att uppmärksamma funktionshinderfrågor. Som framgår av ovan beskrivna måluppfyllelse uppfyller rådet idag inte fullt sitt syfte.

Tillgänglighetskonferensen 2017 var mycket uppskattad och Louise Hoffsten som var huvudtalare drog drygt 60 personer trots att dagen tyvärr inleddes med extrem halka med inställd busstrafik som följd.

Tillgänglighetsrådets utgifter består till de största delarna av kostnaderna för tillgänglighetskonferensen samt för arvoden.

11

Regionstyrelsen uppföljning 2017 av Pensionärsrådet

RS/1743/2017

2017-10-30

Samordningskansliet
Monica Byvald
Tfn: 063-147637
E-post: monica.byvald@regionjh.se

RS/1743/2017

Regionstyrelsen uppföljning 2017 av Pensionärsrådet

Ärendebeskrivning

I regionstyrelsens verksamhetsplan ingår att följa upp de verksamheter som ingår i styrelsens ansvarsområden.

Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd är ett organ för samråd och ömsesidig information mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter, vilket har beaktats vid rådets samtliga sammanträden. Rådet har under perioden lämnat synpunkter på rutiner vid röntgenundersökningar och förslag till förbättringar vid akutmottagningens väntrum. Ledamöter har fått information om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och getts möjlighet att lämna synpunkter.

Rådet har under perioden 2017-01--2017-10 haft fem protokollförda sammanträden.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning av Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd godkänns.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Rapport uppföljning av Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd 2017 (RS/1743/2017)

Version: 1

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	2017-12-12	Nyutgåva	Regionstyrelsen 2017-12-12

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 UPPFÖLJNING REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS PENSIONÄRSRÅD 2017 4

1.1 Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd 4
1.2 Rådets uppgifter 4
1.3 Genomförd verksamhet 2017-01--2017-10 4
1.4 Måluppfyllelse 5
1.5 Ekonomiskt utfall 2016-12-31 5

1 UPPFÖLJNING REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS PENSIONÄRSRÅD 2017

1.1 Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd

Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd är ett organ för samråd och ömsesidig information mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter. Pensionärsrådet är ett referensorgan med rätt att väcka frågor direkt i regionstyrelsen. Regionen ska (enligt kapitel 5 § 8 HSL) i planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med i detta fall länets pensionärsorganisationer.

Rådet har under perioden 2017-01--2017-10 haft fem protokollförda sammanträden.

1.2 Rådets uppgifter

- verka för att organisationen i sina verksamheter tillförsäkrar pensionärer delaktighet och jämlikhet
- framföra önskemål och vara rådgivande i frågor som rör organisationens verksamheter för pensionärer
- lämna synpunkter eller underlag till aktuella remisser eller delar av remisser som rör pensionärer
- vara ett forum för opinionsbildning och kunskapsspridning i frågor som rör pensionärer

Pensionärsorganisationerna bereds genom sina representanter i rådet möjlighet att framföra synpunkter på Region Jämtland Härjedalens verksamheters utformning samt möjlighet att föreslå förändringar och förbättringar i frågor som har aktualitet för gruppen. Rådets inhämtande av synpunkter ska ske i så tidigt skede att synpunkter och förslag kan påverka ärendets handläggning i aktuell nämnd eller styrelse. Rådet ska vara ett referensorgan med överläggningsrätt i frågor som rör äldre. Överläggningsrätt innebär här att rådet ska informeras och att samråd ska ske.

1.3 Genomförd verksamhet 2017-01--2017-10

- **Budgetuppföljning**

Pensionärsrådet har under perioden följt upp rådets ekonomiska resultat utifrån fastställd budget.

- **Årsbokslut 2016**

Rådet har gått igenom och godkänt årsbokslut för verksamhetsår 2016.

- **Ärenden**

- Förslag från ordförande i Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd angående långa väntetider vid röntgenundersökning (RS/2416/2016)
- Verksamhetsberättelse –Årsbokslut Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd (RS/31/2017)

- **Informationer**

- Vårdplaneringsprocess och vårdplan för överföring av patient från en vårdgivare till en annan vård – och omsorgsgivare. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården, LOSUS.
- Patientnämndens verksamhet.
- Storsjögläntan. Specialiserat palliativt hemsjukvårdsteam.
- Strokeenheten
- Patientföreningen gällande prostatacancer Jämtgubben.
- Samverkan vid utskrivning från sluten hälso – och sjukvård
- Återkoppling studiebesök akutmottagningen
- Mobila närvårdsteamet
- Ung omsorg – möten mellan generationerna
- Primärvård och tillgänglighet vid hälsocentraler
- Robotkirurgi
- Hemsjukvårdsavtalet och samordnad individuell plan, SIP

1.4 Måluppfyllelse

Regionens pensionärsråd ska verka för att rådets åsikter uppmärksammas i regionfullmäktige, styrelse och regionens olika verksamheter. Rådet har under perioden lämnat synpunkter på rutiner vid röntgenundersökningar och förslag till förbättringar vid akutmottagningens väntrum.
Ledamöter har bland annat fått information om samverkan vid utskrivning från sluten hälso – och sjukvård och getts möjlighet att lämna synpunkter.

Pensionärsrådet är ett forum för kunskap och informationsutbyte mellan företrädare för pensionärsorganisationerna och regionens politiska organ och verksamheter, vilket har beaktats vid rådets samtliga sammanträden. Rådet har kontinuerligt följt upp de ärenden som hanterats samt genomfört gemensam verksamhetsplanering för kommande möten. Rådet har fått många föredragningar om pågående verksamheter och material har bifogats protokollen för att underlättare spridning i pensionärsorganisationerna. Föredragshållare uppger att de gärna kommer till organisationerna och informerar vid förfrågan.

1.5 Ekonomiskt utfall 2016-12-31

	Årsbudget 2016	Utfall per 2016-12-31
Regionbidrag	90 000	
Summa intäkter	90 000	90 000
Personalkostnader (lön, arvode, sociala avgifter, andra ersättningar)		54 902
Omkostnader (personalbefrämjande åtg. Externa representanter, resor etc)		
Summa kostnader		54 902
Resultat		**35 038**

12

Fördjupning utifrån SKLs analys av regionens ekonomi och styrning

RS/785/2017

2017-12-08

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

RS/785/2017

Fördjupning utifrån SKLs analys av regionens ekonomi och styrning

Ärendebeskrivning

Vid styrelsen i augusti beslutades om en fördjupning, med fokus på den specialiserade vården på Östersunds sjukhus, av den analys av regionens hälso- och sjukvård samt ekonomi som SKL presenterade i juni.

Med SKL som bollplank har en arbetsgrupp på regionen arbetat vidare med analyser. För att få svar på frågor kring utvecklingen av hälso- och sjukvårdens kostnader, har områdescheferna på Östersunds sjukhus lämnat rapporter till arbetsgruppen. Den 29 november hölls sedan en workshop med HS ledningsgrupp, där förslag till åtgärder togs fram.

Åtgärderna bearbetas och kompletteras nu av arbetsgruppen tillsammans med hälso- och sjukvårdsdirektören och kommer att stämmas av med HS ledningsgrupp den 14 december för att därefter presenteras på det inplanerade mötet den 15 december med den politiska ledningen.

För övrigt föreslås fördjupningar på två områden: En analys av orsakerna till den stora andelen ytterfall (188 mkr) 2016 och en pilotstudie på KPP för ortopeden. Pilotstudien planeras ske genom att ortopeden tillsammans med samma verksamhet i annat landsting jämför sina KPP-siffror. Syftet är både att utveckla en analysmodell för användning på andra områden och att finna orsaken till skillnaderna mellan annat landsting och Region Jämtland Härjedalen.

Regiondirektörens förslag

1. Ytterfallsanalys ska göras och återrapporteras till regionstyrelsen våren 2018.

2. Fördjupad analys av ortopedens kostnader ska göras med hjälp av kostnad per patient-data och jämförelse med annat landsting.

3. Analys av fallolyckor i Jämtlands län som pågår på uppdrag av SVOM ska redovisas till styrelsen efter hantering i SVOM.

4. Åtgärder utifrån resultat av HS-ledningsgrupps workshop kring SKL-analysen ska presenteras den 15 december för regionstyrelsen m fl efter ytterligare en förankring i HS ledningsgrupp den 14 december.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Planeringschef

Utdrag till

Planeringschef

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen 2017-12-08 RS/785/2017
Annika Jonsson
Tfn: 063-14 75 00
E-post: annika.jonsson@regionjh.se

Återrapportering av fördjupning utifrån SKLs analys av Region Jämtland Härjedalen

Summering av höstens arbete med fördjupning av SKLs analys

Vid styrelsen i augusti beslutades om en fördjupning på 10 punkter av den analys av regionens hälso- och sjukvård samt ekonomi som SKL presenterade i juni. SKL pekade på ett antal punkter där regionen stod ut i jämförelse med övriga landsting och regioner. Bland annat visade man att den specialiserade vården på Östersunds sjukhus hade höga kostnader i en nationell jämförelse. Även regionens primärvård har höga kostnader, men dels har inte primärvårdens kostnader ökat anmärkningsvärt mycket de senaste åren, dels är primärvårdens höga kostnader en följd av en sedan lång tid beslutad målsättning om en väl utbyggd primärvård med hög tillgänglighet för hela länets befolkning. Regionstyrelsen beslutade utifrån detta att en fördjupning av SKLs analys skulle ske, med fokus på den specialiserade vården på Östersunds sjukhus.

Med SKL som bollplank, har en arbetsgrupp på regionen arbetat vidare med analyser.
I förslaget till fördjupning ingick att ett faktaunderlag per område på Östersunds sjukhus, skulle sammanställas och lämnas till respektive områdeschef för att de skulle ge svar på varför utvecklingen såg ut som den gjorde. Underlaget innehöll siffror på utvecklingen under ett antal år för produktion, personalkostnader, arbetade timmar, hyrpersonalkostnader, kostnader för riks- och regionvård, samt ett antal detaljfrågor kring materialet.

Den 13 november gjordes en presentation vid ekonomiutskottets sammanträde för regionstyrelsens medlemmar m fl. Arbetsgruppen för fördjupad SKL-analys presenterade då fler siffror och samband för att beskriva utvecklingen av hälso- och sjukvården för länets patienter och organisationssiffror kring produktion, arbetade timmar, ekonomi mm, samt de data över Kostnad Per Patient (KPP) som tagits fram för regionens hälso- och sjukvård. Dessutom redovisades en analys baserad på siffrorna samt de svar och kommentarer som områdena lämnat på det tidigare utlämnade frågematerialet.

Den 29 november hölls sedan en workshop med alla berörda områdeschefer. Utifrån de slutsatser som kunde dras av de svar som områdescheferna lämnat, togs förslag på åtgärder fram. Frågor och svar på utlämnat material berörde framför allt punkt 1 i fördjupningslistan, som handlade om orsakerna till en i nationell jämförelse hög nettokostnadsutveckling sedan 2010 för den specialiserade vården.

De förslag till åtgärder som blev resultatet av workshopen med områdescheferna den 29 november har sedan bearbetats av den lokala arbetsgruppen tillsammans med hälso- och sjukvårdsdirektören.

Åtgärder och tidplan

Vid utformningen av förslagen har regionens arbetsgrupp för fördjupad SKL-analys gjort bedömningar av när åtgärderna skulle kunna genomföras och vilka möjliga effekter och mål som de ska resultera i, både i form av verksamhetsförändringar och minskade kostnader, i de fall de rimligen kan uppskattas. Dessutom behöver parametrar hittas, som det blir möjligt att följa upp åtgärderna efter. Dessa detaljer måste stämmas av med hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, som har sitt nästa möte den 14 dec, d v s efter styrelsesammanträdet. Av detta skäl presenteras detaljerna kring dessa åtgärdsförslag vid den fördjupade redovisning och diskussion med den politiska ledningen som är inplanerad fredagen den 15 december.

Övriga två områden som en fördjupad analys planeras för är ytterfall och KPP för vissa MDC.

Förslag på ytterligare fördjupning av analys utifrån KPP

Här kommer först en kort beskrivning av KPP och DRG, som ligger till grund för de fördjupningspunkter som därefter beskrivs.

Kostnad per patient (KPP)

Kostnad Per Patient (KPP) innebär att kostnaden beräknas för varje individuell vårdkontakt. Det är SKL som ansvarar för att KPP-data från sjukhusen sammanställs i en databas och för de principer som gäller vid framtagandet av KPP. Uppgifterna i databasen bildar därmed ett underlag för utveckling av metoder för jämförelser, analyser och ersättningar inom sjukvården. Vilket kostnadsunderlag man utgår från och hur man kostnadsberäknar sina vårdtjänster i sin KPP-modell är grundläggande för att resursförbrukningen återges korrekt och att jämförelser därmed utgår från samma förutsättningar.

KPP baseras på bruttokostnaden för den vård en enhet producerat. Alla kostnader ska fördelas ut på de vårdproducerande enheterna i relation till hur enheten förbrukat dem (ända från landstingsledningsnivå - inga fria nyttigheter).

För att få möjlighet till jämförelse har följande kostnader exkluderats:
-Politiker (regionfullm, regionstyrelse), tjänstemannaorganisation för beställarverksamhet
-FOU
-Externt finansierade projekt
-Kostnader för köpt vård
-Ambulanskostnader/sjukresor
-Hjälpmedelscentraler
-Kostnader för på enheten förskrivna receptläkemedel
-Reavinster/förluster, extraordinära kostnader

-Moms (privata enheter)☐

Diagnosrelaterade grupper (DRG)

Bruttokostnaderna kopplas sedan ihop med diagnosrelaterade grupper (DRG). Enligt Socialstyrelsen som är ansvarig för DRG är DRG ett beskrivningssystem för sjukvården, som finns och används i hela världen. DRG-systemet bygger på befintliga data om patienters diagnoser, insatta åtgärder, ålder, kön, födelsevikt, utskrivningsätt, etc och kan därmed användas av alla vårdgivare utan extra registreringar. DRG ger en överskådlig beskrivning av verksamheten ur både medicinskt och ekonomiskt perspektiv – kort sagt - det beskriver patienternas ”resursåtgång”.

Innerfall och ytterfall

Vid framtagning av KPP-data delas varje vårdtillfälle upp i ytterfall respektive innerfall.

Ytterfall är de 5 procent extremt dyraste vårdtillfällena per DRG. Ytterfallen står för ca 21 procent av kostnadsmassan och har en medelkostnad som är 5 gånger högre än innerfallen. Andel vårdtillfällen som blir ytterfall inom respektive DRG kan därmed variera (0,5 – 13 procent). Ett vårdtillfälle kan klassificeras som ett ytterfall antingen beroende på att vårddagarna överstiger en viss gräns eller att kostnaderna blir mycket höga.

Innerfallen utgörs av resten av vårdtillfällena och omfattar därmed den mer normala vårdproduktionen.

Syftet med uppdelningen är att få till bättre jämförelser, eftersom extremvärden då inte tillåts påverka normalkostnaden. Vid köp och försäljning av vård mellan olika landsting får vårdgivaren debitera ytterfallen separat och får därför rätt ersättning.

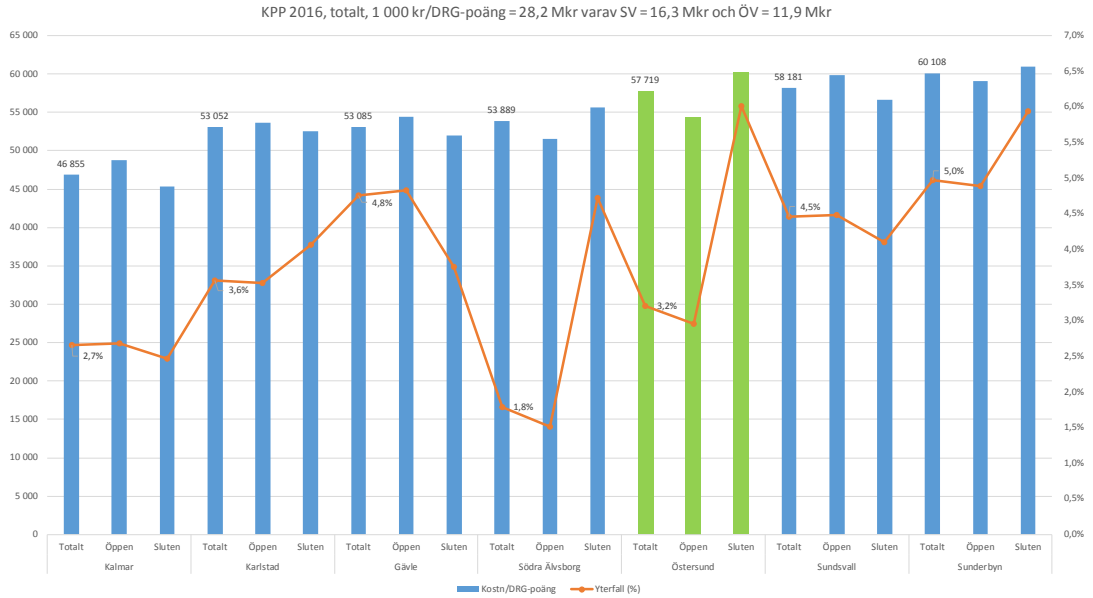
För de KPP-jämförelser som gjorts i fördjupningen av SKLs analys har sex länssjukhus förutom Östersund valts ut på följande grunder:

- Länssjukhussnittet - Riket
- Södra Älvsborg – Sjukhus som regiondirektören har kunskaper om
- Karlstad – Lika som Region Jämtland Härjedalen?
- Kalmar – Lika som Region Jämtland Härjedalen?
- Gävle – Lika som Region Jämtland Härjedalen?
- Sundsvall – Norrlandssjukhus som regionen har många kontakter med och bra kunskap om
- Sunderbyn – Norrlandssjukhus som regionen har många kontakter med och bra kunskap om

KPP-siffror har jämförts för åren 2014, 2015 och 2016.

1. Fördjupad analys av ytterfall

Det KPP-material som tagits fram för Region Jämtland Härjedalen och som har jämförts med andra sjukhus i andra län uppvisar en ovanligt hög procent ytterfall. Dessutom har andelen ytterfall ökat från 5,2 procent 2014 till 6,0 procent 2016, vilket är en ökning med 15 procent.



Det är därför av intresse att Östersunds sjukhus ytterfall 2016 granskas vidare. De består av 1071 vårdtillfällen som kostat 188 miljoner kronor. Chefläkaren har fått i uppdrag att leda analyser tillsammans med respektive områdes MLU och MLA med syfte att får svar på bl a följande frågeställningar:

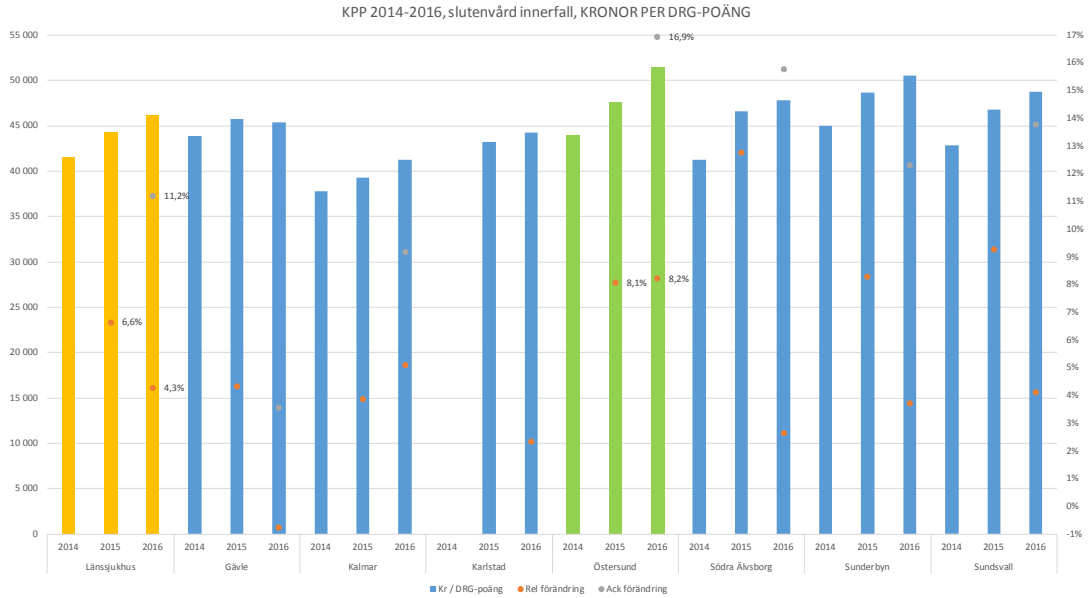
- Har dessa ytterfall något gemensamt som är kostnadsdrivande?
- Finns det kvalitetsbrister bakom?
- Finns det systemfel?
- Beror ytterfallen på långa vårdtider – i så fall för långa? och i så fall varför för långa?
- Görs för mycket åtgärder för dessa patienter jämfört med vad som är rimligt utifrån det DRG som avses?
- Finns det uppenbara registreringsbrister?
- Eller beror allt på relevant sjukdom och åtgärd?

Svaren på dessa frågor kan indikera var på Östersunds sjukhus och på vad som förbättringar bör göras som kan minska andelen ytterfall och därmed sänka kostnaderna.

2. Fördjupad analys av MDC där Östersunds sjukhus har höga kostnader och hög kostnadsökning

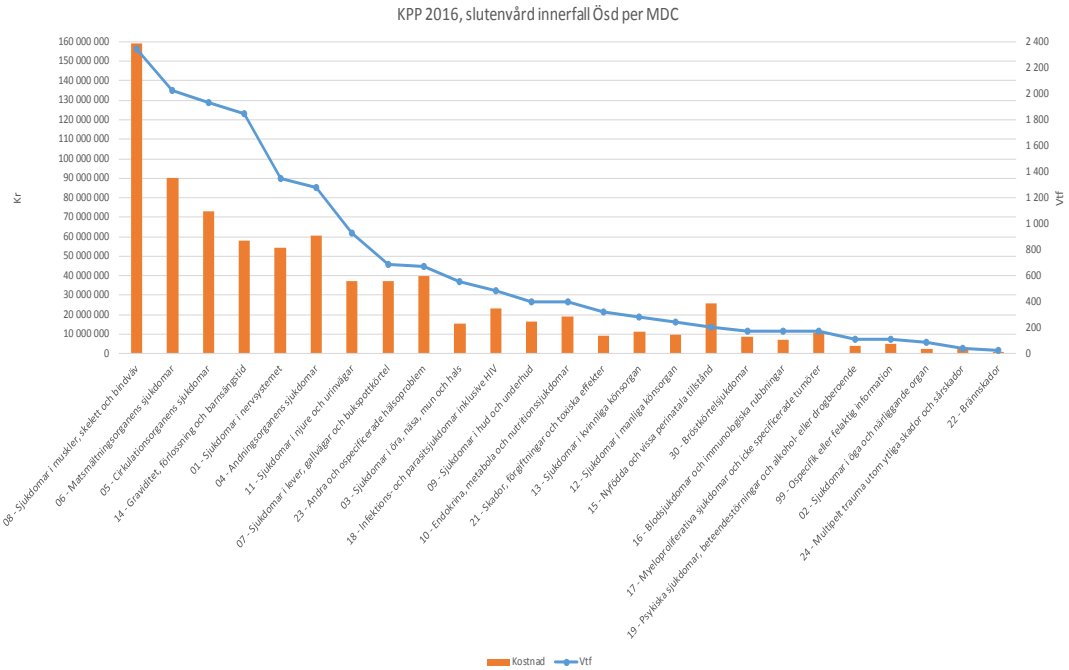
Som angavs tidigare under punkt 1 om analys av ytterfall har regionen en hög andel ytterfall som drar upp vårdkostnaden per patient.

Men även när enbart KPP för innerfallen mäts har regionen höga värden. Dessutom har kostnaden per DRG-poäng slutenvård ökat kraftigt de senaste åren.

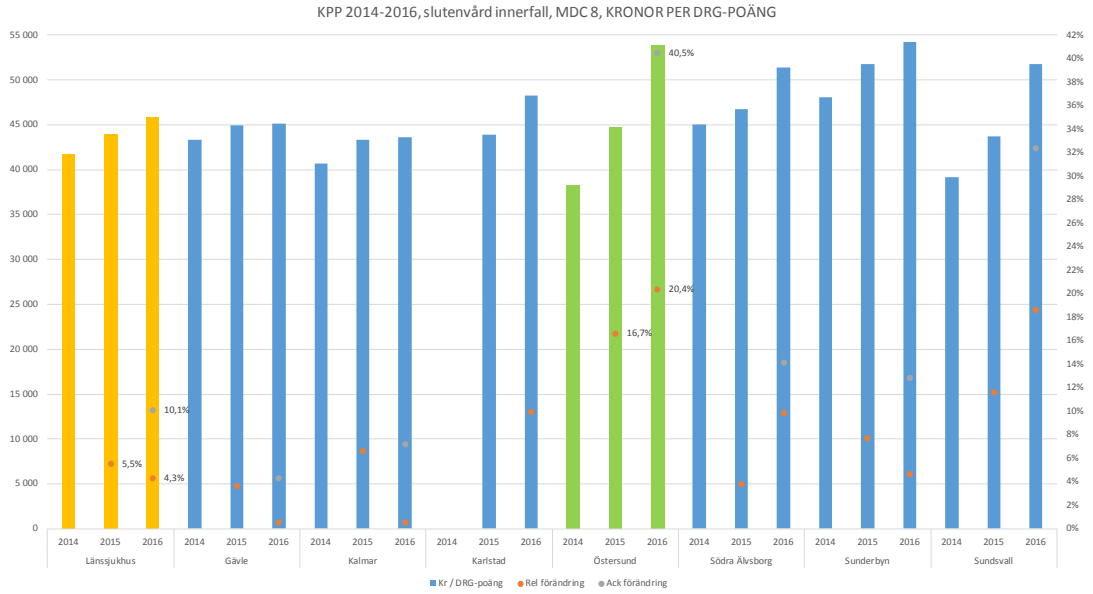


För att se om kostnadsökningen kan kopplas till speciella områden och om det finns varierande storleksgrad i skillnaderna mot riket för olika områden, har KPP-siffror för innerfall slutenvård på Östersunds sjukhus även delats upp på olika MDCs (Major Diagnostic Category). Enligt Socialstyrelsen är MDC en mycket grov indelning av alla huvuddiagnoser där varje MDC motsvarar sjukdomar i ett visst organsystem eller sjukdomar med en viss etiologi . Ofta motsvaras också en MDC av en viss medicinsk specialitet.

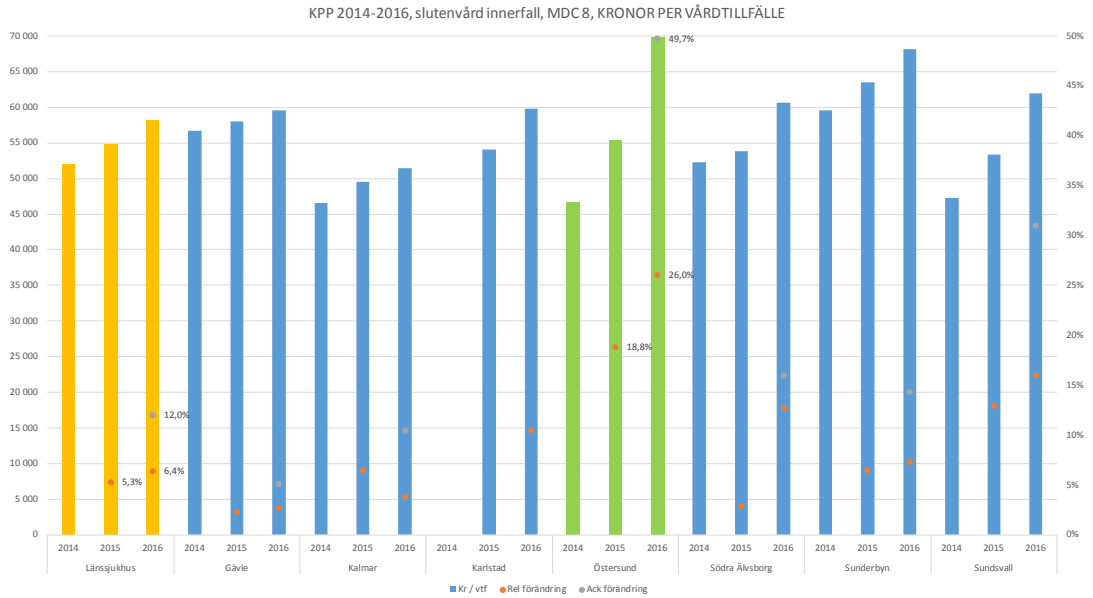
En uppdelning i och rangordning av olika MDC på Östersunds sjukhus enligt KPP och antal vårdtillfällen visar att en mycket stor del av kostnaderna och vårdtillfällena kan hänföras till gruppen *08 Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv*.



En jämförelse med de utvalda sjukhusen och gruppen länssjukhus visar att KPP per DRG för Östersunds sjukhus låg högt 2016 och att den har ökat kraftigt från 2014.



När KPP beräknas per vårdtillfälle avviker kostnaden ännu mer uppåt och ökningen mellan åren är mycket stor. En stor del av denna MDC hanteras av område ortopedi.



Region Jämtland Härjedalen har inte tidigare använt sig av KPP för fördjupade analyser (delvis därför att siffrorna inte varit riktigt tillförlitliga). För att kunna skapa en modell för att analysera beståndsdelarna i KPP och komma fram till varför KPP för olika MDC skiljer

sig jämfört med andra landsting och vad skillnader i kostnadsökning beror på, planeras start av en pilotstudie.

För pilotstudien har område ortopedi valts ut. Tanken är att områdeschefen för område ortopedi och områdets MLA, MLU, ekonom, regionens KPP-specialist och andra som behövs för analysen, sätter sig med motsvarande personer på annat landsting och gör jämförelser på detaljnivå i underlaget till KPP.

Efter genomförd pilotstudie kan modellen användas för jämförelser på andra områden. Dessutom kan en sådan analys ge svar på varför innerfalls-KPP var så höga och kraftigt stigande för MDC 08 Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv, vilket är viktigt att komma fram till med tanke på att de utgör en så stor andel av vårdkostnaderna på Region Jämtland Härjedalen.

BILAGA Återrapportering av övriga fördjupningspunkter

1. Utvecklingstakten – Nettokostnad somatisk vård – avvikelse mot riket i procent – Bild 105 i SKLs analys

En sammanfattning av svaren från områdescheferna blir att det finns flera och samverkande faktorer bakom den höga nettokostnadsutvecklingen efter 2010.
Rent generellt har den specialiserade somatiska och psykiatriska vården i Region Jämtland Härjedalen gått från slutenvård mot alltmer öppenvård. Detta visar sig i att antalet disponibla vårdplatser minskat med 72 stycken från 2008 till 2016. Vårdtillfällena har minskat med 0,4 procent per år och medelvårdtiden har minskat, helt i linje med trenden i riket. Samtidigt har öppenvården ökat kraftigt - sjukvårdande behandlingar med 1,6 procent per år och läkarbesök med 2,2 procent per år. På frågan vad som drivit på utvecklingen finns flera svar:

- Den medicintekniska utvecklingen som innebär att fler tillstånd kan behandlas, vilket ökar efterfrågan på vård.
- Mer effektiva behandlingar leder till att alltfler överlever allt längre, vilket vanligen innebär att man blir en kronisk patient under resten av levnadstiden och då ger upphov till återkommande uppföljning och kontroller.
- Den demografiska utvecklingen. De äldre i länets befolkning har under perioden blivit flera tusen fler.
- Alltmer vård ges allt högre upp i åldrarna.
- Politiska beslut både på nationell och regional nivå som innebär ett ökat utbud, t ex beslut om konstgjord befruktning för ensamstående kvinnor, vissa former av screening och liknande.
- Förändrade nationella riktlinjer som ofta leder till att fler kontroller, läkarbesök mm förordas och medför att mer vård per patient ges. I vissa fall förordas specialiserad regionvård.
- Fler kontroller och mer administrativt arbete i form av registreringar för att kontrollera ledtider efter införande av standardiserade vårdförlopp i cancervården.
- Nya patientgrupper med delvis andra sjukdomar har tillkommit (asylsökande t ex)
- Högre barnafödande
- Fler turister
- Ökat remissinflöde pga många hyrläkare i primärvården, vilket till viss del stöds av statistik. Statistiken visar dock att ökningen av remisserna inte enbart kommer från primärvården.

Den ökade efterfrågan på vård har av områdena i allmänhet klarats av genom att man tagit in personal på timmar/övertid, anställt fler och/eller hyrt in personal. Under senare år har det också varit stora pensionsavgångar som medfört omsättning på personal och bidragit till en lägre nivå på erfarenhet bland personalen på vårdavdelningar. Överenskommelser om förkortad arbetstid och olika lönesatsningar har bidragit till en kraftig ökning av kostnader för personal.

Man har även använt sig av extramottagningar, tagit in hyrpersonal etc för att förbättra tillgängligheten, vilket lett till fler arbetade timmar.

Multidisciplinära konferenser uppges också ta mycket läkartid både för förberedelser, deltagande och efterarbete.

I ökningen av arbetade timmar ingår också att mer tid läggs på utbildning och handledning både hos läkargruppen och för sjuksköterskor och andra yrkesgrupper. Denna utveckling har flera orsaker: Läkare har i större utsträckning gått i pension. Många specialiteter på sjukhuset har sedan lång tid haft svårt att rekrytera färdiga specialister och för att klara pensionsavgångar har man därför anställt läkare under specialistutbildningstjänstgöring (ST) och fler ej legitimerade läkare (AT och andra). Dessutom finns numera hos regionen en del av den regionaliserade läkarutbildningen.

Mixen av olika slags läkare har därför förändrats. Överläkare och specialister låg 2016 på ungefär samma nivå som 2012, medan ST-läkarna ökat med motsvarande 15,6 årstjänster och underläkare och AT-läkare med 21,3 årstjänster.

För att klara det ökade behovet av överläkare/specialister har områdena tagit in hyrläkare och nyttjandet av dem har ökat med motsvarande 8,4 årstjänster. Totalt har läkargruppen ökat med motsvarande 43,8 årstjänster (beräknat utifrån arbetade timmar). I ökningen av arbetade timmar för läkare ingår också den PCI-verksamhet som startade 2015 och som innebar hemtagning av riks- och regionvård från NUS.

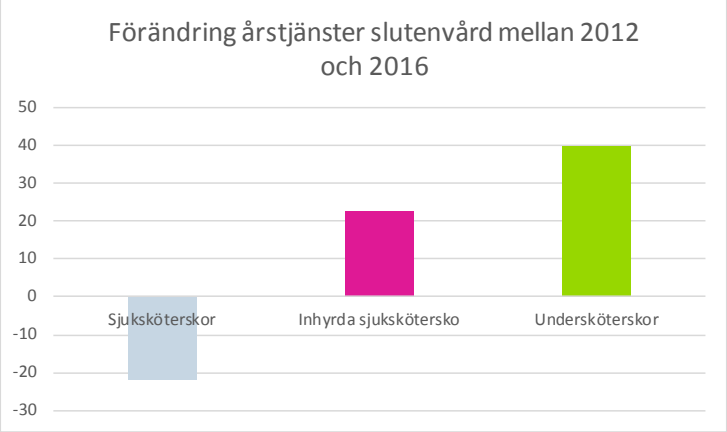
En annan omständighet som lett till fler arbetade timmar för både läkare, sjuksköterskor och andra yrkeskategorier är införandet av det nya vårdsystemet COSMIC.

Vårdnära service för att avlasta vårdavdelningarna med patienttransporter mm motsvarande en ökning av 32 årstjänster.

Med allt färre vårdplatser har den genomsnittliga vårdtyngden blivit högre (eller upplevs så eftersom vårdtyngden inte mäts.) Perioden 2008-2016 har många sjuksköterskor på vårdavdelning antingen gått i pension eller flyttat till mottagningarna, där sjuksköterskeledda specialistmottagningar startats (sviktsköterska mm). Följden har blivit färre erfarna sjuksköterskor på avdelningar och fler med kort erfarenhet, samtidigt som inneliggande patienter har större omvårdnadsbehov. Kvarvarande sjuksköterskor, med kortare erfarenhet, ska dessutom introducera och handleda nyutexaminerade sjuksköterskor.

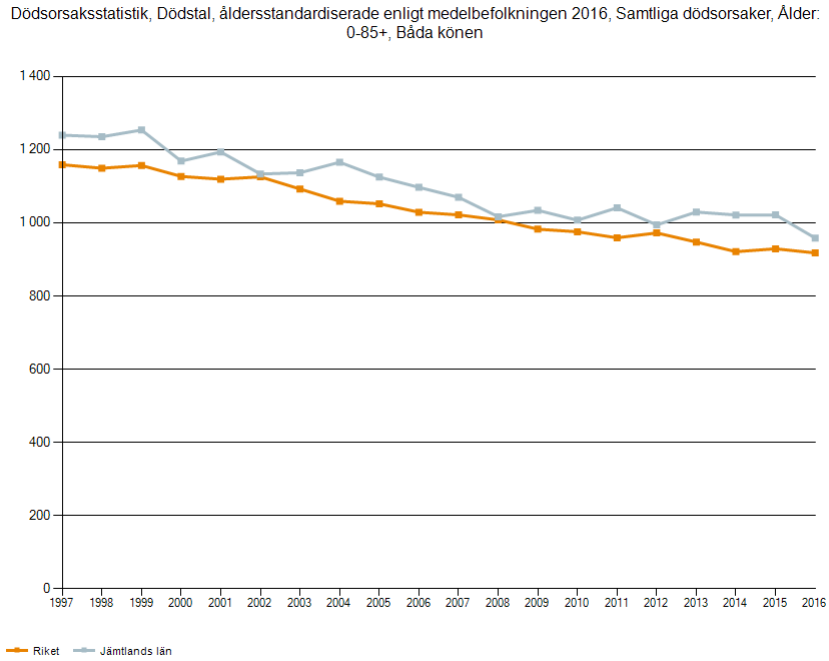
En hög omsättning på sjuksköterskor innebär att mer tid måste läggas på introduktion och handledning. Ett större beroende av inhyrda sjuksköterskor förvärrar den negativa spiralen. Vårdnära service ökning med 32 årsarbetare verkar inte ha fått avsedd effekt, att få igång en utveckling mot Rätt Använd Kompetens. Det är först under 2017 som arbete att försöka ändra mixen sjuksköterska/undersköterska mot mindre andel sjuksköterska satts igång i större omfattning i Bemanningsprojektet.

Mellan 2012 och 2016 har mixen av sjuksköterskor och undersköterskor på vårdavdelning förändrats, men det har skett genom att undersköterskor har tillkommit. Siffrorna i diagrammet baseras på arbetade timmar.



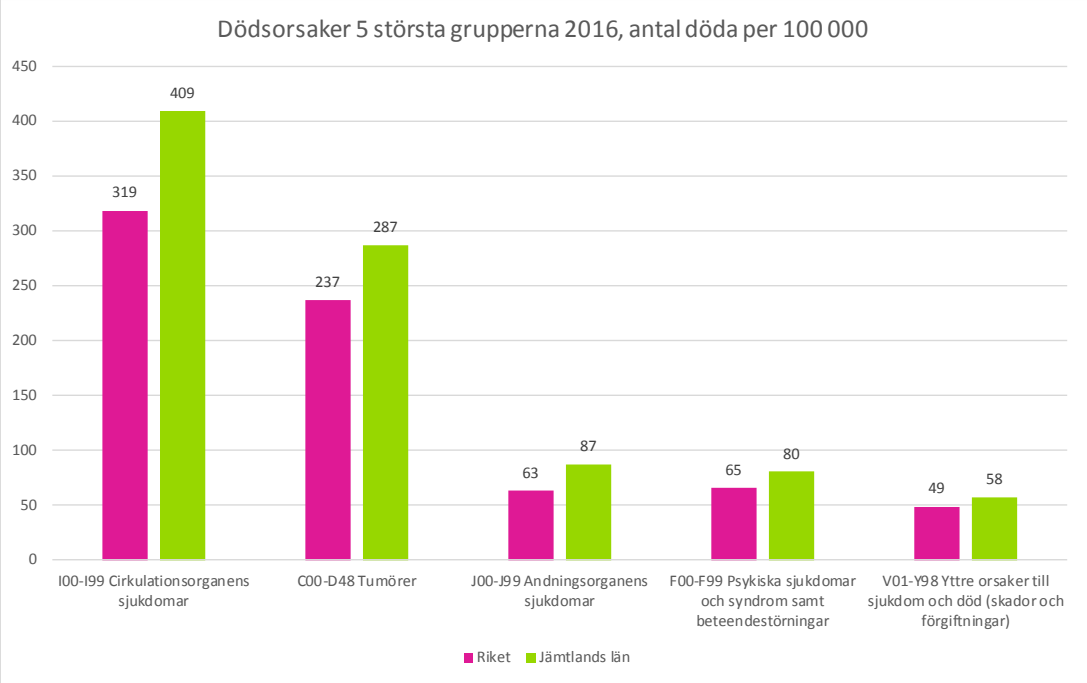
2. Hög dödlighet = högre ohälsa o högre sjukdomsförekomst. Spåra orsaken! Bild 16 i SKL-analysen

I sin analys framförde SKL att regionen enligt statistik har en hög åldersoberoende dödlighet samtidigt som sjukdomsförekomsten inte generellt är hög. Den högre dödligheten i Jämtland är en indikator på ohälsa och högre sjukdomsförekomst och brukar därför vara kopplad till högre kostnader för hälso- och sjukvård. Men när SKL tittade på diagnosbaserad statistik för samma diagnosgrupper visade de inte på högre sjuklighet än riket.



Ytterligare information finns i dödsorsaksregistret. En jämförelse per 100 tusen invånare mellan invånarna i Jämtlands län och riket visar att länsinvånarna i större utsträckning dör i cirkulationsorganens sjukdomar. I den gruppen återfinns t ex hjärtinfarkter och stroke. Det

är även fler som dör av tumörsjukdomar. I gruppen *Yttre orsaker till sjukdom och död i skador och förgiftningar* återfinns bl a självmord och fallolyckor. Dödsorsaksregistret ger dock inget svar på varför dödligheten i Jämtlands län är högre än riket.



Och statistiken över insjuknande i dessa diagnosgrupper visar inte på högre förekomst i Jämtlands län än riket. Dessutom är öppenvårdsbesöken i den specialiserade vården få jämfört med riket.

Samtidigt visar Socialstyrelsens statistik att länsinvånarna får jämförelsevis mycket av den allra dyraste vården när det gäller dessa diagnosgrupper. Det gäller både de slutenvårdsoperationer som görs på Östersunds sjukhus och de slutenvårdsoperationer som utförs på länsinvånare på sjukhus i andra län, i stor utsträckning som riks- och regionvård. Det ger en viss förklaring till att regionen har höga kostnader för slutenvård, då regionens köp av riks- och regionvård som andel av de totala kostnaderna ligger på nästan 16 procent, vilket är tredje högsta andelen av alla landsting.

När det gäller de slutenvårdsoperationer som utförs på Östersunds sjukhus har volymen också betydelse, men det är framför allt en hög KPP per DRG-poäng som ger höga kostnader. KPP-statistiken pekar på en hög kostnadsnivå på Östersunds sjukhus.

Sammanfattningsvis går det att se ett samband mellan höga kostnader för somatisk specialistvård för Region Jämtland Härjedalen och högre dödlighet i vissa stora diagnosgrupper, även om öppenvårdsbesöken och uppmätt sjukdomsförekomst för samma diagnosgrupper är få jämfört med riket.

3. Fördjupning av analyserna kring polikliniseringen. Bild 35 i SKL-analysen

SKL påpekade att andelen behandlingar som sker som dagvård, d v s då inläggning på vårdavdelningen inte sker, är förhållandevis liten för invånarna i Jämtlands län. (I statistiken från Socialstyrelsen ingår både vård som utförs på Östersunds sjukhus och vård som länsinvånarna får på sjukhus i andra län).

Dagkirurgi, Dagkirurgibesök/100 000 inv, Ålder: 0-85+, Båda könen, 2016

Operation	2016 Riket	Jämtlands län
Samtliga operationer	17 620	13 793
T Mindre kirurgiska ingrepp	**3 964**	**2 251**
U Transluminal endoskopi	3 669	3 008
C Operationer och speciella undersökningar i ögonregionen	2 679	2 446
Q Åtgärder på huden	2 445	1 255
X Diagnostiska åtgärder i anslutning till kirurgisk verksamhet	2 109	1 927
N Operationer på rörelseapparaten	1 119	1 270
L Operationer på kvinnliga könsorgan	1 028	1 202
J Operationer på mag-tarmkanalen och därtill hörande organ	671	509
D Operationer på öron, näsan, halsen och struphuvudet	515	313
E Operationer på läppar, tänder, käkar, munnen och svalget	381	234
K Operationer på urinvägar, manliga könsorgan och vävnaden bakom bukhinnan	322	283
A Operationer på nervsystemet	188	244
P Operationer på perifera kärl och lymfsystemet	144	80
F Operationer på hjärtat och stora intratorakala kärl	100	186
M Obstetriska ingrepp	85	58
H Operationer på bröstkörtlar	84	55
G Operationer på bröstväggen, lungsäckar, mediastinum, diafragma, luftstrupen, luftrör och lungor	9	4
B Operationer på endokrina organ	3	5
Y Uttagningar av organ till transplantation	1	0

Socialstyrelsens statistikdatabas 2017-10-16, samt dagkirurgi utförd på specialistvården Campus adderad.

Vid en ytterligare analys av för vilka slags ingrepp det finns avvikelser mellan länsinvånarnas dagkirurgiska ingrepp och rikets framgår att det framför allt är en stor skillnad när det gäller kategorin *mindre kirurgiska ingrepp*. En vidare dykning i denna grupp visar att avvikelserna framför allt gäller kategorierna *mindre ortopediska ingrepp* och *mindre ingrepp på huden* där siffrorna är mer än 60 procent lägre än rikssnittet. Dessa grupper går att analysera på en ännu mer detaljerad nivå och då finner man att vissa ingrepp uppvisar siffror på ca en tiondel av rikssnittet, t ex injektion av diagnostisk eller terapeutisk substans i led mm. Vid kontakter med berörda medicinska specialiteter blev uppgiften att den här typen av åtgärdskoder sällan registreras. Eftersom länsinvånarna i en nationell jämförelse får mycket ortopedisk vård i övrigt – flest slutenvårdsoperationer per 100 tusen invånare och på femteplats när det gäller polikliniska operationer, verkar det också troligt att de stora avvikelserna när det gäller mindre ortopediska ingrepp framför allt beror på underregistrering. De verliga siffrorna för dagkirurgi för länets invånare bör därför vara större än vad Socialstyrelsens statistik visar, men hur mycket större är omöjligt att bedöma.

Område ortopedi har en stor operationsverksamhet och som statistik visar utförs där redan många polikliniska operationer. När det gäller område kirurgi pekade den genomgång som gjordes i utredningen OPUS 2020 på att det fanns möjligheter att utföra mer operationer som dagkirurgi. Genomförande av förändringar i enlighet med OPUS 2020 har startats och pågår.

4. Hög förekomst av höftfrakturer – vad beror det på? Bild 23 i SKL analysen

SKL lyfte frågan om varför Jämtland Härjedalen hela 2000-talet legat så markant över riket när det gäller just höftfrakturer? Regionens och kommunernas samarbetsorgan SVOM har också haft uppmärksamhet på denna fråga och beslutat göra en analys av orsakerna till den höga förekomsten av höftfrakturer. En delrapport som handlar om fallolyckor i Jämtlands län är under framtagande och en del av innehållet presenterades på SVOMs möte 1 december. Den slutliga rapporten kommer att utgöra en del av det material som presenteras för regionstyrelsen våren 2018.

5. Långa vårdtider för KOL-patienterna, varför? Bild 45 i SKL-analysen

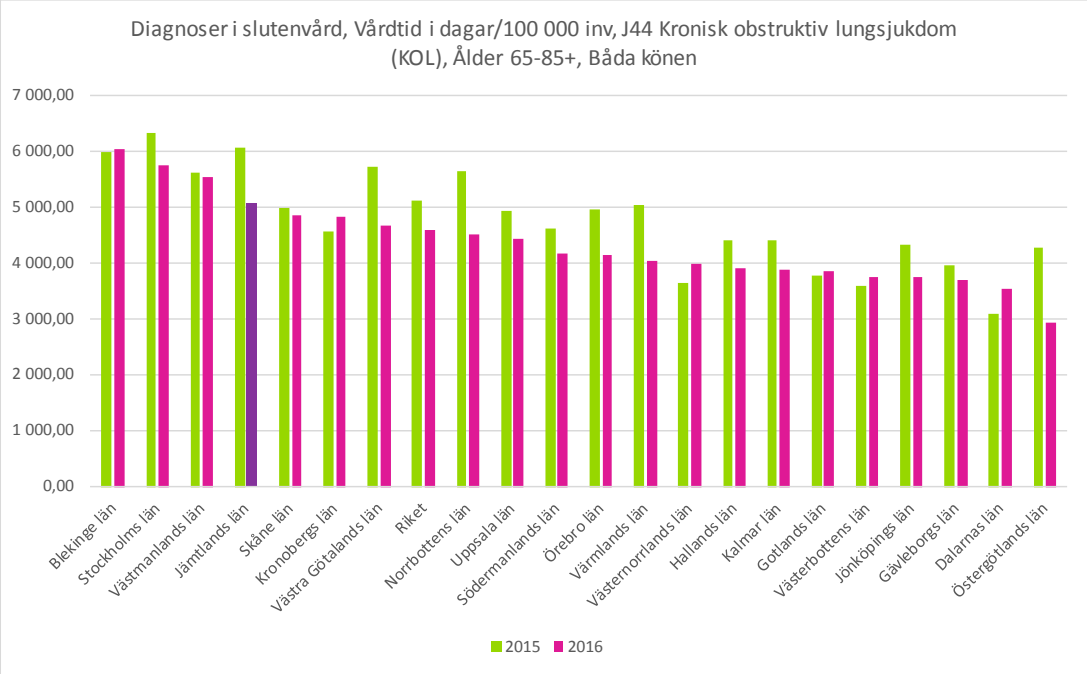
SKL visade att Region Jämtland hade många vårddagar för KOL-patienter. Man noterade att ”*RJH påtagligt högt. Även lång medelvårdtid för denna diagnos; del i förklaring*.”

Bakomliggande orsaker är bl a bristande struktur på rondarbetet, hög personalomsättning och stor andel hyrsköterskor och avsaknad av en särskild KOL-sjuksköterska/KOL-team som kan träffa patienter polikliniskt och efter utskrivning.

Dessutom bedrivs palliativa vård för KOL-patienter delvis på lungavdelningen, vilket genererar längre vårdtider. Dessa skulle kunna vårdas i högre grad i hemmet med stöd av t ex Storsjögläntan.

En konsekvensanalys av nationella riktlinjer har genomförts och beslut om fortsatt arbete har beslutats av HS-ledningsgrupp. Uppdrag till områdescheferna finns att

1. Skapa ett vårdprogram med processinriktning
2. Anpassa organisationen efter vårdprogrammet och optimera samverkan
3. Gör en behovsanalys utifrån punkt 1 och 2
4. Påbörja registrering i kvalitetsregistret Luftvägsregistret
5. Erbjuda sjuksköterskor utbildning i lungsjukvård (minst 15 hp)



När SKL gjorde sin analys maj-juni 2017 fanns ännu inte siffror för 2016. Ett diagram har gjorts med SKLs siffror och kompletterats med siffror från 2016 (båda åren hämtade från Socialstyrelsen). De visar att Region Jämtland Härjedalen fortfarande har många vårddagar, men att de har minskat med över 1000 vårddygn mellan 2015 och 2016 (-17 procent).

6. Överkapacitet på neonatalvården? Bild 71 i SKL-analysen

SKL visade att när det gäller andel av samtliga nyfödda (enl SCB) skrivna i respektive län som vårdats på neonatalavdelning under nyföddhetsperioden (0-28 dagar efter födseln), toppade barn från Jämtlands län statistiken 2013 och 2015 och låg bland de tre i topp även 2012 och 2014. År 2016 var andelen 15,4 procent för barn från Jämtland Härjedalen jämfört med 10,2 procent som var siffran för riket.

Jämtland har hög inläggningsfrekvens och delar det med flera andra landsting med betydande glesbygd eller med landsting med ett sjukhus med neonatalvård.

År	Genomsnittsbeläggning per år avd 109
2016	66,02 %
2015	92,98 %
2014	56,6 %
2013	65,45 %

Beläggningen varierar stort, men trenden är att den ökar.

2016 –	3 mån över 80 %, 5 mån mellan 60-79 %, 4 mån mellan 36-59 %
2015 –	7 mån över 90 %, 4 mån över 70-89 % och en månad 69 %
2014 –	jan 86,2 %, feb 67,8 %, mars 36,2 %, apr 43.3 %, maj 15 %
2013 –	3 mån över 80 %, 3 mån mellan 65-79 %, 6 mån mellan 42-59 %

En 80 procent belagd avdelning är en i stort sett fullbelagd avdelning.

Sammanfattningsvis finns det flera faktorer som påverkar neonatalvården. Vart femte barn inlagt på neonatalavdelningen på Östersunds sjukhus läggs in från hemmet och inte från förlossningen/BB. Om dessa räknas bort för att få mer jämförbara siffror blir andelen vårdtillfällen 11 – 12 procent.

BB/förlossning har resursbrist; vårdplatser och barnmorskor saknas. En mindre andel nyfödda skulle kunna erbjudas BB-vård som alternativ till neonatalvård om mer BB-resurser fanns tillgängliga.

Neonatala vårdplatser för nyfödda (oftast måttligt till extremt prematurfödda) med intermediärt intensivvårdsbehov saknas i Norra regionen. Enstaka barn vårdas därför åt andra neonatala verksamheter inom Norra regionen men även från andra regioner pga resursbrist hos dem. Region Jämtland Härjedalens neonatala verksamhet är en av få i ett nationellt perspektiv som har en stabilitet på det personella planet med hög kompetens neonatalt både från ett läkar- samt barnsjuksköterskeperspektiv.

Det finns geografiska/logistiska omständigheter i glesbygd, som innebär att ett nyfött barn som söker akut och som har många mil till hemmet ofta erbjuds observation på neonatalavdelningen.

Särskilt vintertid besöks länet av många turister. Det innebär att en liten grupp utomlänsbarn varje år råkar födas i Östersund vilket ger ett tillskott i statistiken.

7. Varför har Östersunds sjukhus så hög andel ytterfall 2016? Bild 1 i KPPanalysen

Detta är den punkt som enligt beskrivning tidigare i dokumentet föreslås bli föremål för ytterligare analys.

8. Fördjupad analys av tre olika MDC för slutenvård. Bild 12 i KPP-analysen

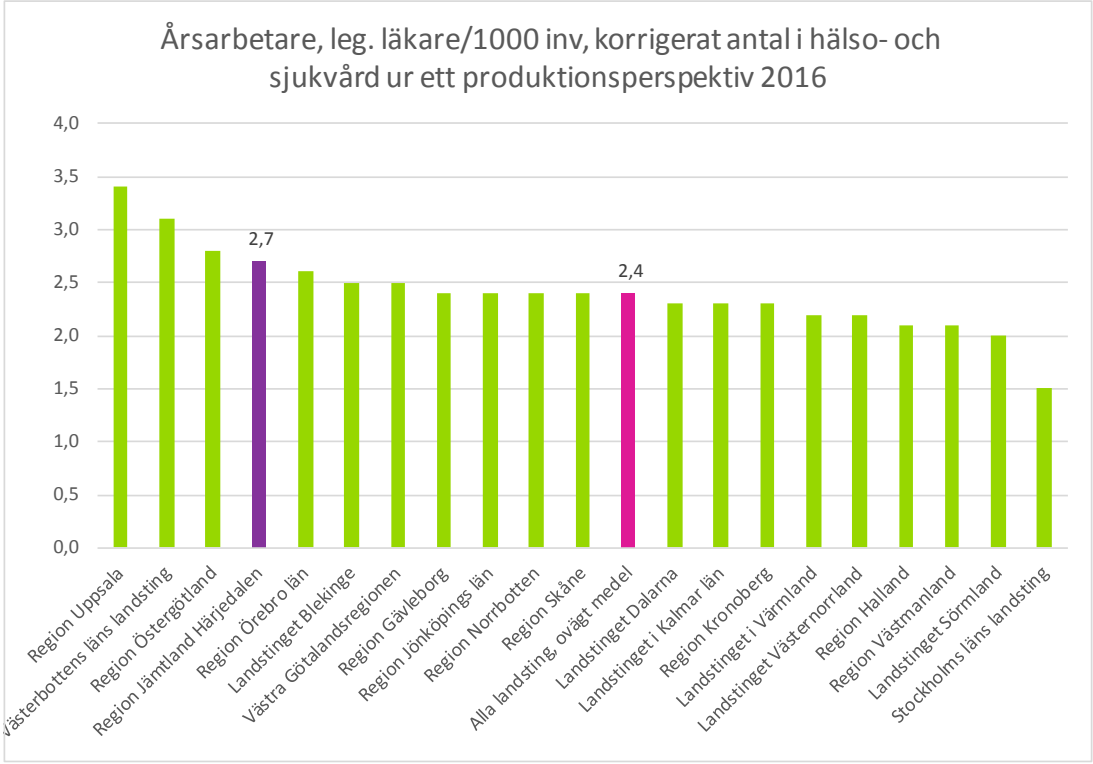
Detta är den punkt som enligt beskrivning tidigare i dokumentet föreslås bli föremål för ytterligare analys tillsammans med annat landsting.

9. Personalkostnader, bemanningsmål och utbildningsuppdrag. Vad kan vi lära av andra och nationell statistik?

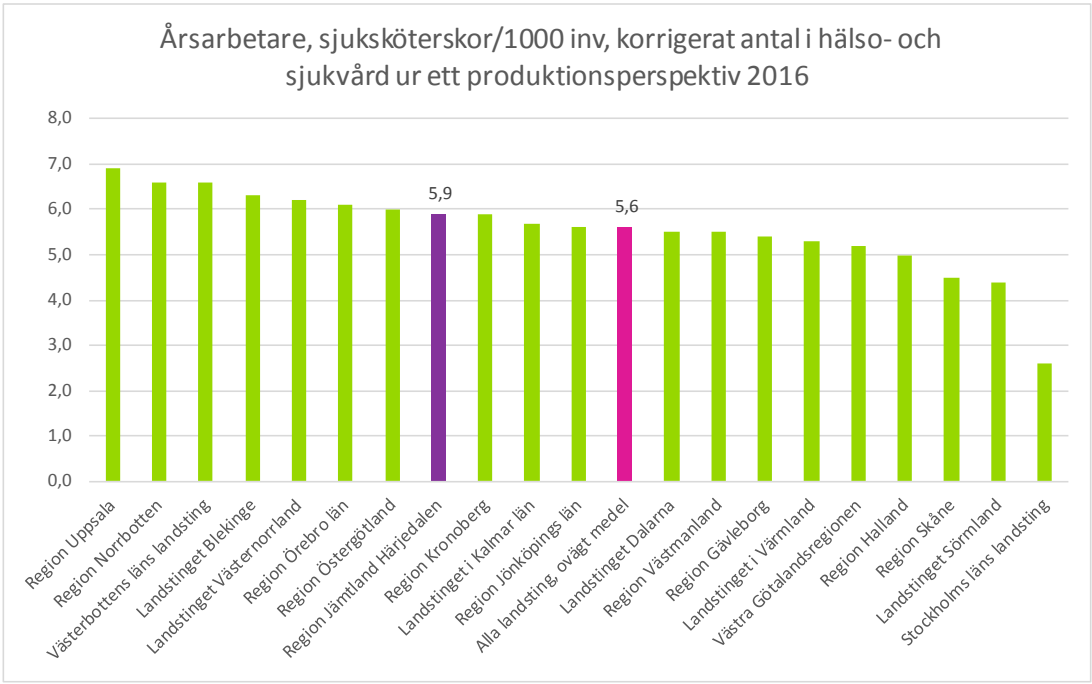
I SKLs databas Kolada finns siffror för vissa yrkeskategorier per 1000 invånare för alla regioner och landsting. Siffrorna inkluderar dock även primärvården.

Produktionsperspektiv innebär att siffrorna inkluderar även inhyrd personal.

När det gäller läkare är siffran högre än snittet. Siffran dras dock till viss del upp av att primärvården ingår och regionens primärvård har högst antal läkare per 1000 invånare i landet. Siffran ligger på 0,9 jämfört med snittet på 0,6.



Siffran för sjuksköterskor inkluderar även primärvården. När det gäller primärvården har regionen näst högst bemanning i förhållande till befolkningen av alla landsting, 1,2 jämfört med snittet på 0,9.



Mer meningsfullt hade varit att mäta bemanning mot den verksamhet som ska bemannas. Detta är svårt då verksamheterna inom hälso- och sjukvården många gånger är väldigt komplexa och användbar statistik saknas.

På regionen är en modell under utformning för att kunna granska och dra slutsatser av schemaläggning, bemanningsmål, övertid mm. För övrigt är målsättningen att kunna lära även om bemanning och personalkostnader från den pilotstudie på KPP-kostnader på ortopeden som planeras.

10. Analys av fullsortimentssjukhus och nivåstrukturering. Hur kan analyser göras?

Myndigheten Vårdanalys har fått Socialstyrelsens uppdrag att snabbt utreda krav på akutsjukhus och akut omhändertagande som underlag när Socialstyrelsen ska arbeta med nivåstrukturering av svensk sjukvård. Vårdanalys genomför därför just nu ett antal intervjuer i respektive landsting/region. På Region Jämtland Härjedalen intervjuas bl a Anna Granevärn, chef för område primärvård och Anita Secher, chef för område akutvård. Den analys som Vårdanalys gör kan ge Region Jämtland Härjedalen värdefull kunskap när det gäller innehållet i Östersunds sjukhus.

13

Revidering av långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning

RS/337/2015

2017-11-23

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

RS/337/2015

Revidering av långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning

Ärendebeskrivning

I anslutning till regionstyrelsens behandling av tertialrapporten 2017-05-31 § 108 uppdrogs till regiondirektören att revidera den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning under hösten 2017 med syfte att uppdatera och förlänga med åtgärder för perioden 2018-2023. Återredovisas till regionstyrelsen i december 2017.

Efter detta beslut har följande hänt som påverkar arbetet:
- Juni - Presentationen av SKL-analysen.
- Augusti – Uppdrag till regiondirektören att fördjupa SKL-analysen och komma med åtgärder
- November – Presentation av fördjupade analyser, workshop i Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp
- Till i december förväntas förslag till åtgärder presenteras för regionstyrelsen som ska fördjupas vid särskilt möte efter regionstyrelsen
- I januari ska regionstyrelsen därefter behandla förslagen från december
- I januaris regionstyrelse och februaris fullmäktige kommer fastighetsutvecklingsplanen att behandlas – den är en del i den befintliga LUP god ekonomisk hushållning
- I januari kommer genomlysningen av psykiatrin att presenteras
- Till februari ska en plan för köpt vård tas fram.

Alla dessa händelser och aktiviteter är delar som ger underlag för en långsiktig plan för god ekonomisk hushållning.

Under våren kommer Regionplan och Finansplan för 2019-2021 att tas fram. Regiondirektören ser fördelar med att avvakta med revidering av LUP god ekonomisk hushållning och samplanera den och Regionplan och Finansplan 2019-2021. Revideringen av LUP god ekonomisk hushållning föreslås därför behandlas samtidigt med Regionplan och Finansplan i regionstyrelsen i maj och regionfullmäktige i juni 2018.

Regiondirektörens förslag

Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning ska revideras så att den kan fastställas samtidigt som Regionplan och Finansplan 2019-2021 fastställs av regionfullmäktige i juni 2018.

Tjänsteskrivelse

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Tf Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör

14

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi

RS/1039/2017

2017-12-06

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Lena Svedh
Tfn: 063/142474
E-post: lena.weinstock-svedh@regionjh.se

RS/1039/2017

Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen beslutade vid sammanträdet i maj 2017 om en översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi.

Bakgrunden till översynen är det beslut som togs 2009 om organisation för den landstingsdrivna primärvården (LS/935/2009) samt beslutet om regler för över- och underskottshantering (LS/42/2010).

Översynen innebar att utvärdera om den regiondrivna primärvården upplever att de har intraprenadvillkor, vilka regelförändringar som skulle underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entreprenadliknande förhållanden. Vidare ska villkoren för den regiondrivna primärvårdens möjligheter att agera som ett sammanhållet bolag eller koncern analyseras. Översynen ska också inkludera en omvärldsanalys samt en analys om det finns andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor. Slutligen ska översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden.

I beslutsunderlaget framgår bland annat att primärvårdens egenregi inte känner till beslutet från 2009 och att de således inte upplever att de arbetar under intraprenadliknande villkor. Vid en fråga till cheferna i primärvårdens egenregi framkommer att mer självständighet inte nödvändigtvis är kopplat till intraprenadvillkor utan det är andra faktorer exempelvis ökad tillit och befogenheter som kan skapa en högre känsla av självständighet. Otydlighet ifråga om utvecklingsansvar inom primärvården har också tagits upp i flera sammanhang.

I omvärldsanalysen framkommer att det inom landsting och regioner är ett fåtal verksamheter som arbetar i intraprenadform, varav ingen i primärvård. Anledningen till det är införandet av vårdval 2010 där man istället försöker arbeta enhetsvis på liknande villkor som privata utförare. I takt med att primärvårdens egenregi blir mer konkurrensutsatt arbetar fler regioner och landsting istället med koncernkänslan.

Det framkommer inga möjligheter att ta in nya villkor för intraprenaderna än de som Åre/Krokom hade under sin tid som intraprenad 2006-2008.

I och med regionens årliga underskott finns ingen anledning att behålla modellen från 2010 för över- och underskottshantering.

Regiondirektörens förslag

1. Regiondirektören får i uppdrag att se över organisationen i primärvård.

2. Regiondirektören får i uppdrag att arbeta med att få till en högre koncernkänsla i primärvårdens egenregi

3. Regiondirektören får i uppdrag att utreda ansvar för utveckling inom primärvårdens egenregi kontra beställarenhetens.

4. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

    a. Beslutet från 2009 (LS/935/2009) om organisation för den regiondrivna primärvården upphör att gälla från och med 1 mars 2018.

    b. Nuvarande modell för över- och underskottshantering (LS/42/2010) upphör att gälla från och med 1 mars 2018.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Tf ekonomidirektör

Utdrag till

Primärvårdschef
Beställarchef
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi (RS/1039/2017)

Lena Weinstock Svedh

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3
1.1 Uppdrag 3
1.2 Metod 3
2 Definitioner 4
3 Erfarenhet av intraprenad 5
3.1 Omvärldsanalys 6
4 Översyn av den regiondrivna primärvården 6
4.1 Nuvarande regelverk 7
4.2 Synpunkter 8
4.3 Kostnader i egen regi 10
5 Andra tänkbara verksamheter 10
6 Uppdaterade villkor 11
7 Resultat 11
8 Förslag till förändringar 12
9 Referenser 13

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

1 Bakgrund

I samband med hälsovalets införande 2010 beslutade landstingsstyrelsen om organisation för den landstingsdrivna primärvården (LS/935/2009). I beslutet framgick att det arbetssätt som dåvarande intraprenaderna i Åre och Krokom haft kommunvis skulle med deras hjälp införas i hela primärvården. Vidare beslutades om att införa ett ekonomiskt system som innebar att verksamheten får ta med sig över- och underskott till nästa år. Ekonomiska avvikelser som innebär underskott eller överskott skall återställas de tre kommande åren. För primärvård gäller, enligt landstingsfullmäktiges beslut den 18 februari 2010 § 22 LS/42/2010, över- och underskottshantering för närvårdsområde.

En översyn bör göras för att utvärdera om den regiondrivna primärvården upplever att de har intraprenadvillkor, och vilka regelförändringar de anser skulle underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entreprenadliknande förhållanden.

1.1 Uppdrag

Regionstyrelsen har gett regiondirektören i uppdrag att:

- Göra en översyn av den regiondrivna primärvården och analysera om det finns behov av regelförändringar för att underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entreprenadliknande förhållanden liksom möjligheterna att agera som en koncern
- Göra en omvärldsanalys för att se vilka regler andra landsting/regioner tillämpar för att stimulera primärvården i egenregi att agera som entreprenör och koncern
- Analysera om det finns andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor
- Utifrån översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden

1.2 Metod

Frågor har ställts till verksamhetscheferna i primärvårdens egenregi, vilka redovisas nedan. För omvärldsanalysen har kontakt tagits med beställarcheferna i landet, Sveriges Kommuner och Landsting, sökning på internet samt läsning av litteratur.

Jurist, hälso- och sjukvårdsdirektör, regiondirektör samt folktandvården i Region Jämtland Härjedalen har också tillfrågats.

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

2 Definitioner

*"**Entreprenad** är ett löfte att, till ett i förväg uppgjort pris mellan en beställare oh en entreprenör, utföra ett arbete eller leverans inom en viss tid."* (Wikipedia)

Entreprenad är ett avtal mellan en beställare och leverantör, d v s mellan två självständiga rättssubjekt, har rättslig handlingsförmåga och kan inneha rättigheter och skyldigheter och äga tillgångar och skulder.

*"**Intraprenad** är en term som oftast används för att beskriva en verksamhet inom offentlig sektor. En Intraprenad har givits större befogenheter att styra över den egna verksamheten, samt ett större ansvar för resultatet av verksamheten. Verksamhet som sköts i form av en intraprenad får efter upphandling ekonomiska medel från sin uppdragsgivare till exempel kommun eller landsting. Intraprenaden är till exempel kommunalt anställd, och har samtidigt ansvar för både drift och pengar för verksamheten.*

En intraprenad är i reell mening liktydigt med en resultatenhet. Begreppet är huvudsakligen tillskapat för att ge ideologiskt utrymme för att skapa alternativ till traditionell verksamhet utan att bereda möjlighet till entreprenad. En intraprenad initieras alltid från en personalgrupp och ej från kommunen. Upphandling av intraprenad är ogörbart." (Wikipedia)

Begreppet är inte definierat i lag men kommer från begreppet entreprenad som är etablerat inom affärsvärlden, främst inom byggsektorn, men även inom tjänstesektorn.

Intraprenad är ett begrepp som används inom ett rättssubjekt framför allt inom offentlig verksamhet för att skapa illusion av affärsmässighet i beställar - utförarmodeller.

Juridiskt sett är ett intraprenadkontrakt en arbetsorder eller instruktion som följs med beslutsbefoghet. För regionens del styrs detta av kommunallagens beslutsregler.

Begränsningarna av utformningen av villkoren ligger framför allt i möjligheterna och hindren att delegera beslutsrätt.

Koncern är en associationsrättslig term för en sammanslutning av företag till en ekonomisk enhet. Det grundas på moderbolagets aktie- eller röstmajoritet i dotterbolagen.

Gemensam nämnd
Ett annat sätt att driva verksamhet i offentlig regi tillsammans med flera andra kommuner. Någon av kommunerna är värd för den gemensamma nämnden men den gemensamma nämnden bildar inte en egen juridisk person. (Sveriges kommuner och landsting, 2011)

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

3 Erfarenhet av intraprenad

Under perioden 2006-2008 drevs hälsocentralerna i Åre och Krokom som två intraprenader med uppdrag enligt särskilda vårdöverenskommelser och regler för över- och underskottshantering (LS/205/2005). Målet med intraprenadformen var bland annat att en ökad kreativitet och ett större engagemang hos personalen skulle ge mervärde för befolkningen. Försöket utvärderades 2008 och vid intervjuer framkom fördelar som avser kvalitet, tillgänglighet, organisering och ledarskap, inställning och attityder samt påverkansmöjligheter. Funderingar avseende styrning och koncernkänsla var också något som framkom.

Vid Luleå tekniska universitet har ett forskningsprojekt bedrivits sedan 2009 som delvis finansierats av VINNOVA och resulterat i en rapport utgiven 2015. Rapporten redovisar en sammanställning av Luleå kommuns upplevelser, erfarenheter och insikter efter sju års erfarenhet av intraprenad inom för- och grundskoleverksamhet och bygger på ett antal frågeställningar till 25 personer inom kommunen. Frågorna handlar om vad som är bra respektive mindre bra med intraprenadverksamheten, vilka lärdomar andra aktörer kan få av Luleå kommun samt vad organisationen kan ta med sig för framtida utveckling. Det positiva med intraprenaderna framkommer inom tre temaområden:

- Förändrade ekonomiska förutsättningar
- Ökat ansvarstagande och engagemang
- Organisationen har utmanats

Det som upplevts som mindre bra

- Ökad belastning inom andra delar av organisationen
- Otydliga verksamhetskontrakt
- Successiv minskning av självbestämmande och grad av valfrihet
- En ”vi-mot-dem-kultur” har varit under uppseglande

Viktiga lärdomar till andra är att förbereda hela organisationen, utforma noggranna verksamhetskontrakt, fastställa syfte, avsätta stöd samt att man får räkna med att det tar tid.

Den stora frågan för intraprenaderna har handlat om förändrade ekonomiska förutsättningar där man gått från ettårbudget till treårs. Möjlighet att välja bort centrala tjänster och funktioner med billigare lokala lösningar har gjort att besparingar har kunnat genomföras.

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

3.1 Omvärldsanalys

Vid sökning på internet framkommer att intraprenader inom kommunernas olika verksamheter är vanligt förekommande. Ett fåtal landsting framkommer vid samma sökning. Dåvarande landstinget i Uppsala har ett regelverk och riktlinjer för intraprenad, då lasarettet i Enköping bedrivits som en intraprenad. Av deras regelverk från 2012 framkommer inga andra rättigheter än de som intraprenaderna i Åre/Krokom hade 2006-2008. Det framkommer inte heller vid sökningen att någon folktandvårdsklinik bedrivs som en intraprenad i landet.

Vårdcentralen Blåsippan i Västernorrland drevs enligt P4 Västernorrland under ett år som en intraprenad men lades ned på grund av man inte fick behålla 25% av vinsten enligt överenskommelsen. Frågan har nu åter blommat upp med anledning av diskussionen om Sollefteå sjukhus.

Enligt reportage i sjukhusläkaren den 5 maj 2013 framkommer att två ögonkliniker samt två vårdcentraler i Västerbotten drivits som intraprenader från 2009. På grund av vårdvalsreformen drivs vårdcentralerna inte längre som intraprenader.

Vid en förfrågan till samtliga beställarchefer eller motsvarande i Sverige framkom att Örebro haft intraprenad inom primärvården men att den avlutats i samband med att chefen slutade. Av deras överenskommelse framkom att den största skillnaden var hantering av över- och underskottshantering.

I Stockholm drivs vårdcentralerna i egen regi som egna resultatenheter inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Uppdrag ges och ”avtal” tecknas med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) på lika villkor som för privata aktörer.

Av och till diskuteras frågan om landstingsägda bolag. Redan när hälsovalet skulle införas togs frågan upp i diskussionsunderlaget för norra regionen (Skoglund 2009). Där framkommer att det knappast finns några formella hinder men att det krävs ett omfattande förberedelsearbete att genomföra. Inget landsting/region har hittills valt att bolagisera primärvården i egen regi.

Vid en fråga till folktandvårdsklinikerna i landet framkommer att några bedrivs som egna aktiebolag, men ingen som intraprenad.

4 Översyn av den regiondrivna primärvården

I en rapport från 2016, ”*Primärvården i fokus*”, skriven av Mats Brännström på uppdrag av landstings- och regiondirektörerna i norrlandstingens regionförbund, tas frågan om primärvårdens roll som utförare i egen regi upp. Av rapporten framkommer bl a att det saknas en målbild för landstingen som utförare. Vidare tar man upp frågan om intern konkurrens, är det ”alla mot alla” som gäller eller är vår hälsocentral med i ett lag? Andra landsting ex Jönköping med ”Bra liv” och Västra Götalands ”Närhälsan” har beskrivit sitt arbete med att aktivt forma ett starkt varumärke för primärvården i egen regi.

Mats föreslår i rapporten att varje landsting inleder ett arbete med att bygga upp identitet och varumärke för sin primärvårdsorganisation med noggranna förberedelser och ett professionellt upplägg för ett bra resultat.

Region Östergötland genomförde 2015 ett omfattande projekt, *Framtidens bästa primärvård,* där projektledningen rekommenderar en produktionsenhet för samtliga vårdcentraler i egen regi.

Inom Region Jämtland Härjedalens primärvård har frågan om ”koncern” diskuterats, men eftersom som konkurrensen i länet hittills inte varit så omfattande så har det inte lagts så stor vikt på detta. Omtag behöver tas i frågan.

4.1 Nuvarande regelverk

I samband med att dåvarande Jämtlands läns landsting gick in i hälsovalet 2010 beslutade Landstingsstyrelsen i november 2009 om en konkurrensneutral organisation för primärvården i landstingets regi (LS/935/2009). I beslutet framkommer att egenregin ska organiseras i kommunvisa närvårdsområden som leds av en verksamhetschef. I uppdraget för Närvårdsområdet ingår ett antal samordningsuppdrag enligt skiss nedan.

Närvårdsområdenas samordningsuppdrag:

- Samverkan kommunerna. Ädel, folkhälsa m m	- Ekonomisk samverkan	- Särskilt boende, - läkarmedverkan
- Jour och beredskapsorganisation	- Rehabilitering – Rehabkoordinatorer	- ST-läkarplaceringar
- Beroendevård	- Rutiner medicinsk säkerhet	- AT-placeringar
- Psykosociala resurser, fördelning inom området	- MLA-funktion	- Utse representanter i arbetsgrupper
- Flexibel bemanning av områdets enheter	- Kris och katastrofplanering	

I ovanstående ärende fastställdes att förslag till regler för över- och underskottshantering skulle hanteras i särskild ordning.

Landstingsfullmäktige fastställde januari 2010 regelverket för över- och underskottshantering (LS/42/2010). Jämtlands läns landsting införde en modell från 2010 som innebär att verksamhetsområdena fiktivt bär med sig över- och underskott mellan åren. Om ett område har redovisar överskott får området ha det tillgodo för att möta eventuella underskott kommande år. Tidsfristen för att återställa ett negativt resultat är tre år. Inom primärvården tillämpas modellen på närvårdsområdesnivå. Beslut om återställande av ekonomiskt underskott fattas av landstingsstyrelsen.

Vid dialog med primärvården i egen regi framkommer att nuvarande regelverk inte är känt inom den egna verksamheten.

Utöver detta regelverk finns ett beslut från 2016 om organisation i primärvård (RS/1379/2015). Beslutet innefattar bland annat ledningsstrukturen för den interna organisationen.

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

4.2 Synpunkter

Med anledning av uppdraget ställdes frågor till verksamhetscheferna i egenregi inom primärvården i Region Jämtland Härjedalen. Nedan följer en sammanfattning av frågorna med exempel på synpunkter:

1. **Upplever ni att ni arbetar under intraprenadliknande villkor?** Nej
   Om inte, varför?
   Samtliga svarar att de inte upplever att de arbetar under intraprenadliknande villkor. En av anledningarna till det är att de inte känner till det beslut som fattades 2009 om organisation för den regiondrivna primärvården. Några vet inte heller vad det innebär att arbeta som en intraprenad. Annat som anges är att det fattas beslut i olika sammanhang som enbart rör egenregin vilket innebär att man tycker sig ha andra förutsättningar än privata vårdgivare inom hälsovalet. Detaljstyrning uppges som en annan anledning.

   ”Små befogenheter att styra över egna verksamheten vilket leder till bakbundenhet och/eller långa beslutsvägar”.

   ”Regler och direktiv utarbetade av personer som inte har kännedom om hur verksamheter fungerar leder till missnöje, utanförskap mm.”

   ”Regionen är en trög organisation, detaljstyrd i många avseenden”.

   ”Egna inköpsavtal bör få tecknas”.

   ”Ingen morot att driva verksamhet mot ett överskott då man inte får behålla pengarna”.

   ”Liten hänsyn tas till skillnader i geografi/demografi”

2. **Vad anser ni behövs för att underlätta ett flexiblare agerande och minskad administration?**
   Det som framkommer är bland annat en tre års budget med möjlighet att fondera medel, samma uppföljning som privata samt ökad tillit och mera befogenheter. Några har angett att de internt har en orimligt hög overheadkostnad.

   ”Måste få se olika ut utifrån förutsättningar”.

   ”Våga prova nya saker.”

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

”Stödfunktioner inom löneadministration, redovisning, helpdesk, it etc med ett tydligt direktiv om vilken del av verksamheten de har ansvar för”.

”Vissa uppgifter måste vi idag fylla i både på papper och i IT-system”

”Det borde finnas något IT-system som möjliggör rätt ersättning till respektive vårdgivare t ex röntgen och jourer”.

3. **Vill ni arbeta under mer entreprenadliknande villkor?**
   Fem av åtta svarar ja men uppger samtidigt att det kan vara svårt om man går med underskott.

   ”Viktigt att ha personalen med sig.”

   ”Ett ökat självstyre skulle göra arbetsdagen lättare”.

4. **Övriga förslag till regelförändringar i egen regi.**
   I svaren framkommer en blandning av förslag till ändringar i hälsovalet. En fråga som lyfts är att alla jobbar efter samma villkor med möjlighet till lika vård för alla.

   ”Närvårdsområden, gränser ska inte vara ett hinder.”

   ”Skrota primärvårdsstaben/hälsovalsenheten och inför en beställarenhet primärvård”.

   ”Egna personal- och ekonomiresurser”

   ”Asylfrågan måste klargöras och hållas utanför”.

   ”Förutsättningar behöver ses över, marknadsföring etc skiljer liksom löner.”

   ”Möjlighet att anpassa öppettider och utbud av tjänster efter behov i verksamhetens upptagningsområde med tanke på vilken typ av befolkning och vad som efterfrågas i respektive område och inte samma krav på alla enheter, vilket möjliggör flexibilitet utan ökade kostnader.”

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

4.3 Kostnader i egen regi

När hälsovalet infördes 2010 sänktes budgetramen för primärvården med minst 23 miljoner kronor som ett resultat av ett omfattande arbete i landstinget med utbudsbegränsningar. Utbudsbegränsningarna gick stick i stäv med det man ville åstadkomma med införande av hälsoval och konkurrensutsättning av primärvård. Dessa minskade kostnader har haft stora konsekvenser för primärvården, inte minst i egen regi, som efter införandet av hälsoval årligen haft ett minusresultat på totalen.

I ett beslut om ny organisation inom område Primärvård (RS/1379/2015) framgår att primärvårdschefen ska få ha minst 50% tid för utveckling av primärvården , det framkommer dock inte om det är för egenregin eller för primärvården på övergripande nivå. Vidare framkommer i samma beslut att primärvårdschefen, biträdande primärvårdschef samt chef för Östersunds närvårdsområde ska finansieras via anslag, vilka arbetsuppgifter utöver hälsovalet de ska ha framkommer inte med tydlighet.

Under första tertialet 2017 hade egenregin i primärvården en ”overheadkostnad” på ca sex miljoner kronor som finansieras med ersättningen från hälsovalet. I dessa ingår bl a löner för primärvårdschef, övertalig personal, personal- och ekonomihandläggare, verksamhetsutvecklare, assistent, medicinsk rådgivare samt personal med samordnaruppdrag. Flera av dessa tjänster kan man ur ett konkurrensneutralt perspektiv ifrågasätta om de ska finansieras med ersättning från hälsovalet. Exempel på detta är verksamhetsutvecklartjänsterna.

En annan fråga som lyfts är de merkostnader med det utvidgade uppdrag som egenregin får utöver hälsovalet ex ansvar för utveckling.

Det pågår mycket nationellt som påverkar primärvården i stort, inte minst utredningen om ”God och nära vård”. Något att ha med när man funderar på organisation och driftform av egenregin.

5 Andra tänkbara verksamheter

I uppdraget ingår också att analysera om det finns andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle effektiviseras om de fick intraprenadvillkor.

Vid den omvärldsbevakning som genomförts framkommer endast två ställen inom specialiserad vård där verksamheten drivits som intraprenad. Det är lasarettet i Enköping och ögonkliniken i Lycksele.

Utan djupare analys och erfarenhet så är i första hand välavgränsade verksamheter som ex hud, ögon, öron där man inte har egna vårdplatser för inneliggande och inte är i stort behov av bl a operationsavdelningen. Serviceverksamhet där man redan idag tillämpar ”köp/sälj” kan lämpa sig som en intraprenad.

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

En verksamhet som är intresserad och som skulle kunna drivas som en intraprenad är folktandvården. Liksom primärvården är de en konkurrensutsatt verksamhet med bl a krav på särskilt bokslut, transparensbokslut. Idag har de en konkurrensnackdel gentemot privata utförare på grund av ex lång beslutsprocess och ställs i prioritet med sjukvården. De gör att de hamnar på efterkälken när det gäller viss utveckling och att duktiga medarbetare väljer andra arbetsgivare.

6 Uppdaterade villkor

Skillnader i förutsättningar för intraprenaderna och övriga primärvårdsenheter i Åre och Krokom 2006-2008:

- Intraprenaderna har en treårsöverenskommelse med särskild över- och underskottshantering
- Intraprenaderna har större självständighet i lönesättning (behöver inte tillämpa individbedömningsformulär men ska i lönerevisioner hålla sig inom tilldelad lönepott)
- Intraprenaderna behöver inte närvara/delta i vissa sammankomster
- Intraprenaderna har medgivits möjlighet att i viss utsträckning sälja tjänster externt

Enligt Region Jämtland Härjedalens jurist har villkoren för nutida förhållanden inte förändrats, vilket också framgår av andra landstings regelverk och överenskommelser för intraprenader.

7 Resultat

Vid omvärldsanalysen framkommer att det är väldigt få verksamheter inom landsting och regioner som bedrivs som en intraprenad. Inom primärvården arbetar istället flera landsting/regioner med att få till en större koncernkänsla för egenregin.

I alla utvärderingar som genomförts om intraprenaderna anses det att det är modellen för över- och underskott som är den mest framgångsrika faktorn. Detta gör att man kan fundera på om intraprenadformen skulle göra verksamheterna mer effektiva, såväl i primärvård som för andra verksamheter.

Beslutet som togs 2009 om organisation för den landstingsdrivna primärvården (LS/935/2009) är inte känd inom primärvården i egenregi och de jobbar således inte efter det beslutet. Mot den bakgrunden kan man fundera på om det finns anledning ta fram ett nytt beslut om organisation för den landstingsdrivna primärvården.

I det beslut som togs om ny organisation inom område Primärvård (RS/1379/2015) framgår att primärvårdschefen ska få ha minst 50% tid för utveckling av

primärvården, det framkommer dock inte om det är för egenregin eller för primärvården på övergripande nivå. Vidare råder oklarheter kring finansieringen av primärvårdschefen, biträdande primärvårdschefen samt chefen för Östersunds närvårdsområde samt vilka arbetsuppgifter utöver hälsovalet de ska ha. Beslutet bygger delvis på det som framgår i primärvårdens långsiktiga utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning (RS/968/2015).

Primärvården anser att de idag är underfinansierade vilket gör att det saknas incitament för att bedriva verksamheten med ett överskott. Eftersom primärvården och övriga hälso- och sjukvården går med årligt underskott gör att man kan ifrågasätta om det finns någon anledning till om över- och underskottsmodellen ska kvarstå.

Svaren på frågorna som är ställda till cheferna i primärvården visar på andra problem än där lösningen är att arbeta i intraprenadform; uppdrag som ges utöver hälsovalet gör att verksamheten inte själv äger frågorna, omständlig byråkrat, brist på tillit och befogenheter, detaljstyrning för regionens verksamheter, hög overheadkostnad samt långa beslutsvägar.

Synpunkterna rör också innehållet i hälsovalsuppdraget, vilka ses över i annat ärende, samt att man bör skrota primärvårdsstaben och hälsovalskansliet och istället införa en ”beställarstab primärvård”.

En viktig fråga är vem som ska driva utvecklingen i primärvården. Är det beställarenheten eller primärvårdens egenregi?

Det råder delade meningar i primärvårdens egenregi avseende mer självständiga enheter eller att få till en större koncernkänsla. Från 2010 tecknar hälsovalet överenskommelser med varje vårdenhet med samma villkor som privata utförare vilket kan anses som ett sätt att få arbeta mer självständigt. I och med större konkurrensutsättning kan det istället bli viktigt att jobba med koncernkänslan i egenregin.

Folktandvården har visat intresse för att bedrivas i intraprenadform.

Några nya juridiska möjligheter för att bedriva verksamheten som en intraprenad än de som gällde för intraprenaderna i Åre och Krokom 2006-2008 framkommer inte i översynen.

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

8 Förslag till förändringar

Utifrån resultatet ovan föreslås följande:

1. Beslutet från 2009 (LS/935/2009) för organisation för den regiondrivna primärvården upphör att gälla.
2. Uppdatera beslutet från 2015 (RS/1379/2015) om organisation i primärvård och tydliggör samordningsuppdraget i närvårdsområdet.
3. Arbeta för att få till en större koncernkänsla i primärvården
4. Utred frågan om utveckling inom primärvård och tydliggör egenregins roll kontra beställarenheten
5. Nuvarande modell för över- och underskottshantering (LS/42/2010) upphör att gälla.

9 Referenser

Brännström, M. (2017). *Primärvården i fokus. Utveckling av sjukvårdssystemet.* Norrlandstingens regionförbund.

Nilsson,K.& Andersson,M. (2015). *Intraprenad som driftsform. En utvärdering av Luleå kommuns intraprenadverksamhet.* Luleå tekniska universitet.

Skoglund, C. (2009). *Vårdval i norra regionen. Diskussionsunderlag.*

Strömstedt, M. et al. *Framtidens bästa primärvård. Slutrapport- projektresultat.* Region Östergötland

Sveriges Kommuner och Landsting (2011) *Alternativa driftformer.*

Åkerström, M-B. (2008). *Rådgivningsrapport. Utvärdering av intraprenader i hälso- och sjukvården.* PricewaterhouseCoopers.

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

§128

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi (RS/1039/2017)

Sammanfattning

I anslutning till införandet av Hälsovalet beslutade landstingsstyrelsen § 232/2009, dnr LS/935/2009 om organisation för den landstingsdrivna primärvården. I detta beslutsunderlag reglerades bl a:

- Intraprenaderna (Åre och Krokom) ingår fr o m 1 januari 2010 i den landstingsdrivna konkurrensneutrala primärvården. Det arbetssätt som intraprenaderna haft kommunvis och som varit mycket framgångsrikt skall med deras hjälp införas i hela primärvården.
- För den landstingsdrivna primärvården införs ett ekonomiskt system som innebär att verksamheten får ta med sig över- och underskott till nästa år. Ekonomiska avvikelser som innebär underskott eller överskott skall återställas de tre kommande åren. Verksamhetsområdet beslutar om regler avseende över- och underskott för närvårdsområdena.

Landstingsfullmäktige beslutade 2010-02-18 § 22, dnr LS/42/2010 om regler för över- och underskottshantering. I beslutet framgår att det är verksamhetsområdet som gäller, och att för primärvård gäller närvårdsområde.

En översyn bör göras för att utvärdera om den regiondrivna primärvården upplever att de har intraprenadvillkor, och vilka regelförändringar de anser skulle underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entraprenadliknande förhållanden. Villkoren för den regiondrivna primärvårdens möjligheter att agera som ett sammanhållet bolag eller koncern ska också analyseras. Översynen ska också inkludera en omvärldsanalys för att se vilka regler andra landsting/regioner tillämpar för att stimulera primärvården i egenregi att agera som entreprenörer och hur koncernagerande kan stärkas.

I detta uppdrag ingår dessutom att analysera om det finna andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor.

Slutligen ska uppdraget utifrån översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden.

Förslag till beslut

1. Regiondirektören får i uppdrag att göra en översyn av den regiondrivna primärvården och analysera om det finns behov av regelförändringar för att underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entraprenadliknande förhållanden liksom

möjligheterna att agera som en koncern.

2. Regiondirektören ska också göra en omvärldsanalys för att se vilka regler andra landsting/regioner tillämpar för att stimulera primärvården i egenregi att agera som entreprenörer och koncern.

3. I regiondirektörens uppdrag ingår dessutom att analysera om det finns andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor.

4. Slutligen ska regiondirektören utifrån översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden.

5. Regiondirektören ska redovisa arbetet vid regionstyrelsen i oktober.

Yrkanden

Eva Hellstrand (C) yrkar följande:
"För att välkomna fler aktörer inom primärvården är behovet av översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi en nödvändighet. Vårdvalsnämnden hanterar frågor rörande förfrågningar och uppföljning av verksamheterna. Centerpartiet yrkar att ärendet bereds av vårdvalsnämnden innan ärendet beslutas i regionstyrelsen i oktober 2017."

Ann-Marie Johansson (S) yrkar avslag på Eva Hellstrands yrkande med följande motivering "översynen berör enbart den primärvård som drivs av regionen och har inget med vårdvalets regler att göra"

Proposition

Ordföranden ställer proposition på regiondirektörens förslag och finner det antaget.
Ordföranden ställer proposition på Eva Hellstrands yrkande och finner det avslaget.

Beslut

1. Regiondirektören får i uppdrag att göra en översyn av den regiondrivna primärvården och analysera om det finns behov av regelförändringar för att underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entraprenadliknande förhållanden liksom möjligheterna att agera som en koncern.

2. Regiondirektören ska också göra en omvärldsanalys för att se vilka regler andra landsting/regioner tillämpar för att stimulera primärvården i egenregi att agera som entreprenörer och koncern.

3. I regiondirektörens uppdrag ingår dessutom att analysera om det finna andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor.

4. Slutligen ska regiondirektören utifrån översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden.

5. Regiondirektören ska redovisa arbetet vid regionstyrelsen i oktober.

Expedieras till

Vårdvalsnämnden

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut angående översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i egen regi
- § 232-2009 Beslut om konkurrensneutral organisation för PV i landstingets regi
- Modell för över- och underskottshantering Fullmäktige 2010

15

Svar på uppdrag till regiondirektören att utreda möjligheten att centralisera inköpsfunktionen

RS/1007/2017

§61

Svar på uppdrag till regiondirektören att utreda möjligheten att centralisera inköpsfunktionen (RS/1007/2017)

Sammanfattning

På regionstyrelsens sammanträde den 29 mars 2017, § 58, i samband med att ärendet om månadsrapporten för februari 2017 behandlades, fick regiondirektören ett uppdrag att snabbutreda att centralisera inköpsfunktionen som stöd till enhetscheferna.

I maj 2017 beslutade Region Jämtland Härjedalens inköpsråd att genomföra en genomlysning av hela inköpsprocessen i syfte att få fram möjliga besparingar, effektiviseringar och en optimal inköpsorganisation. Resultatet av genomlysningen redovisas i en rapport som levererades den 28 september.

I rapportens nulägesanalys framkommer att det saknas ett tydligt uttalat uppdrag och vision för inköpsverksamheten i organisationen men att det finns stora möjligheter att bygga vidare på det som finns och fungerar idag. För att Region Jämtland Härjedalen ska erhålla en effektivare inköpsprocess med lägre kostnader föreslås organisatoriska förändringar och ny styrmodell för inköp.

Åtgärderna styr mot att lyfta inköpsfrågorna från taktiskt upphandlingsperspektiv till strategisk styrning och uppföljning samt utveckla systemstöd för beställningar.

På sammanträdet med utskottet för ekonomi den 13 november 2017 redovisades innehållet i den genomlysning som har genomförts och förslag på åtgärder presenteras. Utskottet fick möjlighet att ställa frågor. Utskottet poängterade att det är viktigt att alla i verksamheten förstår sin soll i inköpsprocessen.

Förslag till beslut

Utskottet för ekonomi föreslår regionstyrelsen

Regiondirektören får i uppdrag att besluta om möjliga åtgärder utifrån rapporten ”Genomlysning av inköpsprocessen”.

Beslut

Utskottet för ekonomi föreslår regionstyrelsen

Regiondirektören får i uppdrag att besluta om möjliga åtgärder utifrån rapporten ”Genomlysning av inköpsprocessen”.

Expedieras till

Upphandlingschef

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut regiondirektörens uppdrag att utreda möjligheten att centralisera inköpsfunktionen
- Utveckling av spendanalys Region Jämtland Härjedalen 5 ok 2
- Genomlysning av inköpsprocessen, Region Jämtland Härjeda

Genomlysning av inköpsprocessen

Region Jämtland Härjedalen | 5 oktober 2017

ProSourcia
inspire innovate improve

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

Innehåll

1 Inledning – uppdrag och metodik

2 Executive Summary

3 Nulägesanalys

4 Sammanfattning – nuläge, utmaningar och konsekvenser

5 Förbättrings- och utvecklingsmöjligheter

6 Sammanfattning - förslag på åtgärder

7 Aktivitets- och tidsplan för åtgärder

8 Bilagor

Bilagor

1. Inköpsprocessen
2. Förväntningar på genomlysning
3. Referenser
4. Organisationsbilder

Inledning | Uppdrag

- Region Jämtland Härjedalen (Regionen) önskar genomföra en genomlysning av inköpsprocessen i syfte att få fram förslag på besparingar, effektiviseringar och en optimal inköpsorganisation.
- Förväntningarna är att genomlysningen ska ge konkreta förslag på hur Region Jämtland Härjedalen ska kunna:
  - Förbättra köpmönster
  - Behovsanpassa och utveckla systemstöd
  - Säkerställa att inköp sker i tecknade avtal
  - Upphandla oupphandlade volymer
  - Ta fram relevanta nyckeltal för uppföljning
  - Identifiera vem som gör vad
  - Identifiera respektive enhets uppdrag
  - Identifiera otydligheter och dubbelarbete inom organisation och process
  - Effektivisera upphandling
  - Finna besparings- och effektiviseringsområden
  - Säkerställa att regelverk efterlevs
- ProSourcia har fått i uppdrag att göra en bred genomlysning av inköpsprocessen i kombination med att bygga vidare på och berika de spend-analyser som redan gjorts av Regionen.
- Dels för att fastställa gap, men framför allt för att identifiera förbättringsmöjligheter och besparingspotentialer.
- Genomlysningen har genomförts i enlighet med metodik på nästa sida och levereras i två rapporter:
  - Genomlysning av inköpsprocessen
  - Utveckling av spendanalys
- Totalt har 15 personer intervjuats, en workshop hållits med Upphandlingsenheten och drygt ett tjugotal interna dokument lästs igenom (se bilaga 3).
- Inköpsprocessen definieras i denna genomlysning i enlighet med bilder i bilaga 1.

Inledning | Metodik

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Initial analys → Genomlysning → Identifiering av förbättringsmöjligheter → Presentation och beslut

Aktiviteter

Initial analys	Genomlysning	Identifiering av förbättringsmöjligheter	Presentation och beslut

• Inläsning och analys av bakgrunds-information som tillhandahållas av Region JH.
• Framtagning av förslag på hur befintligt material/spendanalys kan berikas för ökad kvalitet och användbarhet.
• Avstämning av förslag på omfattning och upplägg för arbetet (inklusive förväntningar och tidplan) med Region JH.
	• Intervjuer med ett urval utvalda personer.
	• Inläsning av internt material.
	• Leverans av data från Region JH för att berika nuvarande spendanalys och öka kvaliteten och möjligheten att identifiera förbättringsmöjligheter.
		• Analys av material, intervjuer och data.
		• Identifiering av förbättrings-, besparingsmöjligheter och åtgärder inom hela inköpsprocessen (strategiskt – taktiskt – operativt).
			• Presentation av analys och identifierade förbättringsmöjligheter, som bl a inkluderar:
			  ◦ Framtida inköpsprocess
			  ◦ Organisationsdesign
			  ◦ Mätning och uppföljning
			  ◦ Systemstöd
			  ◦ Besparingspotential
			  ◦ Aktiviteter för genomförande
			• Prioritering och beslut av Region JH av aktiviteter och tempo på genomförande.

Leverans

Initial analys	Genomlysning	Identifiering av förbättringsmöjligheter	Presentation och beslut
• En genomförandeplan.	• En bild av nuläget. • En utökad spendanalys.	• Förslag på aktiviteter och tidplan för att realisera identifierade besparings-, förbättrings- och utvecklings-möjligheter.	• Muntlig presentation och leverans av skriftlig rapport. • Beslut av Region JH.

Innehåll

1 Inledning – uppdrag och metodik

2 Executive Summary

3 Nulägesanalys

4 Sammanfattning - nuläge, utmaningar och konsekvenser

5 Förbättrings- och utvecklingsmöjligheter

6 Sammanfattning - förslag på åtgärder

7 Aktivitets- och tidsplan för åtgärder

8 Bilagor

Bilagor

1. Inköpsprocessen
2. Förväntningar på genomlysning
3. Referenser
4. Organisationsbilder

Executive Summary 1/2

- Likt många andra inom offentlig sektor så har Region Jämtland Härjedalen ett taktiskt upphandlingsfokus för sin inköpsverksamhet idag. Fokus ligger på genomförandet (själva upphandlingsprocessen) och betydligt mindre tid läggs på styrning och uppföljning. Det är där Regionen har sin största förbättringsmöjlighet och utvecklingspotential.
- Det som skiljer Region Jämtland Härjedalen är, att när andra inom offentlig sektor oftast har en total avsaknad av styrning och uppföljning av sin inköpsverksamhet, så ligger Regionen längre fram. Det finns:
    - Ett Inköpsråd för styrning och beslut i gemensamma inköpsfrågor.
    - Ett spendanalysverktyg som på ett enkelt och lättillgängligt sätt ger dagsaktuell information.
    - En Avtalscontroller med ambition att mäta och följa upp mer och bättre än det som görs idag.
- För att Region Jämtland Härjedalen ska uppnå sina mål med att erhålla en effektivare inköpsprocess som tar till vara outnyttjade potentialer och ger/levererar lägre kostnader, så måste en förflyttning ske från dagens läge till ett mer proaktivt fokus där planering, prioritering, styrning, målsättning, genomförande och uppföljning ingår.
- Förutsättningar för förändring är goda då Regionens ekonomiska situation kräver ytterligare effektiviseringar. Det finns en samsyn/medvetenhet att inköpsområdet kan bidra med lägre kostnader/besparingar, att styrning, mätning och uppföljning måste förbättras samt ny ledning i form av ny Regiondirektör.
- För att lyckas behöver ett flertal områden adresseras såsom styrmodell, inköpsorganisation, inköpsprocess och systemstöd (se kapitel 6 ”Sammanfattning – förslag på åtgärder”).
- Viktigaste åtgärderna att ta itu med först (och avgörande förutsättningar) för att en förflyttning ska ske redovisas på nästa sida.
- Vi vill betona att alla våra förslag och åtgärder bygger vidare på det som redan finns på plats och fungerar idag, så att inte Regionen behöver ändra om allt och göra helt nytt.

Executive Summary 2/2

Viktigaste åtgärderna att ta itu med först är:

- Klargör uppdrag
  - Vad vill Regionen med sin inköpsverksamhet?
- Fastställ konkreta mål
  - Vad ska uppnås?
- Ta beslut om styrmodell och inköpsprocess
  - Ett beslutande organ i form av en Inköpsstyrelse (dagens Inköpsråd får utökat uppdrag, mandat och ansvar).
  - En helhetsansvarig Inköpschef som säkrar helhetsperspektiv, ledning/styrning och leverans av mål.
  - En heltäckande proaktiv inköpsprocess som inkluderar planering, genomförande och uppföljning, men som även är en styr- och samarbetsmodell.
  - E-handelssystem som säkerställer effekt av genomförda affärer/avtal.
- Börja arbeta (nu) i enlighet med ny inköpsprocess
  - Prioritera inköpsområden, ta ett helhetsperspektiv och identifiera förbättringsmöjligheter och besparingspotentialer baserat på faktabaserade underlag såsom spendanalyser, business case, avtal som går ut och behov för 2018.
- Mät, följ upp och rapportera
  - Utveckla mätetal som följer upp mål och rapportera progress till ansvariga chefer månadsvis för att säkerställa måluppfyllnad och korrigera avvikelser.
- Nyckel till framgång och störst utmaning kommer att vara att driva detta som ett Regionsövergripande initiativ som kräver prioritering, engagemang och driv på alla nivåer inom organisationen dagligen, inte bara på Upphandlingsenheten. Det handlar om alla chefers chefsansvar, men också den enskilda medarbetarens ansvar. I grunden handlar det om ett förändrat sätt att både se på och arbeta med inköp.

Innehåll

1 Inledning – uppdrag och metodik

2 Executive Summary

3 Nulägesanalys

4 Sammanfattning - nuläge, utmaningar och konsekvenser

5 Förbättrings- och utvecklingsmöjligheter

6 Sammanfattning - förslag på åtgärder

7 Aktivitets- och tidsplan för åtgärder

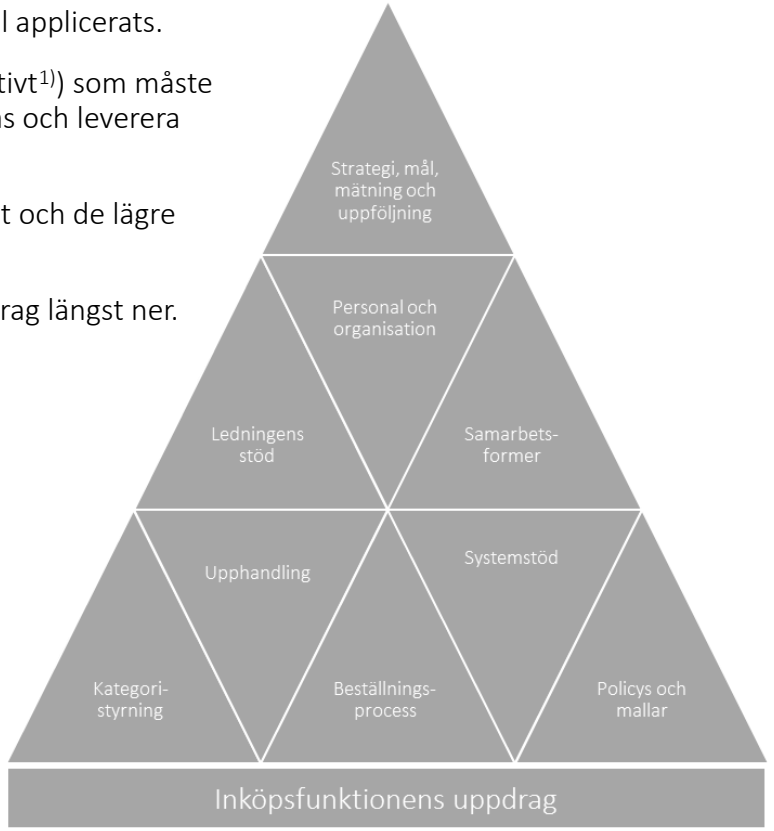
8 Bilagor

Bilagor

1. Inköpsprocessen
2. Förväntningar på genomlysning
3. Referenser
4. Organisationsbilder

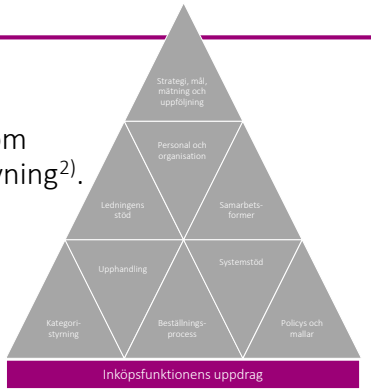
Strategiskt inköpsarbete

- Som utgångspunkt för nulägesanalysen så har ProSourcias strategiska inköpsmodell applicerats.
- Den innehåller alla delar av inköpsprocessen (från strategiskt till taktiskt och operativt[1)]) som måste finnas på plats för att en framgångsrik strategisk inköpsfunktion ska kunna etableras och leverera utifrån sin maximala potential.
- Modellen är omvänd i den bemärkelse att de översta delarna bör vara på plats först och de lägre bör komma därefter.
- Som en bas och grund för hela inköpsverksamheten ligger inköpsfunktionens uppdrag längst ner.
- På nästföljande sidor kommer område för område att redovisas.



[1)] För definition av strategiskt, taktiskt och operativt inköp, se bilaga 1.

Nulägesanalys | Uppdrag

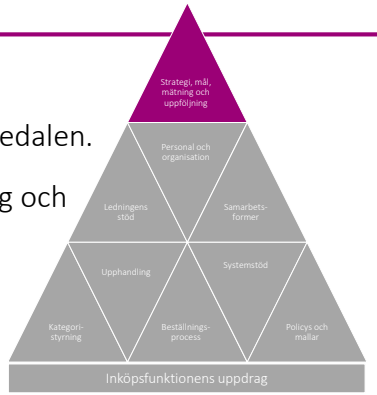


- Vi upplever att det i dagsläget inte finns ett tydligt uttalat uppdrag eller vision för Upphandlingsenheten inom Region Jämtland Härjedalen, även om det på Regionens hemsida, Insidan, finns en form av uppdragsbeskrivning[2]. Mest på grund av att detta (ett tydligt uttalat uppdrag) inte tydligt framkommit varken i intervjuer eller i de styrdokument som existerar.
- Det är därmed oklart vad Upphandlingsenheten ska göra, för vem och varför samt vilken önskad långsiktig ambition/resultat (det vill säga vision) Regionen har för sin inköpsverksamhet.
- Dagens otydlighet i uppdrag leder till oklarhet avseende vad Regionen vill med sin inköpsverksamhet och vilket uppdrag/mandat som Upphandlingschefen har. Det bidrar till brister i styrning, prioritering och uppföljning av inköpsverksamheten och leder till ineffektiva inköpsprocesser.
- Mot bakgrund av ovan så infördes därför 2016, på initiativ av Upphandlingschefen, ett Inköpsråd med åtta medlemmar[3]. Syftet med Inköpsrådet var att involvera verksamheten i styrning av inköpsprocessen och att lyfta gemensamma frågor för beslut. Gruppen träffas vid några tillfällen per termin. Ett flertal av de intervjuade har tagit upp att Regionen skulle kunna dra större nytta av Inköpsrådet än vad som görs idag. Enligt Finansplan 2018-2020 så beräknas inrättandet av Inköpsrådet att leda till MSEK 30 i lägre kostnadsökningar under perioden 2017-2018. Oklart dock hur detta ska gå till.
- Oaktat ovan (det vill säga att Upphandlingsenheten inte har ett tydligt uttalat uppdrag) så går det att konkludera att enheten utför sitt arbete i enlighet med gällande upphandlingspolicy, vilket är i huvudsak är ett taktiskt upphandlingsuppdrag.

[2] Upphandlingsenheten ska, på uppdrag av Regionens olika verksamheter, genomföra upphandlingar som uppfyller ställda krav till lägsta möjliga totalkostnad, så att god hushållning med Regionens resurser säkerställs.

[3] I Inköpsrådet ingår: Upphandlingschef, Ekonomidirektör (ordf.), Regionstabschef, Kommunikatör, Ekonom Regional utveckling, Områdeschef Diagnostik, teknik och service, Avtalscontroller Upphandlingsenheten och Områdeschef Hjärta, neurologi och rehabilitering.

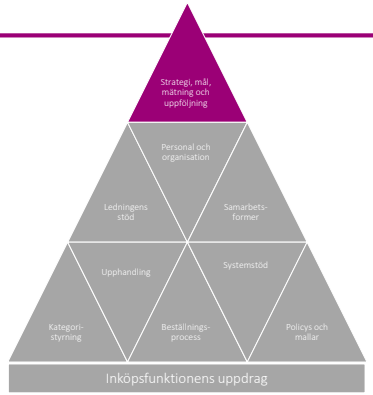
Nulägesanalys | Strategi



- Det finns i dagsläget ingen övergripande inköpsstrategi för inköpsverksamheten inom Region Jämtland Härjedalen.
- Den befintliga upphandlingspolicyn har i huvudsak ett taktiskt upphandlingsfokus[1)] och avsaknad av styrning och planering av Regionens inköpsverksamhet är något som har tagits upp av flertalet av de intervjuade.
- Upphandlingsenheten försöker fånga upp vad som är på gång upphandlingsmässigt ute i verksamheten för att kunna planera och prioritera, men har en stor utmaning med det ständiga inflödet av uppdrag till enheten.
- Uppskattningsvis så kan ca 60% av alla upphandlingar planeras, medan resterande bara dyker upp. En sammanställning av pågående och planerade upphandlingar återfinns i e-Avrop. Planeringen baseras på de individuella planer varje upphandlare gör tillsammans med Upphandlingschefen för sina inköpsområden/avtal. Upphandlingarna som bara dyker upp finns sammanställda i en Excellista.
- I övrigt så försöker Upphandlingsenheten planera så att stora upphandlingar inte krockar utan att de fördelar sig någorlunda jämnt över året.
- Sammantaget så har Region Jämtland Härjedalen ett taktiskt upphandlingsfokus för sin inköpsverksamhet även om det finns inslag av styrning/planering via Inköpsrådet och e-Avrop. Nuvarande fokus innebär att Regionen inte tar ett helhetsperspektiv över sin inköpsverksamhet och därmed missar förbättringsmöjligheter. Brister i styrning och ledning har även konstaterats i en analysrapport från SKL.

[1)] För definition av strategiskt, taktiskt och operativt inköp, se bilaga 1.

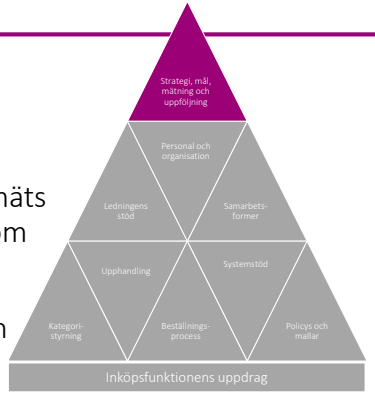
Nulägesanalys | Mål och mätning 1/3



Mål

- För 2017 finns det två mål för inköpsverksamheten vid Region Jämtland Härjedalen:
  - MSEK 20 i besparingar/effektiviseringar.
  - 92% avtalstrohet.
- Därutöver så finns det i Upphandlingspolicyn, i delegationsbeslutet avseende avtalsföljsamhet och på Insidan beskrivningar som liknar mål, såsom:
  - God hushållning med Regionens resurser.
  - Långsiktighet och uthållighet i resursanvändning (uppnå social och miljömässig hållbar utveckling).
  - Upphandling i enlighet med gällande lagstiftning/regelverk, politiska beslut, inriktningsdokument och policys.
  - Allt som Regionen betalar för ska upphandlas (undantag se Upphandlingspolicy).
  - Gällande avtal ska tillämpas av Regionens samtliga verksamheter.
  - Upphandling ska präglas av öppenhet, professionalism och kompetens.
  - Samverkan ska ske internt och externt i upphandlingsfrågor.
  - Innovationer ska främjas när det är lämpligt.
  - Medverka till att små och stora företag ges möjligheter att leverera varor/tjänster.
- Då dagens två mål endast delvis täcker de övergripande målbeskrivningarna ovan, så saknas det idag mål/mätetal som säkerställer styrning och genomförande av Regionens inköpsambitioner. Att Regionen generellt sett inte är bra på att sätta mål, mäta och följa upp sin verksamhet är något som ett flertal av de intervjuade tagit upp, tillsammans med att de tycker att Regionens mål mer liknar visioner, som är svåra att mäta och att det är samma mål/mätetal som inrapporteras år ut och år in. Dessa brister har även konstaterats i en analysrapport som SKL gjort av Regionens styrning och ledning.

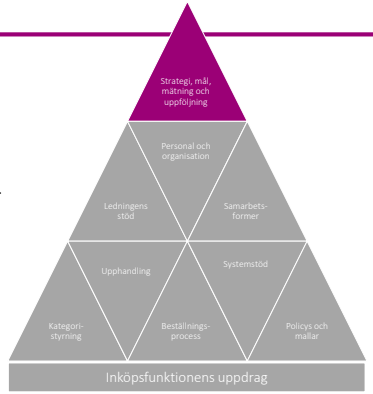
Nulägesanalys | Mål och mätning 2/3



Mätning och uppföljning

- Avseende de två inköpsmålen så har Regionen en hög avtalstrohet (90% uppnåddes 2016). Avtalstroheten mäts och följs upp via en metodik som kallas Divermodellen i ett BI-verktyg som heter ProDiver. Inköpsvolymen som mäts inkluderar samtliga enheter och all adresserbar inköpsvolym utom Regionens investeringar.
- Modellen innebär att hela huvudboken läses in varje natt och att en automatisk mappning av inköpsvolymen (minus alla investeringar) sker in i ett kategoriträd (se mer under ”Kategoristyrning”). Själva mappningen, som görs, baseras på Regionens kontering.
- Själva avtalsinformationen kommer in via en uppdatering av ekonomisystemet, som görs varje gång ett avtal tecknas (ibland läggs information in i efterhand). Organisationsnummer, start- och slutdatum tillhandahålls och registreras och alla fakturor som har angivet organisationsnummer betraktas därefter som köp från en avtalsleverantör.
- Med andra ord så kan Regionen med Divermodellen koppla köp till avtalsleverantörer, men inte konkludera att det är de facto avtalade produkter/tjänster som köps in. Rent definitionsmässigt så mäter och synliggör Regionen leverantörstrohet och inte avtalstrohet.
- Sammanfattningsvis så är ProDiver ett bra verktyg och Divermodellen en OK mätmodell att använda. Styrkan är bland annat den automatiska uppdateringen som medger dagsaktuell information, men även att den är enkel att använda och tillgänglig för alla. Verksamheten kan därmed själva följa upp sina egna inköp och köpmönster. Upphandlingsenheten är medveten om Divermodellens svagheter och dess felkällor är identifierade och dokumenterade. Ett exempel är att fakturor som konteras felaktigt leder till felaktig mappning av inköpsvolym, som i sin tur leder till felaktiga spendanalyser.
- Avseende Regionens andra inköpsmål (MSEK 20 i besparingar), så är det i dagsläget oklart hur Regionen ligger till, då ingen mätning gjorts för första halvåret 2017 och prognos saknas för resterande delen av 2017. Det saknas med andra ord en plan för realisering av besparingsmålet. Med plan menar vi att det saknas en sammanställning över vilka upphandlingar/affärer/initiativ som ska bidra till besparingsmålet, med hur mycket samt vem som ansvarar för dess realisering. Här vill vi betona att detta är ett delat ansvar mellan Upphandlingsenheten och verksamheten, där Upphandlingsenheten möjliggör besparingar genom bra upphandlingar och verksamheten realiserar besparingarna genom att använda ingångna avtal.

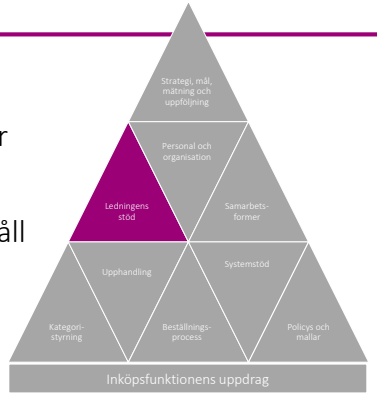
Nulägesanalys | Mål och mätning 3/3



Mätning och uppföljning (forts.)

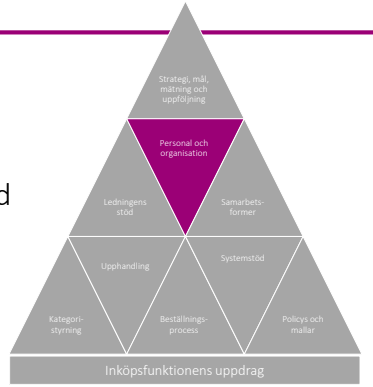
- Upphandlingsenheten har en ambition att mäta och följa upp flera parametrar av inköpsprocessen, men har historiskt sett inte hunnit med detta. Mot bakgrund av detta har en ny tjänst, Avtalscontroller, införts som tillträddes i augusti 2016.
- I övrigt så gör Upphandlingsenheten bland annat följande uppföljningar:
  - Uppdragsavstämningsmöten mellan Upphandlingschefen och varje upphandlare
  - Avtalsuppföljning inför nästa upphandling
  - Sammanställning av:
    - Planerade och pågående upphandlingar
    - Antal upphandlingar och avtal
    - Kostnader/besparingar på förbrukningsartiklar
    - Inkomna uppdrag och var de är processmässigt
- Sammanfattningsvis så kan Region Jämtland Härjedalen bli bättre när det gäller mål, mätning och uppföljning. Det saknas en gemensam strategi och systematik kring mål, mätetal, mätning och uppföljning av inköpsverksamheten inom Regionen och av leverantörers prestationer (d v s en gemensam leverantörsuppföljningsmodell). Avsaknad av mål, mätning och uppföljning är något som har tagits upp av flertalet av de intervjuade.
- Genom att inte mäta och följa upp sin inköpsverksamhet systematiskt så synliggörs bara delar av Upphandlingsenhetens bidrag till verksamheten. Goda arbetsinsatser uppmärksammas inte fullt ut, det är svårt att styra, korrigera avvikelser och att veta om avsedda effekter med avtal uppnås. Verksamheten får inte det verktyg som de behöver för att ta sin roll och sitt ansvar i inköpsprocessen.

Nulägesanalys | Ledningens stöd



- Det finns inget som pekar på eller som framgått i intervjuer att det historiskt funnits ett strategiskt fokus för inköpsfrågor från Regionens ledning.
- Snarare så är vårt intryck att man sett och ser taktiskt på inköpsområdet och att det från ett verksamhets håll betraktas som en separat aktivitet som sköts av Upphandlingsenheten och som inte riktigt har med övrig verksamhet att göra.
- Utifrån vad en inköpsfunktion faktiskt kan leverera om rätt förutsättningar ges, så är därmed dagens förväntningar på enheten låga.
- Avsaknad av strategiskt fokus på ledningsnivå i kombination med brist på tydligt uppdrag och övergripande inköpsstrategi gör det inte lätt för Regionen att driva sin inköpsverksamhet, erhålla en effektiv inköpsprocess och väl fungerande inköpsverksamhet.
- Tilläggas ska dock att vi, trots avsaknad av strategisk ledningsfokus, upplever ett stort stöd för Upphandlingsenheten och för denna genomlysning, framför allt från politiskt håll.

Nulägesanalys | Personal 1/2



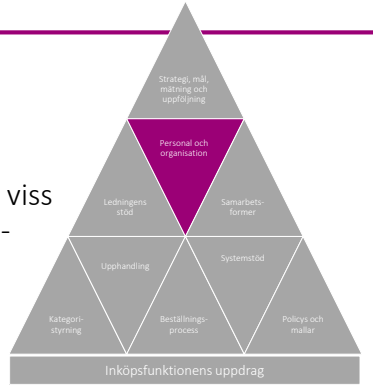
Organisationsdesign

- Upphandlingsenheten återfinns på Regionstaben under Ekonomi- och personalavdelningen tillsammans med Verksamhetsstöd och Ekonomi- och löneservice (se Region Jämtland Härjedalens organisation bilaga 4). Upphandlingschefen rapporterar till Ekonomidirektören och informerar om upphandling i utskottet för ekonomi.
- Upphandlingsenhetens organisatoriska placering är en av de vanligaste förekommande för inköpsfunktioner och som signalerar att man ser på enheten som en servicefunktion och inte som en strategisk resurs, vilket stämmer överens med den uppfattning majoriteten av de intervjuade har (Upphandlingsenheten betraktas som en serviceenhet).

Personal och roller/ansvar

- Totalt arbetar femton personer på Upphandlingsenheten (en chef, en materialkonsulent, en avtalscontroller, en bemanningsansvarig och elva upphandlare). Merparten har jobbat 2-3 år med upphandling och det är en blandning av åldrar/kompetenser/erfarenheter/perspektiv, som upplevs som en positiv tillgång. Alla medarbetare direktrapporterar till Upphandlingschefen, som utöver att vara chef även tar egna upphandlingar.
- Majoriteten av alla anställda är nyanställda, då Upphandlingsenheten har haft en utmaning med att rekrytera och behålla personal på grund av pensionsavgångar och konkurrens om resurser inom Östersundsområdet. Denna personalbrist under de senast 5 åren har lett till att enheten legat efter och att man arbetat med att komma ikapp.
- Det är en enhet man trivs på (en hög arbetsmiljösiffra) och där man samarbetar, hjälps åt, diskuterar och lär sig av varandra, även om man upplever en ansträngning och överbelastning på grund av det upphandlingstryck som existerar. En ständiga ström av uppdrag kommer in via förvaltningsbrevlådan (eller via internposten) och en fördelning av uppdrag görs varje tisdag. Flera av de intervjuade har lyft ett önskemål om fler resurser till Upphandlingsenheten. Upphandlingsenheten uppfattar sig själva som flexibla och lösningsfokuserade.

Nulägesanalys | Personal 2/2

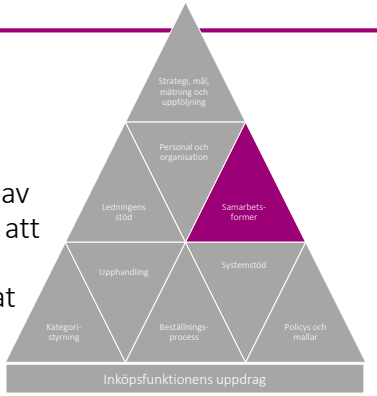


Personal och roller/ansvar (forts.)

- Upphandlingsenheten ansvarar för allt inköp inom Regionen med undantag av entreprenad och det finns en viss funktionsuppdelning av inköpsområden mellan upphandlarna (till exempel förbrukningsmaterial, IT, medicin-tekniskutrustning, transport och tandvård) även om alla förväntas vara generalister och kunna ta olika varu- och tjänsteupphandlingar.
- Som huvudprincip så äger Upphandlingsenheten flera av Regionens ramavtal[4)], medan vissa verksamheter äger sina avtal. Det innebär att Upphandlingsenheten tar ett helhetsansvar för dessa ramavtal från ax till limpa, det vill säga från upphandling till uppföljning av avtal och leverantörens prestationer. Utöver ramavtalen så gör även enheten direkt-upphandlingar.
- I jämförelse med många andra inköpsfunktioner (både inom offentlig och privat sektor) så uttrycks mindre frustration och oklarhet avseende roller och ansvar mellan Upphandlingsenheten och verksamheten. Alla verkar i stort förstå och respektera sina respektive roller, ansvar och kompetens. Därmed inte sagt att roller och ansvar är kristallklara. Det finns synpunkter på att roller, ansvar och befogenheter inte är tydliga och att det tvärfunktionella samarbetet inte fungerar optimalt mellan verksamheten, Upphandlingsenheten och andra aktörer i inköpsprocessen.
- Sammanfattningsvis så fungerar dagens organisatoriska placering, inköpsprocess och ansvars-/rollfördelning relativt bra. Det finns utmaningar och de beror i grund och botten på ett otydligt uppdrag och en avsaknad av övergripande ansvarig för inköpsområdet, det vill säga att ingen äger/driver inköpsfrågan på en övergripande nivå.
- En tydlighet avseende uppdrag/mandat leder till en tydlighet avseende roller och ansvar, vilket är en förutsättning för att erhålla en effektiv inköpsverksamhet.

4) IT och Fastighet tar t ex tar över vid avtalstecknande.

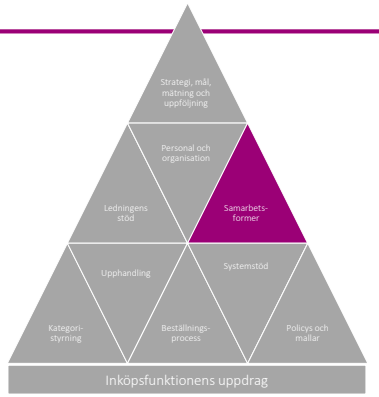
Nulägesanalys | Samarbetsformer 1/2



Internt samarbete och verksamhetens syn på inköp

- I jämförelse med många andra organisationer (både inom offentlig och privat sektor) så uppger majoriteten av de intervjuade att samarbetet mellan Upphandlingsenheten och verksamheten i huvudsak fungerar bra och att man har en bra relation. Detta gäller speciellt när Upphandlingsenheten tas med tidigt och vid större investeringar. Verksamheten vill samarbeta med Upphandlingsenheten och få deras stöd/hjälp. Vi har noterat färre inslag av de vi-dem situationer/låsningar som vi ser hos andra kunder.
- Vi upplever att det finns en generell respekt och förståelse från verksamheten avseende Upphandlingsenhetens roll, att befintliga avtal ska användas och att de i stort fungerar ganska bra. Det finns en tilltro till enheten, man tycker personalen är hjälpsam och att man får ett bra stöd. Många tycker att Lena Larsson är en bra Upphandlingschef med bra ambitioner, driv och koll på sitt område.
- Därmed inte sagt att det inte finns förbättringsområden. Själva upphandlingsprocessen upplevs som bökig, tidskrävande och inte helt enkel att förstå. Man upplever att det är omständligt och att det går långsamt. Verksamheten har känt av att Upphandlingsenheten har haft kort med folk och inte haft tid att ge det stöd som verksamheten önskar (fått löst det själva). Vi upplever en viss oro avseende kompetens i samband med att det nu är många nya på Upphandlingsenheten. Det finns dock en självinsikt hos verksamheten i form av de vet att de får stå sitt kast när de inte planerar ordentligt.
- Vänder vi på resonemanget så upplever Upphandlingsenheten å andra sidan i vissa fall verksamheten som spretig och individberoende avseende engagemang och delaktighet. Allt ifrån att det fungerar bra, när det till exempel finns engagerade inköpssamordnare och referensgrupper, till att det är en utmaning med sakägare som inte vet sitt behov, inte tar sig tid, inte förstår upphandling och inte håller sig till fattade beslut.
- Precis som i andra organisationer finns det inslag av att man vill välja och köpa själv (vilket görs) och att leverantörer försöker skapa behov ute i verksamheten genom att knåpa sig in här och där.
- Sammanfattningsvis så fungerar dagens interna samarbete relativt bra. Det finns utmaningar och de beror i grund och botten på ett otydligt uppdrag som leder till avsaknad av övergripande inköpsstrategi och brister i roller/ansvar i inköpsprocessen.

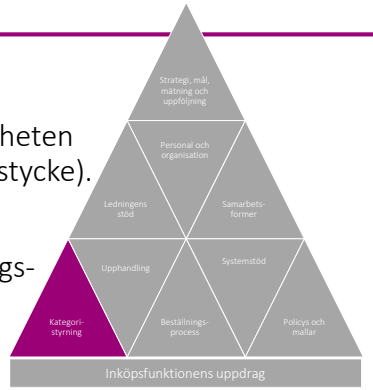
Nulägesanalys | Samarbetsformer 2/2



Kommunikation

- Det finns kommunikationskanaler till och från Upphandlingsenheten. Allt ifrån information på:
  - Intranätet (”Boka och beställ” på Insidan) och den externa hemsidan (för leverantörer).
    - Information om pågående och planerade upphandlingar, avtal, hur man beställer, hur man direktupphandlar, vem man ringer vid frågor m m.
  - Till regelbunden kommunikation till och från verksamheten i form av till exempel.
    - Kortare utbildningar (bemanning), träffar/informationsmöten (till t ex nya chefer eller andra målgrupper) och upphandlings-utställningar.
- Beställare i verksamheten får information om nya upphandlingar och förändrat sortiment på olika sätt. Beroende på avtal kan dessa i vissa fall annonseras på Insidan.
- Trots att flera kommunikationskanaler existerar upplever många av de intervjuade att det är utmanande att nå ut till alla och fånga upp synpunkter från verksamheten som till exempel nya avtal, ändrade villkor eller produktåterkallelser. Det saknas regelbunden rapportering till verksamheten (t ex månadsvis) som hjälper dem att driva och styra sin verksamhet.
- Det är speciellt utmanande för nyanställda inom Regionen, då det inte förekommer information om inköp/inköpsprocessen i introduktion för nyanställda.
- Upphandlingsenheten har en ambition att förbättra sin kommunikation och att utveckla en kommunikationsplan med tydliga kanaler, målgrupper, mål och innehåll.
- Bra kommunikation är en viktig förutsättning och framgångsfaktor för framgångsrikt inköpsarbete, då det hjälper verksamheten att göra rätt då behov uppstår, det medvetengör inköpsenhetens goda arbetsinsatser och förändrar synen på vad inköp är och vad en inköpsfunktion kan leverera.

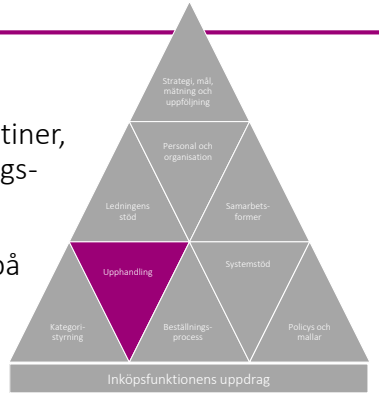
Nulägesanalys | Kategoristyrning



- Region Jämtland Härjedalen arbetar inte systematiskt med kategoristyrning[5] idag, även om Upphandlingsenheten har segmenterat hela sin adresserbara inköpsvolym i ett kategoriträd och följer upp sin spend (se nästnästa stycke).
- I huvudsak har Regionen ett taktiskt upphandlings- och avtalsfokus. Det vill säga antingen initieras en upphandling av att verksamheten har ett behov, eller av att ett avtal är på väg att gå ut. Inte av en förbättrings-möjlighet som har identifierats genom proaktivt inköpsarbete i form av spendanalyser eller business case.
- Upphandlingsenheten använder sig av LfU:s kategoriindelning (Landstingsnätverket för Upphandling) och följer på så sätt upp sin spend (se mer under ”Mål och mätning”). Ur det perspektivet ligger Regionen betydligt längre fram än majoriteten av alla inköpsfunktioner inom offentlig sektor.
- Det finns en ambition hos Upphandlingsenheten att arbeta mer proaktivt och strategiskt med Regionens inköpsarbete och komma ifrån dagens läge där Upphandlingsenheten får anpassa sig för mycket efter verksamheten som i vissa fall brister i framförhållning och planering. Dels för att få till en bättre prioritering av Upphandlingsenhetens arbete, men också för att kunna identifiera fler förbättringsmöjligheter och leverera fler besparingar som Regionen är så i akut behov av.
- Sammanfattningsvis så har Region Jämtland Härjedalen påbörjat ett kategoristyrt inköpsarbete, som Regionen kan bygga vidare på.
  Med tanke på att Regionen har en relativt liten inköpsvolym som inte är spridd över flera olika organisationer så finns det ingen anledning för Regionen att anamma kategoristyrning enligt skolboken. Vi föreslår en variant av kategoristyrning så att Regionen proaktivt kan identifiera fler förbättringsmöjligheter och leverera fler besparingar (se ”Åtgärder – Inköpsprocess”).

[5] Kategoristyrning (Category Management) är ett proaktivt arbetssätt där man fokuserar på den totala inköpsvolymen genom att dela in den i logiska inköpskategorier för samordning av gemensamma behov. Tvärfunktionella team tar ett helhetsperspektiv och ansvarar tillsammans för identifiering och leverans av den optimala inköpsstrategin.

Nulägesanalys | Upphandling 1/2

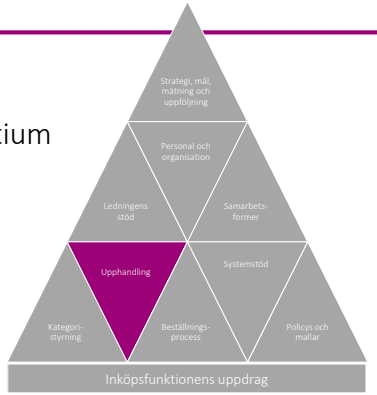


- Region Jämtland Härjedalen är upphandlingsstarka och kvalitetssäkrar sin upphandlingsprocess via arbetsrutiner, checklistor, mallar och upphandlingssystemet e-Avrop. Upphandling/upphandlingsprocessen är Upphandlings-enhetens kärnkompetens och man har få överprövningar.
- Alla avtal som Upphandlingsenheten deltagit i (ramavtal och direktupphandlingar) finns upplagda i eller är på väg att läggas över till e-Avrop[6] (se mer under ”Systemstöd”). Då detta gäller merparten av alla avtal, så har Regionen jämförelsevis en acceptabel koll på sina avtal. Därmed är det inte sagt att otillåtna direkt-upphandlingar inte förekommer. Direktupphandlingar som görs av verksamheten arkiveras inte i e-Avrop utan hanteras lokalt.
- Regionen är bra på att dra nytta av olika inköpssamarbeten och göra upphandlingar tillsammans med andra landsting och kommuner. Exempel på sådana samarbeten är:
  - Norra sjukvårdsregionen - Region A (Norrbottens, Västerbottens och Västernorrlands läns landsting samt Region Jämtland Härjedalen)
  - Upp i Norr (Forum för Upphandlingsenheterna vid Norrbottens, Västerbottens och Västernorrlands läns landsting samt Regionen)
  - Landstingsnätverket för Upphandling (LfU) (gemensamma guidelines, uppförandekod för leverantörer m m)
  - Upphandlingskontoret Östersund (inkluderar alla åtta kommuner som ingår i Jämtlands län)
  - Gemensam nämnd för upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsartiklar och hjälpmedel
  - Kompetensutveckling (utbildning offentlig upphandling) i samarbete med Arbetsförmedlingen, Länsstyrelsen och kommunen
  - SKL/Kommentus Inköpscentral
  - Kammarkollegiet
  - Nationella upphandlingar

[6] I januari 2017 bytte Upphandlingsenheten från Avantra till e-Avrop. 400-500 avtal ska läggas över. 150 kvarstår i dagsläget. Dessa avtal hör till upphandlare som slutat på Upphandlingsenheten..

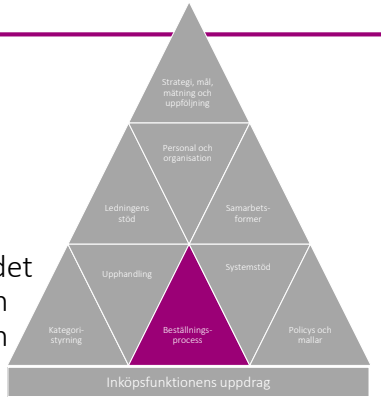
Nulägesanalys | Upphandling 2/2

- Trots att det finns skal- och volymfördelar med att gå samman och göra inköp ihop med andra, så är konsortium aldrig helt problemfria. Det är få (om någon) som lyckas bortom väldigt standardiserade inköpsbehov (commodoties[7]). Det är nog svårt att konsolidera och enas inom den egna organisationen avseende ett standardiserat produkt-/tjänstesortiment. Blandar man in andra organisationer så ökar komplexiteten och varianter på lösningar.
- Idag har Upphandlingsenheten stöd av Regionens två jurister. Det är av största vikt att stödet bibehålls då det blir mer och mer juridiska frågor kring upphandling.



[7] En vara eller tjänst som är helt eller delvis utbytbar på grund av ett odifferentierat behov.

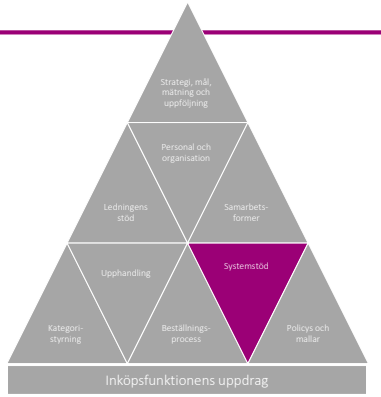
Nulägesanalys | Beställningsprocess



- Region Jämtland Härjedalen har många beställare och många beställningskanaler. Allt från Regionens e-handelslösning i Raindance och Centralförrådets beställningssystem (Websesam) till mejl, telefon och leverantörers webbshoppar.
- När det gäller förbrukningsmaterial[8)] så fungerar Centralförrådet som Regionens operativa inköpsfunktion, det vill säga förrådet köper in förbrukningsartiklar från avtalsleverantörer som sedan verksamheten avropar från förrådet via en intern webbshop. Ingen internfakturering sker, utan en bokföringsorder ställs ut. Majoriteten av det som avropas av verksamheten i Centralförrådet finns lagerfört (ca 90%), resterande direktbeställs av leverantörer.
- Även om det går att få information och hjälp om hur man beställer via Insidans ”Boka och beställ” eller genom att kontakta Servicecenter, så har det i intervjuer framkommit att inköpsprocessen inte alltid når ut till alla längst ut i linjen. Både att det brister kommunikationsmässigt, man vet inte hur man ska göra om man har ett behov (svårt att söka) och till att bryggan mellan den taktiska och operativa delen av inköpsprocessen inte fungerar optimalt. Det vill säga hur avtalen ska fungera beställnings-, leverans- och faktureringsmässigt. Till exempel så är produkter restade som inte får ta slut, det existerar lokala lager ute i vården (det kan ifrågasättas om dessa lager behövs) och synpunkter har framkommit att Upphandlings-enheten och Centralförrådet sitter för långt ifrån varandra.
- Många av de intervjuade eftersöker en kanal in och att det ska vara ”lätt att göra rätt”. Flera har berört att man önskar en centraliserad beställningsfunktion istället för som idag när många kan avropa/beställa. Oproportionerligt många har tagit upp och haft synpunkter på hur pennor beställs. Se mer under ”Systemstöd”.
- Sammanfattningsvis så saknas styrning och tydligt kommunicerade och fungerande beställningskanaler för alla inköp, vilket försvårar för de anställda att utnyttja befintliga ramavtal. Det är även en orsak till varför Regionen har många små leverantörer som genererar många fakturor. 94% av alla leverantörer står för 20% av inköpsvolymen och 79% av alla fakturor är under SEK 10.000 (all inköpsvolym).

8) Som till exempel blöjor, näringsdrycker och kontorsmaterial.

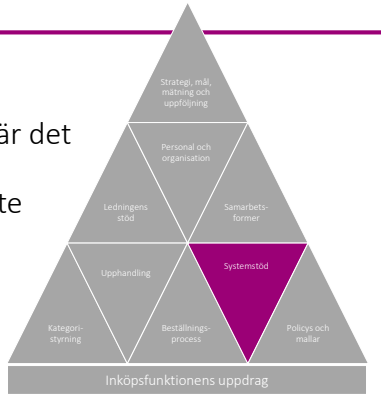
Nulägesanalys | Systemstöd 1/2



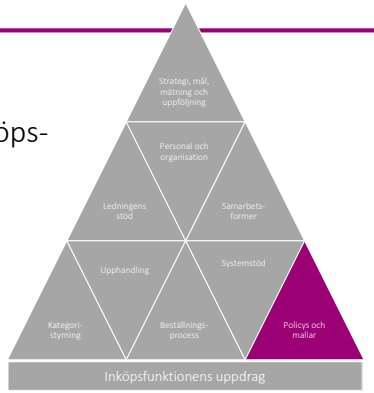
- Region Jämtland Härjedalen har följande systemstöd för sin inköpsverksamhet:
  - Upphandlingssystem — e-Avrop
  - Avtalskatalog — e-Avrop
  - E-handel — Raindance (t ex läkemedel och till viss del tandvård)
  - Intern webbshop/ beställningssystem — Websesam (förbrukningsmaterial för Centralförrådet och hjälpmedel för hjälpmedelscentralen)
  - Spendverktyg — ProDiver
  - Uppföljningsverktyg — ProDiver/Excel
- e-Avrop förefaller generellt sätt fungera bra som både upphandlingssystem och avtalskatalog. Ingen direkt kritik har framkommit och merparten av alla avtal finns upplagda (är på väg att läggas in, se mer under ”Upphandling”). Målet är att alla avtal, oavsett sort (ramavtal och direktupphandlade avtal) ska arkiveras i e-Avrop, där även mallar återfinns.
- En mindre del av inköpsvolymen, knappt 5%, går via Regionens e-handelslösning (Raindance). Idag saknas det en tydlig strategi avseende hur detta system skulle kunna utnyttjas och vilka produkter/tjänster som skulle kunna läggas in för att öka användningen. En svaghet avseende Raindance är att det idag endast finns en person som fullt ut förstår hur denna är uppsatt och som har kunskap om beroenden till bakomliggande system. Det gör Regionen sårbar resurs- och kompetensmässigt.
- 0,7 ‰ av inköpsvolymen går via Centralförrådet beställningssystem (Websesam). Websesam är egentligen ett system för hjälpmedelsverksamhet och inte ett order-, lager- och logistiksystem. Detta medför att det har en del brister. Önskemålet är att få ett systemstöd som är avsett för förrådshantering.
- Via ProDiver har Regionen ett systemstöd som fungerar bra för att följa upp inköpsvolymen. Användargränssnittet är fullgott för att kunna göra spendanalyser och gräva sig ner i spenden, men det är inte ett system som lämpar sig för att visualisera trender och följa upp mätetal. För detta finns DivePort, som idag inte används i någon större utsträckning. För mer detaljer avseende ProDiver se ”Mål och mätning”.

Nulägesanalys | Systemstöd 2/2

- Jämförelsevis så både liknar och liknar inte Regionen många andra inköpsfunktioner inom offentlig sektor när det gäller vilka systemstöd man har, hur väl dessa nyttjas och hur pass mycket integrerade de är med varandra. Regionen liknar till exempel andra i den bemärkelsen att heltäckande systemlösningar saknas, men liknar inte andra då man kommit mycket längre spendanalysmässigt.
- Regionen har förutsättningar att bygga vidare på de systemstöd som finns inom inköpsområdet idag för att dra större nytta. Men för att styra sina avrop/beställningar och säkra effekt och hemtagning av genomförda avtal/affärer så krävs en investering i en e-handelslösning.



Nulägesanalys | Policys och mallar



- Region Jämtland Härjedalen har ett flertal policys, riktlinjer, regler, guider mallar, checklistor m m för sin inköps-verksamhet, vilket gör att man är i stort sett heltäckande inom detta område. Många av de intervjuade har nämnt att de tycker styrdokumenten inom inköpsområdet fungerar bra.
- Några av dessa är:
  - Upphandlingspolicy
  - Miljöpolicy
  - Följsamhet av avtal och regler för upphandling
  - Regler för hållbara inköp
  - Riktlinjer för direktupphandling
  - Uppförandekod för leverantörer
  - Sekretess och jäv i pågående upphandling
  - Upphandlingens A-Ö

- Sammanfattningsvis så ser vi inga brister inom detta område.

Innehåll

1 Inledning – uppdrag och metodik

2 Executive Summary

3 Nulägesanalys

4 **Sammanfattning - nuläge, utmaningar och konsekvenser**

5 Förbättrings- och utvecklingsmöjligheter

6 Sammanfattning - förslag på åtgärder

7 Aktivitets- och tidsplan för åtgärder

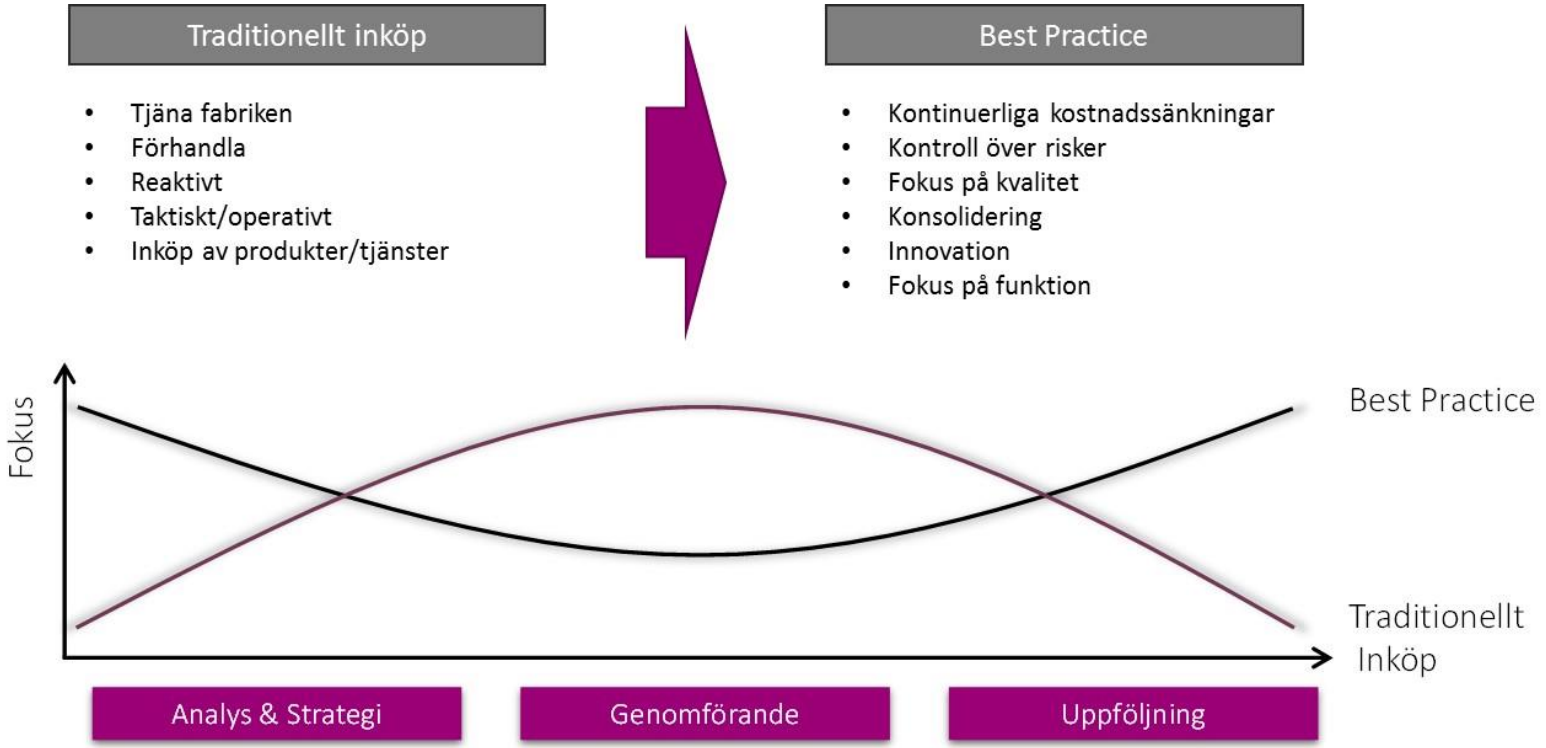
8 Bilagor

Bilagor

1. Inköpsprocessen
2. Förväntningar på genomlysning
3. Referenser
4. Organisationsbilder

Sammanfattning av nuläge

- Region Jämtland Härjedalen har i huvudsak ett taktiskt upphandlings- och avtalsfokus, det vill säga att fokus ligger på genomförande och det finns en avsaknad av styrning och uppföljning.



Utmaningar - sammanfattning

Även om Region Jämtland Härjedalen har bättre förutsättningar och kommit längre än majoriteten av alla inköpsfunktioner inom offentlig sektor så finns det utmaningar. De är:

- Det saknas ett tydligt uttalat uppdrag och vision för inköpsverksamheten vid Region Jämtland Härjedalen.

- Det saknas en övergripande ansvarig för hela inköpsprocessen (strategiskt - taktiskt - operativt).
  - Flera aktörer med olika enhetstillhörighet delar på inköpsansvaret idag.
  - Bryggan mellan den taktiska och operativa delen av inköpsprocessen fungerar inte optimalt.

- Det brister i styrning, planering och övergripande mätning och uppföljning av inköpsverksamheten.
  - Ledning, politiker och verksamhet ser taktiskt på inköpsområdet, vilket leder till ett upphandlingsfokus.
  - Strategiska möjligheter tas inte till vara i och med att analys, helhetsperspektiv och prioritering av möjligheter inte görs.
  - Mätetal saknas för en del mål. Mål kan behöva kompletteras då uppdraget inte är tydligt.
  - Det saknas en gemensam strategi och modell för leverantörsuppföljning.
  - Regelbunden rapportering saknas till verksamheten som hjälper dem att driva och styra sin verksamhet.

- Verksamheten ser upphandling som en separat aktivitet som sköts av Upphandlingsenheten och som inte har med verksamheten att göra.
  - Förefaller inte förstå den roll de spelar i inköpsprocessen.
  - Låga förväntningar, lågt intresse och låg förståelse för inköp och inköpsprocessen/inköpsfrågor (ses som en servicefunktion).
  - Kommunikation saknas som väcker verksamhetens intresse/förståelse för inköpsfrågor/kostnadskontroll.

- Det finns många beställare och avsaknad av en tydlig fungerande beställningskanal för alla inköp.

Konsekvenser - sammanfattning

	Nuläge	Konsekvenser
Tydligt uppdrag och helhetsansvarig saknas	• Tydligt uppdrag och vision saknas. • Övergripande ansvarig saknas för hela inköpsprocessen.	• Otydligt uppdrag i kombination med avsaknad av helhets-mandat gör det omöjligt att prioritera rätt när det är oklart vad Regionen vill med sin inköpsverksamhet. • En ineffektiv inköpsprocess erhålles.
Bristande styrning och planering	• Brist på strategisk analys, helhetsperspektiv, styrning, framförhållning och planering. • Låg förståelse/intresse från ledning/verksamhet för den strategiska roll de har i inköpsprocessen. • Låga förväntningar och syn på inköpsområdet (ses som en servicefunktion).	• Bristande styrmodell, planering och oklara roller leder till ständigt inflöde av uppdrag, ineffektivt inköpsarbete och missade förbättringsmöjligheter. • Ett taktiskt upphandlingsfokus erhålles. • Regionen drar inte full nytta av vad inköpsfunktionen kan leverera.

Bristande mätning, uppföljning och rapportering	• Bristande mätning och uppföljning.
	• Mätetal saknas för vissa av dagens målbeskrivningar.
	• Gemensam strategi/modell saknas för leverantörsuppföljning.
	• Kommunikation/rapportering saknas till verksamheten som väcker intresse/förståelse/hjälper att driva/styra.
		• Brister i mål, mätetal och uppföljning leder till oklarhet avs.:
		  • Upphandlingsenhetens bidrag/resultat
		  • Progress avseende besparingsmålet
		  • Hur väl leverantörer presterar
		  • Hur bra avtalen är/i vilken grad de nyttjas
		  • Risker (kvalitetsmässiga, legala, kostnadsmässiga etc)
		• Verksamheten saknar rapportering/verktyg som hjälper till.

Många beställare och beställningskanaler	• Många beställare.
	• Tydliga fungerande och kommunicerade beställningskanaler saknas för Regionens alla inköp.
		• Avsaknad av beställningssystem för alla köp leder till:
		  • Ineffektiv inköpsprocess
		  • Avtalsotrohet
		  • Tung administrativ hantering av fakturor
		  • Många leverantörer.

Låg prioritering av inköp samt brister i styrning, systemstöd och uppföljning ger:
Taktiskt upphandlingsfokus Ineffektiv inköpsprocess Högre kostnader

Innehåll

1 Inledning – uppdrag och metodik

2 Executive Summary

3 Nulägesanalys

4 Sammanfattning - nuläge, utmaningar och konsekvenser

5 **Förbättrings- och utvecklingsmöjligheter**

6 Sammanfattning - förslag på åtgärder

7 Aktivitets- och tidsplan för åtgärder

8 Bilagor

Bilagor

1. Inköpsprocessen
2. Förväntningar på genomlysning
3. Referenser
4. Organisationsbilder

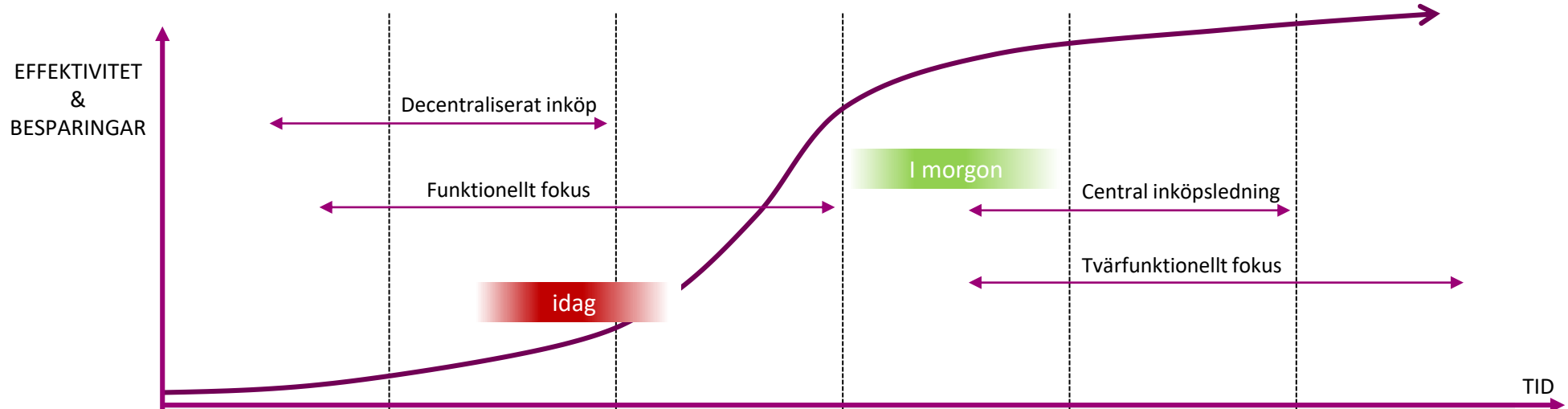
Förbättrings- & utvecklingsmöjligheter

- Jämförelsevis så både liknar och liknar inte Region Jämtland Härjedalen andra inom offentlig sektor när det gäller hur inköpsarbetet bedrivs. Regionen liknar andra i den bemärkelsen att fokus ligger på genomförandedelen, själva upphandlingsprocessen, och mindre prioritering ligger på styrning och uppföljning.
- Regionen liknar inte andra i det avseende att andra oftast har en total avsaknad av styrning och uppföljning för sitt inköpsarbete. Här ligger Regionen längre fram då den har:
  - Ett Inköpsråd för styrning och beslut i gemensamma inköpsfrågor.
  - Ett spendanalysverktyg som på ett enkelt och lättillgängligt sätt ger dagsaktuell information.
  - En Avtalscontroller med ambition att mäta och följa upp mer och bättre än det som görs idag.
- Det är således inom styrning, systemstöd och uppföljning Regionen har sin största förbättringsmöjlighet och utvecklingspotential och det är där vi lagt fokus avseende förslag på åtgärder (se nästkommande sida avseende inköpsfunktioners mognad och var Regionen befinner sig idag schematiskt jämfört med önskat läge). Regionen ska därmed inte ändra om allt och göra helt nytt utan bygga vidare på det som finns och fungerar idag.
- Förutsättningar för förändring är goda då Regionens kärva och ansträngda ekonomiska situation kräver ytterligare effektiviseringar[9)]. Det finns en samsyn/medvetenhet att inköpsområdet kan bidra med lägre kostnader/besparingar och att styrning, mätning och uppföljning måste förbättras. Vi upplever en kostnadsmedvetenhet inom Regionen och att politikerna är intresserade av att prioritera frågan. Därtill kommer att Regionen i september fått en ny ledning i form av ny Regiondirektör och har en fördel av att vara en förhållandevis liten organisation. Det finns med andra ord både en ”burning platform” och förutsättningar för att lyckas.
- Det är en hel del som behöver åtgärdas. En del kan lösas på kort sikt (t ex upphandlingsenhetens uppdrag) och en del är av mer långsiktig karaktär (t ex styrning och planering). Därav återfinns både kort- och långsiktiga åtgärder.
- **Nyckeln till framgång kommer vara att se detta som ett Regionsövergripande initiativ som kräver prioritering, engagemang och driv på flera nivåer inom organisationen, inte bara på Upphandlingsenheten. Det handlar om alla chefers chefsansvar, men också den enskilda medarbetarens ansvar samt att få till ”hur”-biten och börja göra. I grunden handlar det om ett förändrat sätt att både se på och arbeta med inköp.**

9) Region Jämtland Härjedalen har de senaste nio åren haft ekonomiska underskott. Resultat 2016 MSEK -197, prognos efter april 2017 MSEK -170.

Inköpsfunktioners mognad

Nuläge och förslag på framtida position för Regionen



	TRANSAKTIONS-ORIENTERING	KOMMERSIELL ORIENTERING	SAMORDNING AV INKÖP	INTERN INTEGRATION	EXTERN INTEGRATION	INTEGRATION AV VÄRDEKEDJAN
FOKUS:	SERVICEFUNKTION	KOSTNADSSÄNKNINGAR	BESPARINGAR GENOM SYNERGI	TOTALKOSTNADER	OPTIMERING AV LEVERANSKEDJAN	TOTAL KUNDNÖJDHET
KÄNNETECKEN:	• Decentraliserat • Alla köper in • Orderläggare i produktion	• Upphandlingsfokus • Inköpsavdelning • Besparingar mäts	• Strategi & Mål • Gemensamma policies, processer & system • Globala leverantörer	• Tvärfunktionella inköpsteam • Processinriktat inkp • Klassificering av leverantörer	• Make or buy-outsourcing • Innovationssamarbete med leverantörer • Avtalssystem och e-procurement	• Kunddrivna värdeskapande aktiviteter • Globalt leverantörsnätverk • Hela organisationen delar en gemensam vision
DILEMMA:	• Ingen helhetsbild • Inköpsstrategi & mål saknas	• Styrning av leverantörsbas	• Styrning av kontrakt • CSR	• Kommunikation & samarbete • Nya kompetenskrav • Informationsinfrastrukur	• Socialt motstånd	• Globalisering • HRM- Human resource management

Innehåll

1 Inledning – uppdrag och metodik

2 Executive Summary

3 Nulägesanalys

4 Sammanfattning - nuläge, utmaningar och konsekvenser

5 Förbättrings- och utvecklingsmöjligheter

6 **Sammanfattning - förslag på åtgärder**

7 Aktivitets- och tidsplan för åtgärder

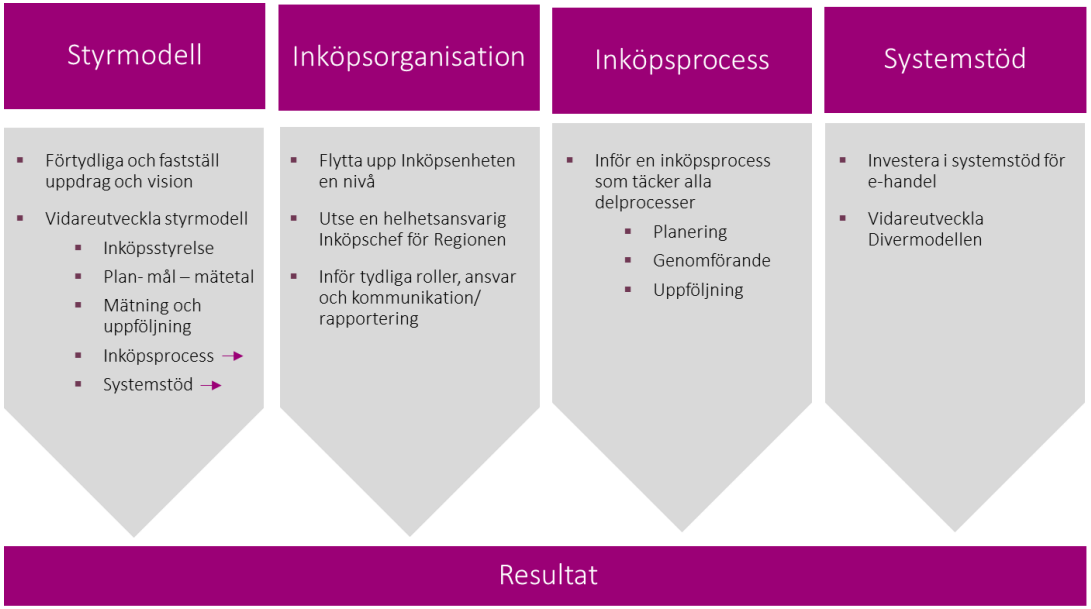
8 Bilagor

Bilagor

1. Inköpsprocessen
2. Förväntningar på genomlysning
3. Referenser
4. Organisationsbilder

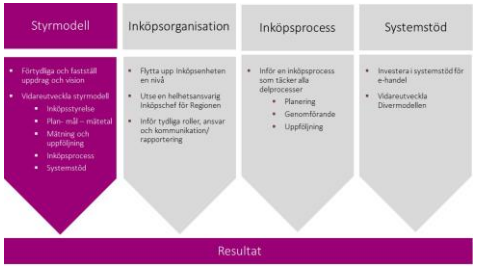
Sammanfattning | Förslag på åtgärder

- För att Regionen ska uppnå sina mål med att erhålla en effektivare inköpsprocess med lägre kostnader så måste ett flertal områden adresseras och åtgärdas.
- Dessa åtgärder är sammanfattade i fyra huvudområden nedan och beskrivna i mer detalj på nästkommande sidor och speciellt i aktivitets- och tidsplanen i nästa kapitel.
- Sammanfattningsvis föreslår vi ett utökat uppdrag, mandat och ansvar för Upphandlingschefen och Inköpsrådet, så att ett strategisk helhetsperspektiv kan tas för alla delar av inköpsprocessen (planerings-, genomförande- och uppföljningsmässigt). Därför föreslås också ett namnbyte till Inköpschef, Inköpsavdelning och Inköpsstyrelse.



Åtgärder | Styrmodell 1/2

Förtydliga och fastställ uppdrag och vision för Regionens inköpsverksamhet



- En avgörande förutsättning för att erhålla en effektiv inköpsprocess och inköpsverksamhet är att inköps-funktionen har ett tydligt uppdrag. Det vill säga vad ska Inköpsavdelningen göra, för vem och varför samt vilken önskad långsiktig ambition/resultat (det vill säga vision) Regionen har.
- Ett tydligt uppdrag:
  - Klargör vad Regionen vill med sin inköpsverksamhet.
  - Klargör Inköpschefens uppdrag/mandat.
  - Tillser att Inköpsavdelningen har rätt kompetens och antal medarbetare för att klara uppdraget.
- För förslag på uppdragsbeskrivning och vision se ”Aktivitets- och tidplan”.

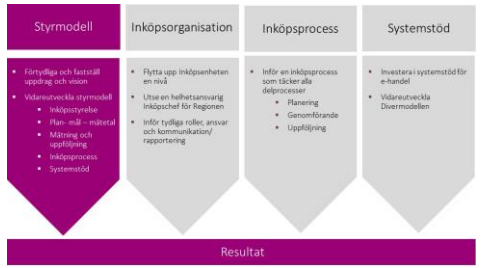
Vidareutveckla styrmodell för Regionens inköpsverksamhet – Inköpsstyrelse, plan, mål, mätetal och mätning/uppföljning

- En avgörande underliggande orsak till varför situationen ser ut som den gör idag är att det brister i strategisk analys, helhetsperspektiv, planering, målsättning, mätetal och uppföljning av Regionens samlade inköp.
- Regionen har redan ett beslutade forum (Inköpsrådet) som Regionen kan vidareutveckla och dra större nytta av. Vi föreslår, förutom ett namnbyte till Inköpsstyrelsen, att mandatet utökas och förstärks för denna grupp så att ett helhetsperspektiv kan tas. I samband med detta bör bemanningen av i gruppen ses över.
- Inköpsstyrelsen tar beslut om den årliga inköpsplanen inklusive mål (i linje med det förtydligade uppdraget). Inköpsavdelningen ansvarar för framtagande av mätetal som driver rätt beteende och som följs upp och kommuniceras. Ska besparingsmål sättas och följas upp måste Regionen enas hur dessa ska definieras, mätas och följas upp. Inköpsstyrelsen bistår i de fall avvikelser uppstår och korrigeringar inte sker skyndsamt. I det fall ärenden regelbundet måste tas vidare till Regionens ledningsgrupp för beslut så måste medlemmarna i Inköpsstyrelsen ses över och bytas ut.

Åtgärder | Styrmodell 2/2

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Sammanfattning styrmodell



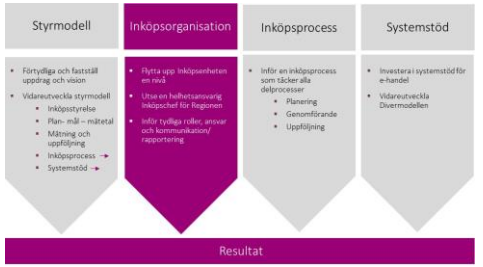
- Oavsett vilket uppdrag Inköpsavdelningen får och inköpsstrategi som Inköpsstyrelsen beslutar om så kommer styrmodellen för Regionens inköpsverksamhet att bestå av flera delar:
  - Ett tydligt uppdrag och en tydlig vision.
  - Ett beslutande organ i form av Inköpsstyrelsen där årlig inköpsplan och mål beslutas och dit Inköpschefen kan hänskjuta alla frågor som av någon anledning behöver lyftas för beslut eller åtgärd.
  - En årlig inköpsplan som spikas i samband med verksamhetsplaneringen varje höst.
  - Mål i linje med uppdraget som delas mellan Inköpsavdelningen och verksamheten.
  - Relevanta mätetal som mäts, följs upp, rapporteras och kommuniceras regelbundet.
  - Övergripande styrdokument som är enkla att förstå och applicera.
  - En heltäckande inköpsprocess som inkluderar roller, ansvar och leverantörsuppföljning.
  - Inköpssystem/-verktyg som nyttjas effektivt och en e-handelslösning som säkrar hemtagning av effekter.

- För förslag om hur denna styrmodell ska fungera i praktiken se ”Inköpsprocess” och ”Aktivitets- och tidplan”.

Åtgärder | Inköpsorganisation 1/2

Flytta upp Inköpsenheten en nivå organisatoriskt

- Upphandlingsenhetens organisatoriska placering föreslås ändras då förväntningarna inte längre är bara taktiskt upphandlingsmässiga utan även strategiska i form av styrning och leverans av effektivitet och besparingar.
- Enheten föreslås flyttas upp en nivå direkt under Chef Regionstab och byta namn till Inköpsavdelningen. Ansvarig chef byter namn till Inköpschef.



Utse helhetsansvarig för Regionen inköpsverksamhet

- För att säkra helhetsperspektiv, ledning/styrning och leverans av mål för Regionens inköpsverksamhet så utses en övergripande ansvarig för inköpsprocessen, Inköpschefen för Inköpsavdelningen. Inköpschefen får därmed ett funktionsansvar för hela inköpsprocessen (strategiskt, taktiskt och operativt) och mandat att driva förbättringar i alla dess delar.
- För att Inköpschefen ska kunna ta detta inköpsfunktionsansvar så krävs det att alla delegerade inköpsområden och inköpsdelprocesser rapporterar streckat till Inköpschefen. Exempel på inköpsområden och inköpsdelprocesser som berörs i dagsläget är entreprenadinköp och Centralförrådet.

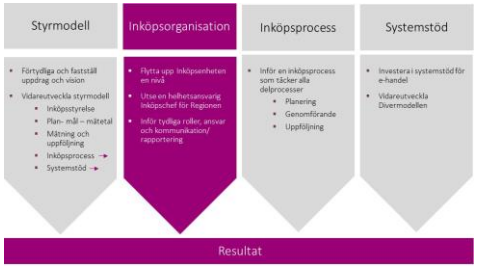
Inför tydliga roller och tydligt ansvar

- För övriga roller och ansvar förordar vi inte att Regionen ska lägga tid och resurser på att utarbeta detaljerade ansvarsmodeller, arbets-beskrivningar eller liknande då vår erfarenhet är att dessa har en tendens att bli pappersprodukter.
- Istället föreslår vi att Regionen inför en systematiskt arbetsprocess som täcker hela inköpsprocessen. Som inkluderar Inköpsstyrelsen, milstolpar, uppföljning, rapportering och annat för att garantera att Inköpsprocessen utförs och ger det resultat som det är tänkt. Detta införs successivt (inga grodhopp eller ”bing bang”) och blir precis som Regionens upphandlingsprocess är idag ett naturligt inslag och arbetssätt i Regionens dagliga arbete (för mer detaljer se ”Inköpsprocess”).

Åtgärder | Inköpsorganisation 2/2

Kompletterande kompetenser/fler resurser

- Som redan tidigare nämnts under ”Styrning” så kommer Inköpsavdelningens uppdrag avgöra om enheten är rätt ekiperad kompetensmässigt eller om den behöver kompletteras kompetens/resursmässigt jämfört med idag.
- Oavsett vad som beslutas avseende uppdrag så kräver Regionens kärva ekonomiska läge i att man i första hand måste börja planera och prioritera hårdare samt arbeta smartare och effektivare och i andra hand att lösningen är fler resurser.
- Dock behövs åtminstone en resurs till om en investering i ny e-handelslösning görs.

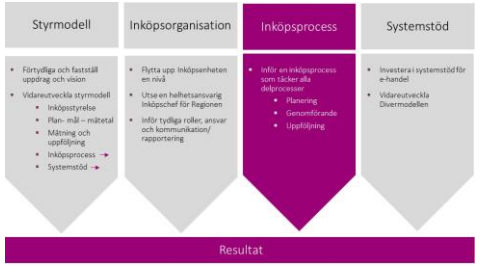


Inför tydlig kommunikation/rapportering

- Vi föreslår en palett av kommunikationsförbättringar som omfattar allt från ett gemensam sätt att mäta och följa upp besparingar/andra mätetal till planeringsmöten, faktabaserade underlag såsom business case och månadsrapportering som hjälper verksamheten att driva och styra sin verksamhet och som förändrar verksamhetens syn på inköp och vad en inköpsfunktion kan leverera.
- En kommunikationsplan utvecklas med tydliga kanaler, målgrupper, mål och innehåll .
- All kommunikation görs ur ett mottagarperspektiv, det vill säga intressant och relevant för verksamheten, vilket är av vikt då vi upplever en låg förståelse/ett lågt intresse från ledning/verksamhet för den strategiska roll de har i inköpsprocessen idag. Här spelar kommunikation och rapportering från Inköpsavdelningen en avgörande roll.
- För exempel på rapport se ”Utveckling av spendanalys” och för aktiviteter se ”Aktivitets- och tidplan”.

Åtgärder | Inköpsprocess 1/5

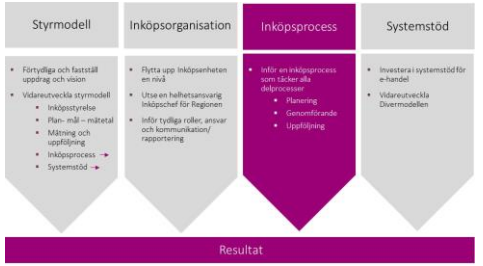
Inköpsprocess som täcker alla delprocesser (strategiskt – taktiskt - operativt)



- För att Region Jämtland Härjedalen ska uppnå sina mål och erhålla en effektiv inköpsprocess och inköps-verksamhet samt leverera besparingar, så måste Regionen införa en strukturerad och proaktiv planerings-, genomförande och uppföljningsprocess för alla delar av inköpsprocessen (strategiskt – taktiskt - operativt).
- Inköpsprocessen måste ta ett helhetsperspektiv och börja med planering, prioritering och målsättning (strategiskt). För att sen går över till upphandling (taktiskt) som via effektiv kommunikation och användning av system implementeras (operativt). Sist, men inte minst, måste en uppföljning/rapportering ske för att mäta framsteg, avvikelser och hur väl leverantörer presterar.
- För att Regionen ska komma igång nu direkt och få detta att fungera i praktiken, så införs inköpsprocessen successivt i olika vågor genom att inköpsområde för inköpsområde betas av (för exempel se ”Kategorianalys” i ”Utveckling av spendanalys”).
- Inköpsavdelningen måste följaktligen göra en prioritering och plan för vilka inköpsområden som tas 2017, 2018 och så vidare så att alla områden gås igenom. I takt med att inköpsområden betas av fastställs även den långsiktiga strategin och planen inköpsmässigt (d v s strategiska val av lösningar och leverantörer).
- Inköpsstyrelsen kommer spela en avgörande roll som beslutande och prioriterande organ i denna inköpsprocess. Vår erfarenhet är att tuffa beslut kommer att krävas om Regionen vill uppnå de resultat som finns att hämta effektiviserings- och kostnadssänkningsmässigt, men även kvalitetshöjnings- och riskminimeringsmässigt. I mångt och mycket kommer det handla om att standardisera lösningar/behov för att kunna gå smalare, få upp volymer och användningsgrad.
- För att Inköpsstyrelsens medlemmar ska kunna ta sitt ansvar och ta beslut så krävs faktabaserade underlag eller business case som visar på förbättringsmöjligheter, risker och andra uppsidor (för exempel se ”Kategorianalys” i ”Utveckling av spendanalys”). Det är Inköpsavdelningens ansvar att ta fram och presentera dessa underlag/business case.

Åtgärder | Inköpsprocess 2/5

Inköpsprocess som täcker alla delprocesser (strategiskt – taktiskt - operativt), forts.

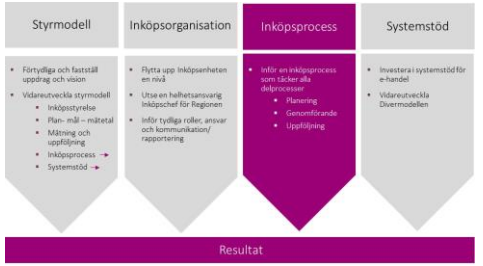


- På längre sikt (när alla inköpsområden systematiskt betats av) så ska Regionens inköpsstrategi/plan hänga ihop tidsmässigt med Regionens nuvarande verksamhetsplanering och budgetprocess.
- Det är viktigt att poängtera att framtagna mål ska delas mellan Inköpsavdelningen och verksamheten. T ex när det gäller besparingsmål, så har Inköpsavdelningen hela besparingsmålet och möjliggör dessa genom bra upphandlingar. Verksamheten delar sinsemellan på besparingsmålets realiserande genom att använda ingångna avtal.
- Inköpsprocessen är förutom en process, även en styr- och samarbetsmodell. Den är komplex då den har många aktörer och skär tvärfunktionellt genom hela Regionen. Det är viktigt att var och en i processen förstår sin respektive roll/ansvar så att en bra effektiv arbetsfördelning och ett nära samarbete uppnås.
- Följande roller måste tydliggöras:
  - Inköpsstyrelse — Tar beslut om årlig inköpsplan, mål och mätetal för Regionen. Tar beslut i andra inköpsfrågor/-ärenden som behöver lyftas för beslut. Utmanar besparingsprojekt/upphandlingar som inte är tillräckligt ambitiösa.
  - Inköpschef — Helhetsansvarig för inköpsverksamheten vid Regionen.
  - Avtalscontroller — Helhetsansvarig för mätning, uppföljning och rapportering av mätetal (inklusive leverantörsuppföljning). Bistår Inköpsansvarig vid analys och business case.
  - Sakansvarig/strategiägare — Säkerställer strategi och kravspecifikation för ett inköpsområde. Äger avtalet/relationen med leverantören (t ex IT och IT strategin)
  - Inköpsansvarig/Upphandlare — Ansvarar för ett inköpsområde inköpstekniskt (till exempel utmanar dagens lösning, föreslår förbättrings-möjligheter och upphandlar).

Åtgärder | Inköpsprocess 3/5

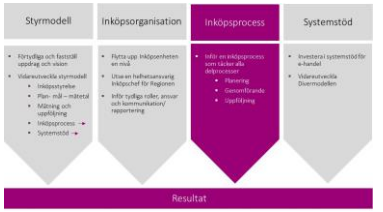
Inköpsprocess som täcker alla delprocesser (strategiskt – taktiskt - operativt), forts.

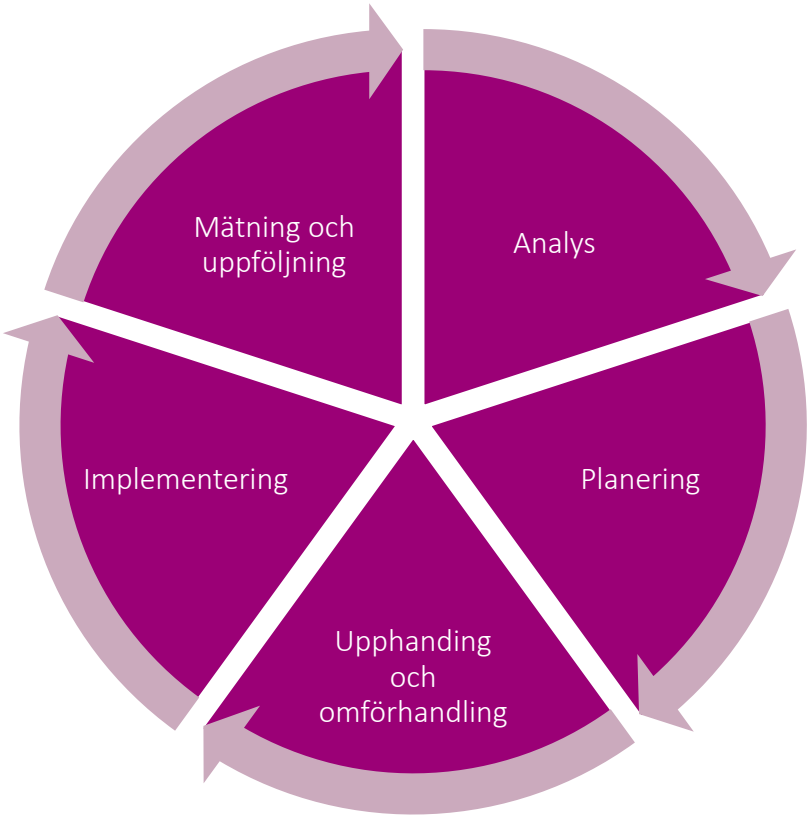
- Följande roller måste tydliggöras (forts):
  - Avdelnings-/enhetschefer — Säkerställer användning av valda leverantörer/avtal/lösningar.
  - Centralförrådet — Säkerställer avrop av valda leverantörer/avtal/lösningar för förbrukningsmaterial.
  - Medarbetare — Ansvarar för avrop av valda leverantörer/avtal/lösningar via beslutade beställningskanaler.



- Föreslagen inköpsprocess inkluderar även införande av en gemensam strategi och modell för leverantörsuppföljning. Det vill säga identifiering av affärskritiska leverantörer med hög inköpsvolym och/eller hög risk så att Regionen fokusera sina begränsade resurser på de leverantörer som betyder mest. För exempel på klassificering av leverantörer för en inköpskategori se ”Utveckling av spendanalys”.
- I takt med att den nya heltäckande inköpsprocessen införs så ska alla lokala lager ses över och tas bort om de inte längre behövs.
- Allt beskrivet ovan (strukturerad process, styr- och samarbetsmodell) är inbyggt i vår föreslagna inköpsprocess som redogörs på nästkommande sidor. När det gäller roller och ansvar så beskrivs enbart de tre viktigaste rollerna (Inköpsstyrelse, Inköpsavdelning och Sakansvarig/strategiägare). För övriga roller (d v s alla medarbetare i Regionen oavsett nivå) gäller att de använder/avropar från valda leverantörer/avtal/lösningar.
- Föreslagen inköpsprocess kommer att ge Regionen en bra prioritering, en effektiv arbetsfördelning och ett bättre resultat.

Åtgärder | Inköpsprocess 4/5





Analysera & planera — Augusti – oktober

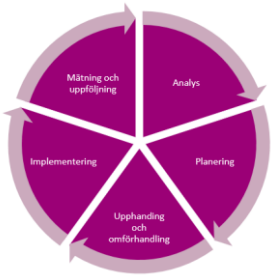
Upphandla & omförhandla — Löpande januari - december

Implementera, mäta & följa upp — Löpande januari - december

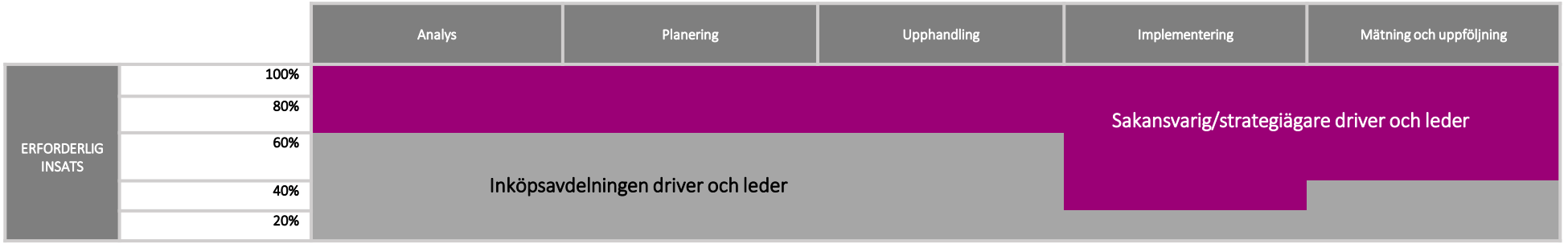
- **Analys och planering**
  - Sammanställ vilka ramavtal som går ut nästa år och året därpå.
  - För de inköpsområden som valts ut samla in fakta, identifiera förbättringsområden och besparingspotentialer (utifrån befintliga avtal, spendanalys och omvärldsbevakning) Ta fram business case om det behövs.
  - Verksamheten identifierar sitt behov för nästa år utifrån planer, investeringar och budget (specifikt för de inköpsområden som valts ut).
  - Kombinera punkterna ovan och fastställ en inköpsplan för de upphandlingar/besparingsprojekt som ska prioriteras för nästa år.
  - Sätt ett övergripande mål (t ex besparingar och leverantörstrohet[10)]) som delas mellan Inköpsavdelningen och verksamheten.
- **Upphandling och omförhandling**
  - Exekvera planerade upphandlingar/besparingsprojekt tillsammans med verksamheten.
- **Implementering, mätning och uppföljning**
  - Kommunicera valda leverantörer och avtal.
  - Mät och följ upp för att säkerställa leverans av inköpsplan och mål.
  - Rapportera regelbundet resultat för att lyfta fram uppnådda resultat/ besparingar och korrigera felaktiga beteenden.

[10)] Det som idag definieras som avtalstrohet.

Åtgärder | Inköpsprocess 5/5



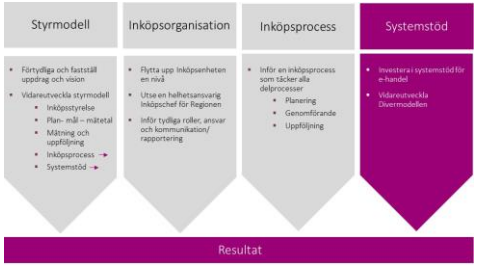
			Analys	Planering	Upphandling	Implementering	Mätning och uppföljning
ROLLER OCH ANSVAR	Inköps-avdelningen	Roll	• Analyserar spend m m och säkerställer faktabaserade underlag/business case. • Utmanar nuvarande situation. • Föreslår förbättringsmöjligheter.	• Bokar möten med verksamheten för att identifiera planer för nästa år.	• Tar fram förfrågningsunderlag, utvärderar, förhandlar etc.	• Bidrar aktivt om leverans- eller leverantörsproblem uppstår.	• Mäter, följer upp och rapporterar överenskomna mätetal och besparingar.
		Ansvar	Driver	Driver	Driver	Deltar aktivt	Deltar aktivt
	Sakansvarig/ strategiägare[11)]	Roll	• Säkerställer Regionens affärsstrategi för inköpsområdet. • Identifierar behov utifrån planer, investeringar och budget (specifikt för de inköpsområden som valts ut).	• Prioterar möten med inköps-enheten och delger nästa års planer/behov.	• Säkerställer och ansvarar för specifikation i upphandlingar.	• Säkerställer användning av valda lösningar/leverantörer/ avtal.	• Hanterar leverantörsrelationer och utvecklar affärer.
		Ansvar	Bidrar aktivt	Deltar aktivt	Deltar aktivt	Driver	Driver
	Inköpsstyrelsen	Roll	• Hjälper med att avlägnsa hinder om de uppstår.	• Utmanar besparingsprojekt/ upphandlingar som inte är tillräckligt ambitiösa. • Tar beslut om inköpsplan, mål och mätetal för Regonen.	• Hjälper med att avlägnsa hinder om de uppstår.	• Hjälper med att avlägnsa hinder om de uppstår.	• Hjälper med att avlägnsa hinder om de uppstår.
		Ansvar	Är informerad	Beslutar	Är informerad	Är informerad	Är informerad



11) Sakansvarig/strategiägare är den avdelning, funktion eller enhet som äger, säkerställer och ansvarar för strategin inom ett inköpsområde.

Åtgärder | Systemstöd 1/2

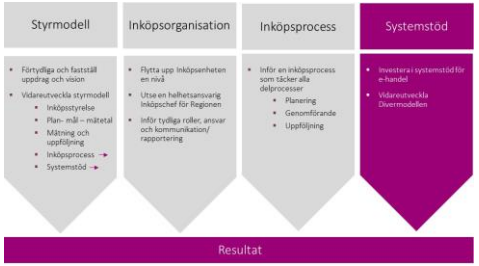
Nyttja effektivt befintligt e-handelssystem och vidareutveckla Divermodellen



- Region Jämtland Härjedalen måste, så långt som det är möjligt, reducera komplexitet i data och processer och tillse att valda systemlösningar används på det mest effektiva sätt som går. Det måste vara tydligt vilka beställningskanaler som gäller för vilka typer av köp, så att alla inköpsområden täcks.
- Vi föreslår därför följande för de olika inköpssystemen:
- Upphandlingssystem
  - Fortsatt med e-Avrop.
- Avtalskatalog
  - Fortsätt med e-Avrop.
  - Registrera alla avtal som direktupphandlas av verksamheten över ett visst fastställt avtalsvärde.
  - Integrera med ProDiver (se nästa sida).
- E-handel
  - Investera i systemstöd för e-handel.
  - För alla inköpsområden där beslut tagits att vald e-handelssystem ska användas för avrop/beställningar så är det den kanal som gäller (d v s inget fritt val).
  - För tydlighetens skull gäller detta i första hand alla varor/tjänster det finns avtal för. Övriga beställningar skulle kunna lösas via e-rekvisition.
  - Förstärk med ytterligare en resurs med kompetens inom e-handel för att säkra implementering och kontinuitet.

Åtgärder | Systemstöd 2/2

Nyttja effektivt befintligt e-handelssystem och vidareutveckla Divermodellel (forts.)



- Spendverktyg
  - Vidareutveckla Divermodellen genom att integrera med e-Avrop, där det idag är en manuell rutin för att uppdatera avtalsstatus hos leverantörer. Även om rutinen fungerar så finns risker för fel eller att en leverantör inte uppdateras.
  - Överväg att även integrera andra källor såsom e-handelstatistik från Raindance eller leverantörs-information från SCB/Skatteverket etc.
  - Lägg en beställning på dashboard för att få en snygg månadsrapport för verksamheten.
- Leverantörsuppföljning
  - ProDiver/Excel
- Mätning och uppföljning/rapportering
  - ProDiver/Excel
- Föreslagen hantering och investering i systemstöd kommer att ge Regionen en möjlighet att styra sina avrop/beställningar, göra det lättare för verksamheten att göra rätt och minska sina kostnader.

Innehåll

1 Inledning – uppdrag och metodik

2 Executive Summary

3 Nulägesanalys

4 Sammanfattning - nuläge, utmaningar och konsekvenser

5 Förbättrings- och utvecklingsmöjligheter

6 Sammanfattning - förslag på åtgärder

7 Aktivitets- och tidsplan för åtgärder

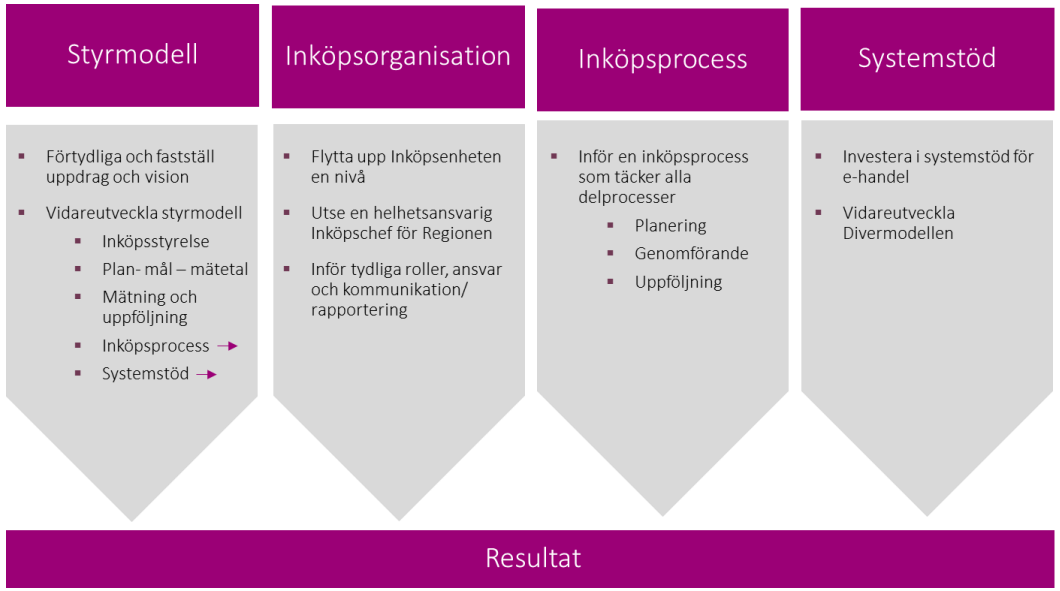
8 Bilagor

Bilagor

1. Inköpsprocessen
2. Förväntningar på genomlysning
3. Referenser
4. Organisationsbilder

Aktiviteter och tidsplan

- I aktivitets- och tidsplanen så redogör vi för vilka aktiviteter Region Jämtland Härjedalen måste adressera för att en förflyttning ska ske från dagens läge till önskat läge.
- Själva grundtanken med aktivitets- och tidsplanen är att Region Jämtland Härjedalen ska kunna ta den och sätta igång direkt med implementeringen, det vill säga att direkt få detta att hända och erhålla effekt.
- Aktiviteterna inkluderar alla aktiviteter vi rekommenderar i båda våra rapporter (denna rapport och ”Utveckling av spendanalys”) och aktiviteterna är indelade i de åtgärdsområden som vi redovisade i förra kapitlet.
- Föreslagen tidplan är utmanande, men realistisk.



Aktivitetsplan | Uppdrag och styrmodell 1/2

VAD	HUR	NÄR

Uppdrag och vision	• Förtydliga och fastställ Inköpsavdelningens uppdrag (vad ska göras, för vem och varför) samt ange önskad långsiktig ambition/resultat, d v s vision.
	• Exempel på uppdragsbeskrivning:
	  • ”Inköpsavdelningens uppdrag är att bidra till ett bättre resultat för Regionen genom att är leverera lägsta möjliga totalkostnad”.
	• Exempel på vision:
	  • ”Sveriges bästa offentliga inköpsenhet”.
		• Q4 2017

Inköpsstyrelse	• Byt namn från Inköpsrådet till Inköpsstyrelsen.
	• Utöka mandat och ansvar för Inköpsstyrelsen till att ta beslut om årlig inköpsplan, mål och mätetal för Regionen.
	• Se över deltagande medlemmar
	  • Saknas någon kompetens?
	  • Har alla befogenhet att fatta beslut?
	  • Komplettera/byt ut om det behövs.
	• Se ”Inköpsprocess” för hur detta ska fungera i praktiken.
		• Q4 2017

Mål	• Vidareutveckla mål för inköpsverksamheten i linje med fastställt uppdrag.
	  • Sätt MSEK … i besparingsmål för 2018 (se ”Inköpsprocess”) som delas mellan inköpsavdelningen och verksamheten.
	  • D v s Inköpsavdelningen äger besparingsmålet till 100% , men dess realiserande delas av de enheter/avdelningar där användning av avtal ska ske (t ex 20% Avdelning A, 50% Avdelning B och 30% Avdelning C).
	  • Sätt mål …% i leverantörstrohet[10)] för 2018 per inköpsområde (istället för på hela inköpsvolymen som idag).
	  • Byt namn på avtalstrohet till leverantörstrohet.
	  • Beräkna avtalstrohet manuellt inom respektive kategori, eller inför en upphandling i de fall det anses relevant.
	  • Skilj på avtal som läggs in i efterhand, så att korrekt upphandlad leverantörstrohet av Inköpsavdelningen särskiljs från den gjord av verksamheten.
	• Överväg att sätta andra typer av mål (för t ex de målbeskrivningar som finns i Upphandlingspolicyn, delegationsbeslutet avseende avtalsföljsamhet och på Insidan). Det skulle till exempel kunna vara:
	  • … % minskning av antal leverantörer
	  • … % av inköpsvolym via Raindance/ e-handelslösning
	  • … % leverantörer över MSEK …… i inköpsvolym/år som följs upp prestations- och avtalsmässigt
	  • … % små och medelstora bolag som lämnar anbud och erhåller avtal
		• Q4 2017

[10)] Det som idag definieras som avtalstrohet.

Aktivitetsplan | Uppdrag och styrmodell 2/2

VAD	HUR	NÄR

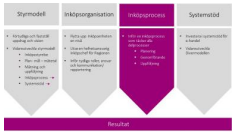
Mål (forts.)	• Det skulle till exempel kunna vara (forts.):
	  • … % i NKI (nöjd kund index)
	  • … % minskning av antal leverantörer utan avtal över direktupphandlingsgränsen
	  • … % av leverantörer med avtal som är arkiverade i e-Avrop
	  • Andel konkurrens- respektive monopolupphandlingar	

Mätetal	• Utveckla mätetal som mäter framsteg och avvikelser mot respektive mål (se exempel i ”Utveckling av spendanalys”). • Utveckla mätmodell (verktyg, källor, vilken typ, hur ska info inhämtas och med vilken frekvens). • Utveckla en gemensam mätmetodik för besparingar som godkänns av Inköpsstyrelsen.	• Q4 2017 (Mätetal) • Q4 2017 (Mätmodell)
Uppföljning och rapportering	• Utveckla månadsrapport (en snygg dashboard som är intressant och relevant för verksamheten). • För exempel på rapport se ”Utveckling av spendanalys”. • Gör distributionslista. • Distribuera och kommunicera (även via Insidan) månadsvis. • Leverera årligen en helårsrapport till Region Jämtland Härjedalens ledningsgrupper. • Ta hjälp av Inköpsstyrelsen om avvikelser inte korrigeras över tid.	• Q4 2017
Plan, inköps-process och systemstöd	• Se ”Inköpsprocess” och ”Systemstöd”.	

Aktivitetsplan | Organisation och roller

VAD	HUR	NÄR
Flytta upp Inköpsenheten	• Flytta upp dagens Upphandlingsenhet en nivå direkt under Chef Regionstab och byt namn till Inköpsavdelningen. • Ansvarig chef byter namn till Inköpschef.	• Q4 2017
Utse en helhetsansvarig Inköpschef	• Utse en övergripande ansvarig inköpschef för Regionen. • Delegerade inköpsområden och inköpsdelprocesser rapporterar streckat till Inköpschefen, till exempel entreprenadinköp och Centralförrådet.	• Q4 2017
Roller och ansvar	• Se ”Inköpsprocess”.	
Kommunikation	• Se över all befintlig kommunikation (i form av t ex hemsidor) för att säkra att de reflekterar nytt uppdrag, vision, inköpsprocess m m. • Utveckla en kommunikationsplan med tydliga kanaler, målgrupper, mål och innehåll. • Ha ett mottagarperspektiv • För månadsrapport se ”Uppföljning och rapportering” på föregående sida. • För kommunikation avseende inköpsprocessen se ”Kommunikations och utbildning i inköpsprocessen”.	• Q1 2018 (Plan) • Q1 2018 (Utrullning)
Juriststöd	• Säkerställ att juridiskt stöd fortsättningsvis finns för Inköpsavdelningen.	• Löpande

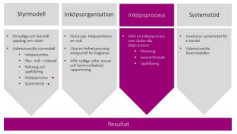
Aktivitetsplan | Inköpsprocess 1/2



VAD	HUR	NÄR

Inköpsprocess	• Ta beslut om inköpsprocessen inklusive roller/ansvar (på en övergripande nivå).
	• Ta beslut att Inköpstyrelsen är beslutande organ i styrmodellen för inköpsprocessen.
	• Använd Regionens kategoriträd och tydliggör följande:
	  • Vem i organisationen är sakansvarig/strategiägare för respektive inköpsområde (kan vara huvud- eller subkategori).
	  • Normalt sett någon verksamhetsansvarig, men för gemensamma inköpsbehov (t ex resor, kontorsmaterial) kan det vara Inköpsavdelningen.
	• Börja arbeta i linje med ny inköpsprocess (för exempel se ”Kategorianalys” i ”Utveckling av spendanalys”):
	  • Sammanställ vilka ramavtal som går ut nästa år och året därpå.
	  • Gör en prioritering för alla inköpsområden & välj ut 1-3 inköpsområden som Regionen börjar att arbeta med enligt ny inköpsprocess (Våg 1).
	  • Till exempel inköpsområden där stora ramavtal är på väg att gå ut och upphandlingar ändå ska planeras och genomföras.
	  • För de inköpsområden som valts ut:
	  • Samla in fakta och identifiera förbättringsområden (utifrån befintliga avtal, spendanalys och omvärldsbevakning). Ta fram business case om det behövs.
	  • Verksamheten identifierar sitt behov för nästa år utifrån planer, investeringar och budget.
	  • Kombinera de två punkterna ovan och presentera alla förbättringsmöjligheter med besparingspotential för Inköpsstyrelsen.
	  • Inköpsstyrelsen väljer, prioriterar och beslutar vilka förbättringsmöjligheter/upphandlingar som ska påbörjas.
	  • Kombinera de tre punkterna ovan och sammanställ en inköpsplan för de upphandlingar/inköpsprojekt som ska prioriteras för 2018.
	  • Inköpsstyrelsen tar beslut om inköpsplan och besparingsmål för 2018.
	  • Besparingsmål delas mellan Inköpsavdelningen och verksamheten.
	• Tillse att en kortfattad beskrivning finns för varje roll i inköpsprocessen.
	  • Inköpsstyrelse — Tar beslut om årlig inköpsplan, mål och mätetal för Regionen och andra ärenden som kräver beslut inom inköpsområdet. Tar beslut i andra inköpsfrågor/-ärenden som behöver lyftas för beslut. Utmanar besparings-projekt/upphandlingar som inte är tillräckligt ambitiösa.
	  • Inköpschef — Helhetsansvarig för inköpsverksamheten vid Regionen
	  • Avtalscontroller — Helhetsansvarig för mätning, uppföljning och rapportering av mätetal (inklusive leverantörsuppföljning). Bistår Inköpsansvarig med analys och business case.
	  • Sakansvarig/ strategiägare — Säkerställer strategi och kravspecifikation för ett inköpsområde. Äger avtalet/relationen med leverantören (t ex IT och IT strategin).
		• Q4 2017 (Beslut)
		• Q1 2018 (Tydliggör sakansvarig)
		• Q4 2017 (Välj inköps-områden)
		• Q1 2018 (Kör Våg 1)
		• Q4 2017 (Kortfattad beskrivning av roller)

Aktivitetsplan | Inköpsprocess 2/2



VAD	HUR	NÄR

Inköpsprocess	• Tillse att en kortfattad beskrivning finns för varje roll i inköpsprocessen (forts.)
	  • Inköpsansvarig/ Upphandlare — Ansvarar för ett inköpsområde inköpstekniskt (till exempel utmanar dagens lösning, föreslår förbättringsmöjligheter och upphandlar).
	  • Avdelnings-/ enhetschefer — Säkerställer användning av valda leverantörer/avtal/lösningar.
	  • Centralförrådet — Säkerställer avrop av valda leverantörer/avtal/lösningar för förbrukningsmaterial.
	  • Medarbetare — Ansvarar för avrop av valda leverantörer/avtal/lösningar via beslutade beställningskanaler.
	• Kommunicera tydligt till alla i Regionen vilket ansvar, vilken roll och vilka förväntningar alla har (se ”Kommunikation och utbildning” nedan).
	• Kommunicera progress/avvikelser via månadsrapporten.
	  • Ta hjälp av Inköpsstyrelsen om avvikelser inte korrigeras över tid.
	  • Se ”Uppföljning och rapportering” och för exempel på rapport se ”Utveckling av spendanalys”.	

Leverantörs-uppföljning	• Identifiering av Regionens strategiska leverantörer och fastställande av en gemensam strategi och modell för leverantörsuppföljning. • Se exempel på klassificering av leverantörer för en inköpskategori i ”Utveckling av spendanalys”.	• Q4 2018

Kommunikation och utbildning i inköps-processen	• Utveckla en kommunikations-/utbildningsplan för att informera och utbilda om ny inköpsprocess, uppdrag och mål för Regionen (inkluderat även leverantörsuppföljning som ingår i inköpsprocessen).
	• Identifiera målgrupper och anpassa information och utbildning, så det är tydligt vilket ansvar, vilken roll och vilka förväntningar alla har (då detta är ett Regionsinitiativ). Använd olika kommunikationskanaler (såsom hemsida, roadshow, nyhetsbrev, info på ledningsgrupper m m).
	• Målgrupper kan t ex vara:
	  • Information och utbildning för beslutande organ (Inköpsstyrelse)
	  • Information och utbildning för sakansvariga/strategiägare
	  • Information och utbildning för chefer
	  • Information och utbildning för inköpsansvariga/upphandlare
	  • Information för alla inom Regionen (kan sedan ingå som en del i introduktion till nyanställda)
	• Informera och rulla ut utbildning enligt plan.
		• Q1 2018 (Plan)
		• Q1 2018 (Utrullning)

Aktivitetsplan | Systemstöd

VAD	HUR	NÄR
Investera i systemstöd för e-handel	• Investera i systemstöd för e-handel. • För alla inköpsområden där beslut tagits att vald e-handelssystem ska användas för avrop/beställningar så är det den kanal som gäller (d v s inget fritt val).	• Q2 2018

Direkt-upphandlingar i e-Avrop	• Fastställ och besluta via Inköpsstyrelsen vilka direktupphandlade avtal som ska registreras i e-Avrop.
	  • Fastställ avtalsvärde.
	• Inventera och registrera alla direktupphandlade avtal av verksamheten över ett visst fastställt avtalsvärde.
	  • Detta är en engångsaktivitet.
		• Q2 2018

Vidareutveckla Divermodellen	• Vidareutveckla Divermodellen genom att integrera med e-Avrop. • Kategorisera ”investeringar” och visa dessa tillsammans med ”adresserbar” och ”ej adresserbar spend”. • Överväg att även integrera andra källor såsom e-handelstatistik från Raindance eller leverantörsinformation från SCB/Skatteverket etc.	• Q2 2018
Förstärkt e-handels-kompetens	• Förstärk med ytterligare en resurs med kompetens inom e-handel för att säkra implementering och kontinuitet.	• Q1 2018

Innehåll

1 Inledning – uppdrag och metodik

2 Executive Summary

3 Nulägesanalys

4 Sammanfattning - nuläge, utmaningar och konsekvenser

5 Förbättrings- och utvecklingsmöjligheter

6 Sammanfattning - förslag på åtgärder

7 Aktivitets- och tidsplan för åtgärder

8 Bilagor

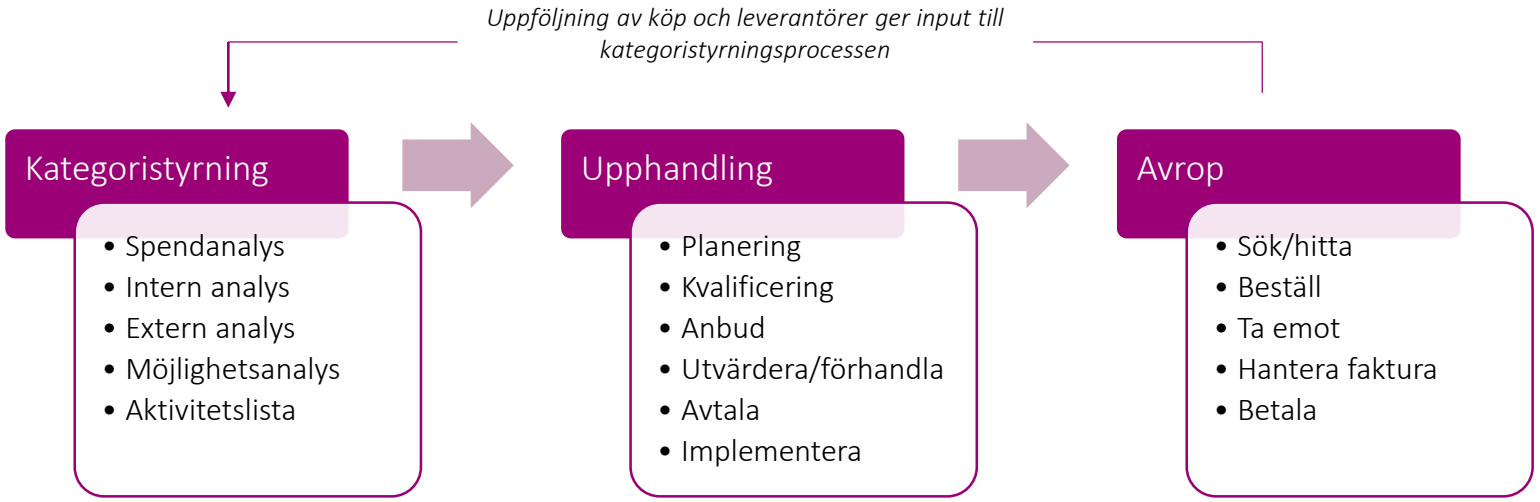
Bilagor

1. Inköpsprocessen
2. Förväntningar på genomlysning
3. Referenser
4. Organisationsbilder

Bilaga 1 | Inköpsprocessen

Strategiskt, taktiskt och operativt inköp

- Inköpsprocessen, som helhet, består av tre olika delprocesser.
- Kategoristyrningen är den övergripande strategiska fasen där grunden läggs till de fortsatta taktiska inköpen (upphandlingarna). Varje upphandling ger sedan förutsättningar för en effektiv avropsprocess (operativt inköp).
- På nästa sida kombinerar vi de tre generiska delprocesserna med föreslagen inköpsprocess för Region Jämtland Härjedalen.

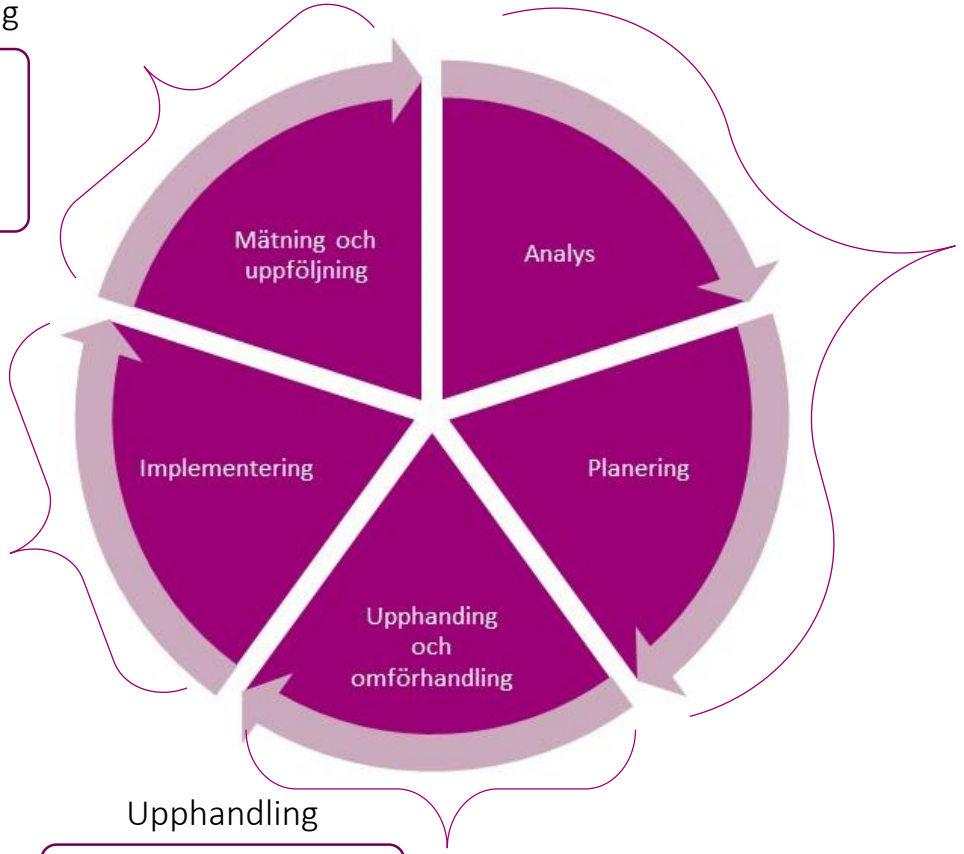


Bilaga 1 | Inköpsprocessen

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Leverantörsuppföljning

- Mätetal
- Spend
- Avtalshantering



Kategoristyrning

- Spendanalys
- Intern analys
- Extern analys
- Möjlighetsanalys
- Aktivitetslista

Avrop

- Sök, hitta
- Beställ
- Ta emot
- Hantera faktura
- Betala

Upphandling

- Planering
- Anbud
- Pröva/utvärdera
- Avtala

Bilaga 2 | Förväntningar

Bilaga 3 | Referenser

- Intervjuer har genomförts med 15 personer inom Region Jämtland Härjedalen och en workshop har hållits med Upphandlingsenheten.
  - Förteckning över namn och datum återfinns på nästa sida.

- Därutöver har ett antal interna dokument lästs igenom.
  - För förteckning se nästnästa sida.

Bilaga 3 | Intervjuer och möten

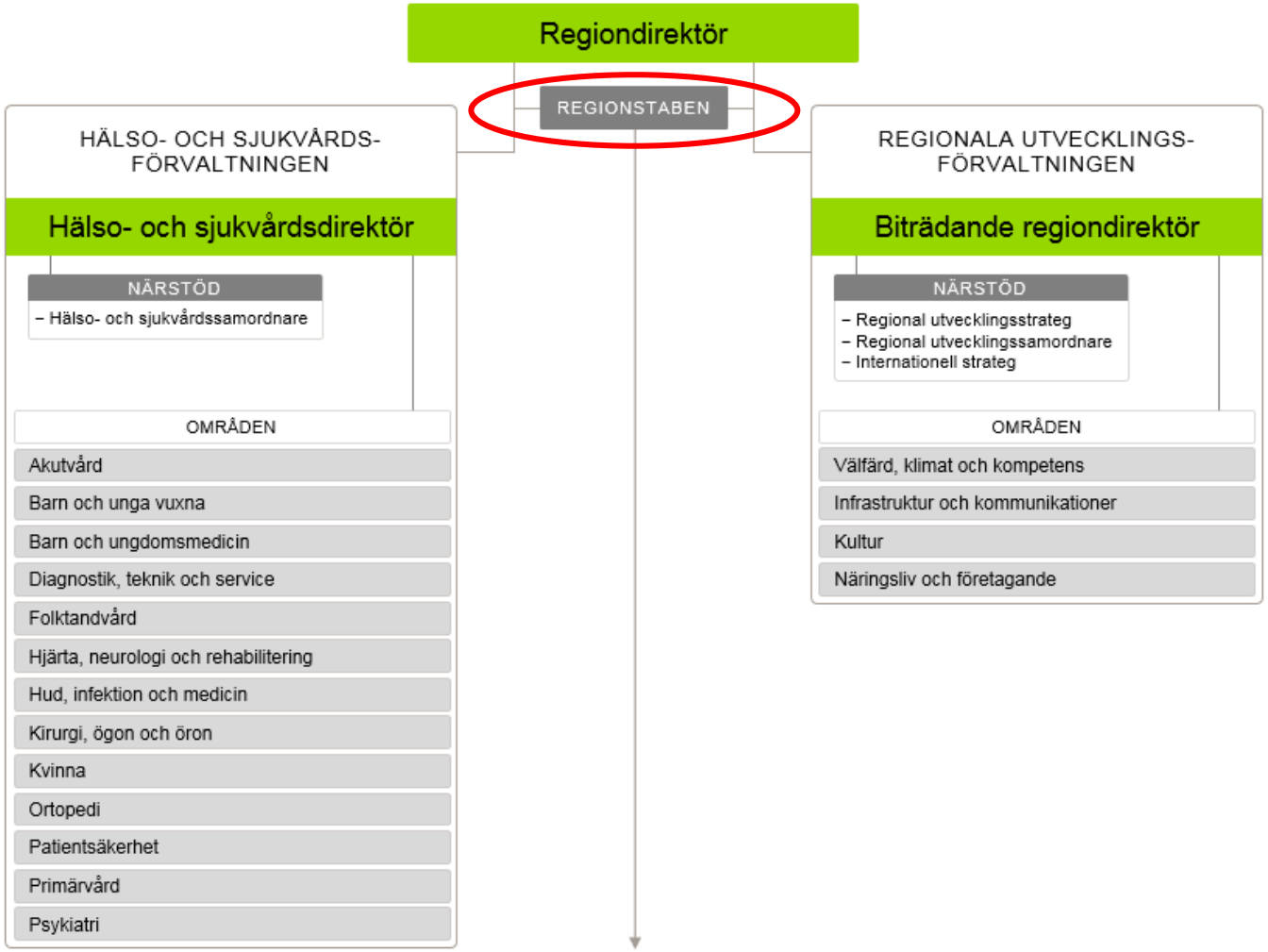
• Lena Larsson, Upphandlingschef	1 och 15 juni 2017
• Lena Book, Avtalscontroller	1 och 14 juni 2017
• Mikael Ferm, Regionstabschef	1 juni 2017
• Ann-Marie Johansson, Ordförande Regionstyrelsen	1 juni 2017
• Christer Siwertsson, 1:a Vice Ordförande Regionstyrelsen	1 juni 2017
• Eva Hellstrand, Oppositionsråd	1 juni 2017
• Workshop med Upphandlingsenheten	20 juni 2017
• Jennie Eriksson, Chefscontroller	20 juni 2017
• Lisbet Gibson, Hälso- och sjukvårdsdirektör	20 juni 2017
• Pia Iwars, Enhetschef Intensivvårdsavdelningen	20 juni 2017
• Jan-Åke Lindrot, Fastighetschef	21 juni 2017
• Pernilla Darth, Ekonomiassistent	21 juni 2017
• Kristina Elfvén-Brändström, Röntgensjuksköterska	21 juni 2017
• Flemming Patz, Enhetschef Transport och materialenheten	15 augusti 2017
• Gunilla Lirell, Materialkonsulent	24 augusti 2017
• Hans Svensson, Regiondirektör	28 september 2017

Bilaga 3 | Interna dokument

- Upphandlingspolicy för Jämtland läns landsting, 2014-02-12, Dnr:LS/1509/2012, Version:2.
- Insidan: genomgång av Ledning och styrning, Ansvar och befogenheter, Upphandling och andra dokument och texter som avser Upphandlingsverksamheten som återfinns på Region Jämtland Härjedalens hemsida.
- Regionens externa hemsida.
- Upphandlingens A-Ö, praktisk vägledning, reviderad 2017-05-**.
- Förteckning över policys, regler, riktlinjer och styrdokument för upphandling, 38114-1.
- Sammanfattning av kostnadsförändringar 2015.
- Löpnummer FBL upphandlingar 2017.
- Delegationsbeslut: Följsamhet av avta, RS/440/2015, 2015-02-23.
- Statistikunderlag – spendanalys 2016.
- EFFSOS kategoriträd.
- Divermodell för Avtalsuppföljning, vilda köp och leverantörsföljsamhet, 36699-1.
- Beslutsunderlag: Inköpskontor, 2011-05-09.
- Förstudie avseende nytt inköpskontor.
- Beslut inköpskontor, 2011-05-20.
- Uppdragsdirektiv: förstudie inköpskontor, 2011-01-27.
- Rapport avseende uppdrag för sårbehandlingsgrupp, 30607-1.
- GAP analys trycksår, 170214.
- Sårläkningsprodukter ur ett upphandlingsperspektiv, 2014-05-12.
- SKL, Analysgruppens presentation.
- Finansplan 2018-2020.

Bilaga 4 | Regionstaben

Bilaga 4 | Tjänstemannaorganisationen



www.prosourcia.com

Utveckling av spendanalys

Region Jämtland Härjedalen | 5 oktober 2017

ProSourcia
inspire innovate improve

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

Innehåll

1 Inledning – sammanfattning

2 Adresserbar spend

3 Kategorisering

4 Kategorianalys

5 Leverantörs- och avtalstrohet

6 Mätetal

7 Rapportering

Inledning | Sammanfattning

- Region Jämtland Härjedalen har, jämfört med många andra offentliga organisationer kommit relativt långt i sitt arbete med att följa upp sin spend. Kategoriseringen är gjord på en första nivå enligt LfU:s kategoriindelning (Landstingsnätverket för Upphandling), alla köp kategoriseras automatiskt varje dygn och visualiseras i ProDiver.
- Då Regionen redan idag tar fram spendanalyser så fokuserar denna rapport på hur Regionen kan bygga vidare och ta sitt spendanalysarbete till nästa nivå. Det vill säga hur Regionen kan berika sina spendanalyser, mätetal och sin rapportering för att kunna identifiera förbättrings-möjligheter och besparingspotentialer. De utökade spendanalyserna tillsammans med den regelbunden rapporteringen till verksamheten kommer att ge Regionen faktabaserade underlag för Inköpsstyrelsen att fatta beslut om och ge verksamheten hjälp att säkerställa användning av valda leverantörer/avtal/lösningar.
- Sammanfattningsvis så kan vi konkludera följande:
  - Spenden filtreras innan kategoriseringen görs, vilket gör att det är svårt att i ProDiver få en helhetsbild av Regionens totala spend inklusive investeringar och ej adresserbar spend. En lösning på detta kan vara att bygga en kompletterande modell i ProDiver som visar den helhetsbilden.
  - Avtalstrohet som mäts är inte helt tillförlitlig då investeringar filtreras bort innan beräkningar görs och den manuella rutinen, som hela mätningen är beroende av, är osäker. Regionen bör som ett första steg arbeta med att alla avtal läggs in i e-Avrop och därefter överväga en integration mellan systemen.
  - Få mätetal tas fram regelbundet. Regionen har en stor potential att komplettera med fler mätetal som baseras på spenden.
  - Goda förutsättningar att regelbundet rapportera mätetal och progress till verksamheten via DivePort (se ”Rapportering”).

Innehåll

1 Inledning – sammanfattning

2 Adresserbar spend

3 Kategorisering

4 Kategorianalys

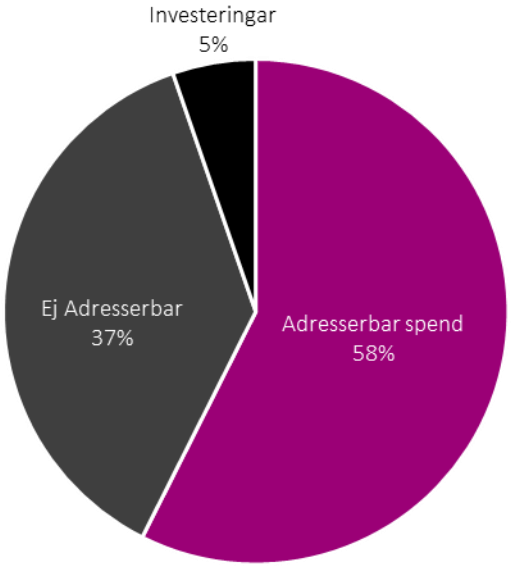
5 Leverantörs- och avtalstrohet

6 Mätetal

7 Rapportering

Spend | Adresserbar spend

- Regionen delar idag in sin spend i ”adresserbar spend” och ”ej adresserbar spend”, där den adresserbara spenden är de inköp som kan påverkas och upphandlas av Inköpsavdelningen.
- När det gäller att identifiera ”ej adresserbar spend” så används i huvudsak två sätt:
  - Motpart
  - Konto
- Motpart används för att filtrera bort alla köp som kommer från andra offentliga verksamheter. Detta är en bra och säker metod som Regionen ska fortsätta med.
- Konton som inte är mappade mot kategoriträdet filtreras bort och syns inte i ProDiver. Detta är en bra metod för att sortera bort irrelevanta kostnader som inte en inköpsenhet kan påverka (som till exempel bidrag, avdrag och tandvårdsmoms). Men, här sorteras även investeringar bort, som vanligtvis anses vara adresserbara kostnader. I likhet med alla andra inköp så bör även investeringar följas upp och därför föreslår vi att dessa konton väcks, så att även investeringar kan ses i ProDiver.
- Eftersom investeringar konteras på samma konto oavsett kategori så går det inte att automatiskt fånga investeringar under respektive inköpskategori. Ett alternativ är att skapa en ny kategori som heter just Investeringar för att sedan manuellt kategorisera dessa köp i respektive inköpskategori (se hur i avsnitt ”Kategorianalys”).
- Därutöver bör Regionen även kategorisera ”ej adresserbar spend” som en egen kategori för att medvetengöra och visa hur stor Inköpsavdelningen uppdrag är i förhållande till den totala inköpsvolymen (se bild).



Förslag på hur Regionen fortsättningsvis kan mäta och redovisa spend

Innehåll

1 Inledning – sammanfattning

2 Adresserbar spend

3 Kategorisering

4 Kategorianalys

5 Leverantörs- och avtalstrohet

6 Mätetal

7 Rapportering

Spend | Kategorisering

- Kategorisering av spend görs på huvudkategorinivå utifrån LfU:s standardiserade kategoriträd. Vissa hopslagningar (t ex fastighet och FM) i LfU:s kategoriträd har gjorts för att passa Regionen bättre.
- Kategorisering görs automatiskt baserat på hur en faktura konterats via en översättningstabell.
    - Fördelar med denna metod är att det alltid finns dagsaktuell information inom alla kategorier, att det inte behövs någon manuell handpåläggning för att kategorisera spenden och att leverantörer som levererar inom flera olika områden kategoriseras automatiskt i olika inköpskategorier.
    - Nackdelar med denna metod är att felaktigt konterade fakturor hamnar i fel inköpskategori.
- Alternativet till kategorisering baserat på konto är att kategorisera baserat på leverantörer, antingen manuellt eller automatiskt via SNI-koder. Denna metod innebär dock andra nackdelar, såsom att alla nya leverantörer måste mappas och att leverantörer som användas inom flera inköpskategorier blir felkategoriserad. SNI-koder är också en vansklig metod, då många leverantörer är registrerade på många olika SNI-koder.
- Sammanfattningsvis så rekommenderar vi att Regionen fortsätter med nuvarande arbetssätt avseende kategorisering. En förändring skulle innebära mycket arbete med ett tveksamt bättre resultat.
- Istället föreslår vi att ni kompletterar kategoriseringsarbetet med en manuell kvalitetskontroll när en djupdykning görs inom en specifik huvudkategori eller inom ett produkt/tjänsteområde. Se exempel på hur en sådan djukdykning kan göras för att ta fram faktabaserade underlag i nästa avsnitt (“Kategorianalys”).

Innehåll

1 Inledning – sammanfattning

2 Adresserbar spend

3 Kategorisering

4 Kategorianalys

5 Leverantörs- och avtalstrohet

6 Mätetal

7 Rapportering

Kategorianalys | Metodik

- För att Regionen ska komma igång nu direkt och få föreslagen inköpsprocess i att fungera i praktiken (se ”Genomlysning av inköpsprocessen”), så behöver en prioritering och plan göras för vilka inköpsområden som tas 2017, 2018 och så vidare.
- Exempel på hur det skulle kunna göras återfinns nedan och på nästkommande sidor:

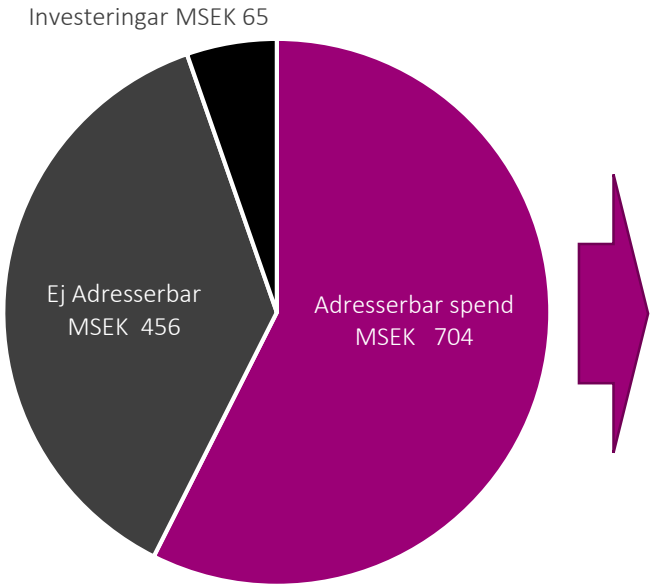
1. Kategorisering
   - En övergripande kategoriseringen görs av hela spenden (adresserbar spend, ej adressserbar spend och investeringar).
2. Prioritering
   - En prioritering av vilka inköpsområde som ska tas i Våg 1, 2 och så vidare.
3. Datatvätt
   - Informationen från ProDiver tvättas och valt inköpsområde gås igenom i detalj.
4. Analys
   - Analyser görs för att identifiera förbättringsmöjligheter och besparingspotentialer.
5. Möjligheter
   - Möjliga upphandlingar/besparingsprojekt identifieras, kvantifieras och tas till Inköpsstyrelsen för prioritering och beslut. Valda upphandlingar/besparingsprojekt resurssätts och planeras tidsmässigt.

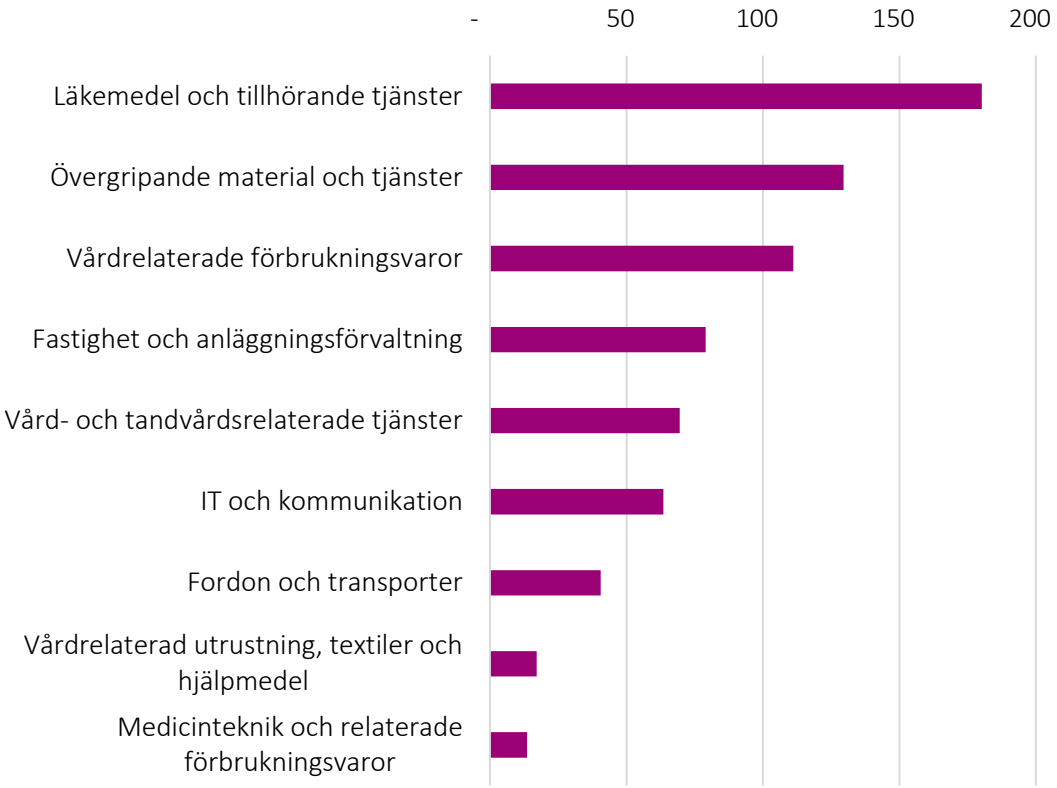
Kategorianalys | Kategorisering

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

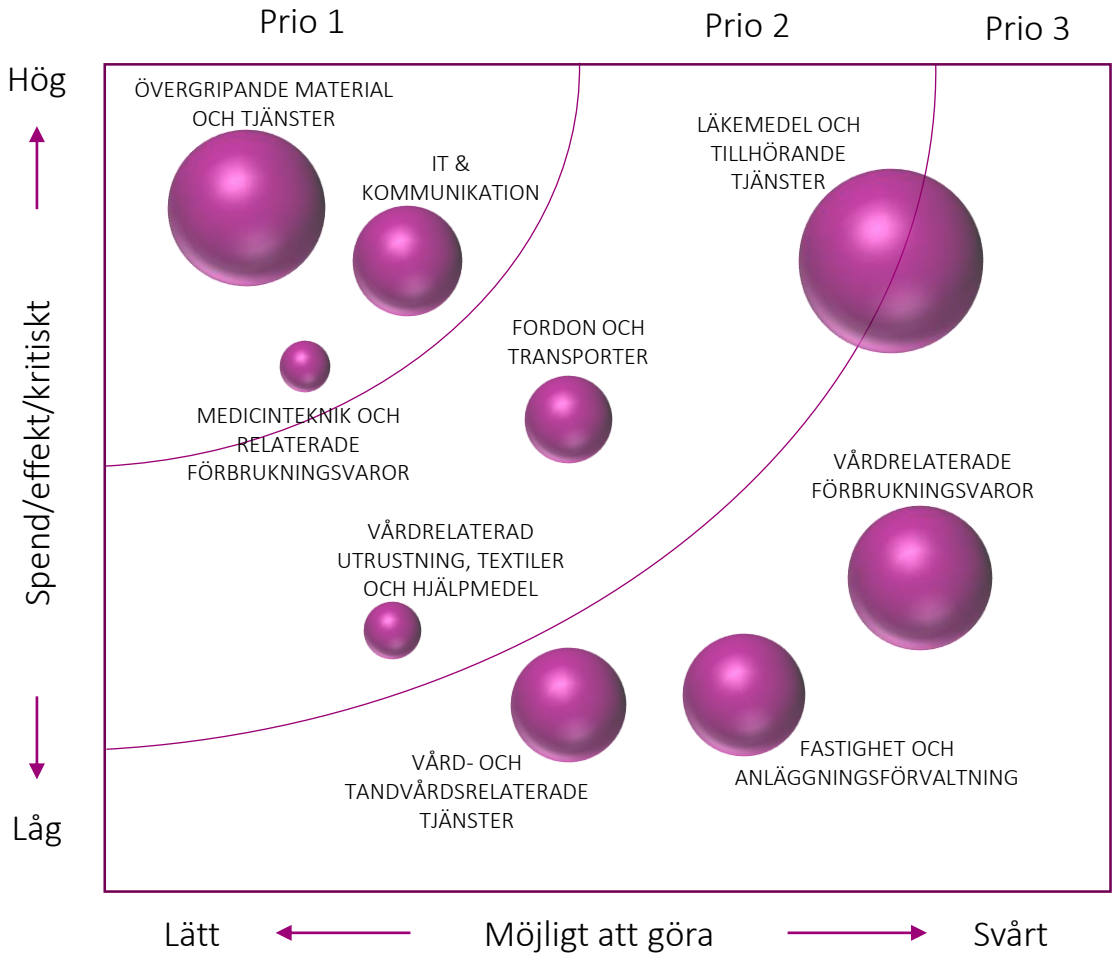
Kategorisering → Prioritering → Datatvätt → Analys → Möjligheter

Q1-Q2 2017





Kategorianalys | Prioritering



Prioritering av inköpskategorier görs på två dimensioner:

1. Spend/effekt/kritiskt
   - Hur stor är spenden för inköpskategorin?
   - Hur stora är effekterna (t ex besparingar)?
   - Hur verksamhetskritisk är kategorin?
2. Implementeringsgrad
   - Hur möjligt är det att genomföra arbetet: lätt eller svårt?

- Prioritering enligt denna modell kan även göras för underkategorier i de fall sådana har definierats.

Kategorianalys | Datatvätt

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Kategorisering → Prioritering → Datatvätt → Analys → Möjligheter

- Spendstatistiken från ProDiver är en bra utgångspunkt för att göra analyser, men det finns ett antal parametrar som bör tvättas manuellt innan spendanalys för kategorin kan göras. Exempel på detta är:
  - Felaktig kontering som gör att spend försvinner från en kategori till en annan.
  - Investeringar som inte syns i kategorin och måste läggas till manuellt.
  - Leverantörer inom samma koncern som fakturerar från olika bolag. Spenden sprids ut på flera småleverantörer.
- Nedan återfinns ett faktiskt exempel för kategorin ”IT och Kommunikation” där spenden för de 10 största leverantörerna förändras relativt mycket (+18%) efter en manuell översyn där hänsyn tagits till felkonteringar, investeringar och leverantörsnamn.

Topp 10 leverantörer ProDiver	Spend
ATEA SVERIGE AB	15 698 679 kr
Tieto Sweden AB	11 334 057 kr
Cambio Healthcare Systems AB	5 557 329 kr
TELIA CREDIT AB	4 680 208 kr
Telia Sverige AB	3 213 805 kr
CGI Sverige AB	2 329 588 kr
Ricoh Sverige AB	2 128 693 kr
Tieto Sw. Healthcare & Welfare AB	2 077 391 kr
SOGETI	1 528 803 kr
Proact IT Sweden AB	1 500 000 kr
TOTAL	**50 048 552 kr**

Topp 10 leverantörer efter tvätt	Spend
ATEA SVERIGE AB	19 969 393 kr
Tieto (alla Tieto-bolag)	13 548 303 kr
Cambio Healthcare Systems AB	5 596 405 kr
Telia (alla Telia-bolag)	7 900 840 kr
CGI Sverige AB	2 592 737 kr
Ricoh Sverige AB	2 227 248 kr
SOGETI	1 528 803 kr
Proact IT Sweden AB	2 445 896 kr
UNIDENT AB	1 749 021 kr
Sigma IT and Management Sweden AB	1 370 825 kr
TOTAL	**58 929 470 kr**

Q1-Q2 2017

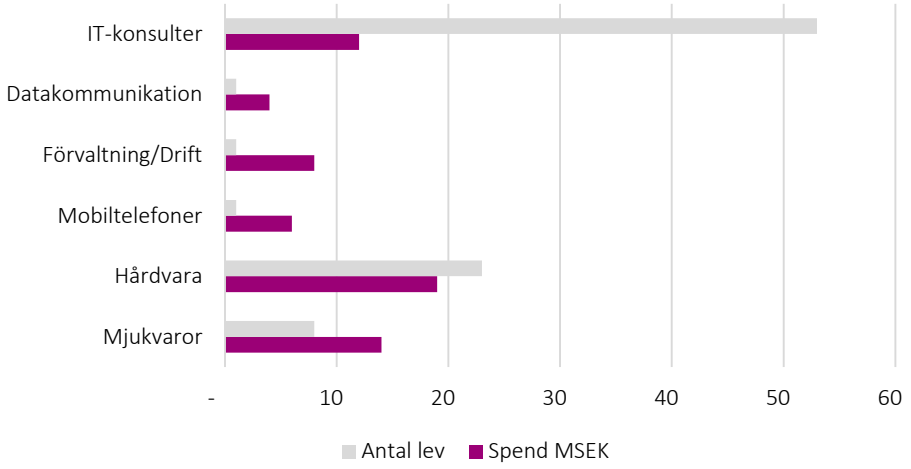
Kategorianalys | Exempel på analyser

FIKTIVA TAL

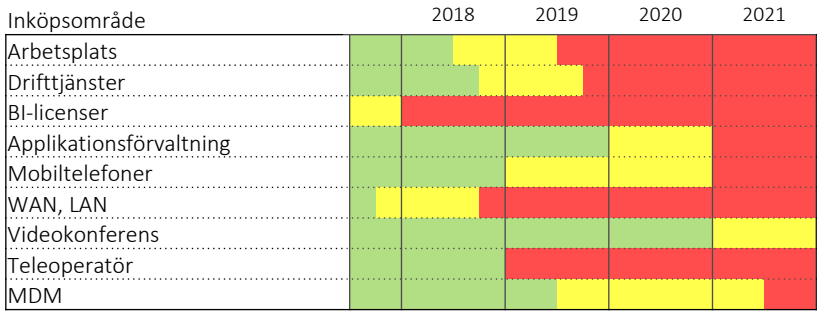
REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Kategorisering → Prioritering → Datatvätt → Analys → Möjligheter

ANTAL LEVERANTÖER I FÖRHÅLLANDE TILL SPEND



AVTALSSTATUS



LEVERANTÖRER MED FLEST SMÅFAKTUROR

Telia Sverige AB	2 325
CGI Sverige AB	354
DUSTIN AB	322
Tieto Sweden AB	156
SOGETI	76

ABC ANALYS

Leverantör	Spend	% av total spend	Ackumulerat	Klass	
Exempelleverantör 1	11 000 000	37,5%	37,5%	A	A-leverantörer
Exempelleverantör 2	8 700 000	29,6%	67,1%	A	
Exempelleverantör 3	3 200 000	10,9%	78,0%	A	
Exempelleverantör 4	1 750 000	6,0%	84,0%	B	B-leverantörer
Exempelleverantör 5	980 000	3,3%	87,3%	B	
Exempelleverantör 6	550 000	1,9%	89,2%	B	
Exempelleverantör 7	530 000	1,8%	91,0%	B	
Exempelleverantör 8	380 000	1,3%	92,3%	B	
Exempelleverantör 9	342 000	1,2%	93,5%	B	
Exempelleverantör 10	320 000	1,1%	94,6%	B	
Exempelleverantör 11	278 000	0,9%	95,5%	B	
Exempelleverantör 12	210 000	0,7%	96,2%	C	C-leverantörer
Exempelleverantör 13	198 000	0,7%	96,9%	C	
Exempelleverantör 14	187 000	0,6%	97,5%	C	
Exempelleverantör 15	163 000	0,6%	98,1%	C	
Exempelleverantör 16	92 000	0,3%	98,4%	C	
Exempelleverantör 17	86 000	0,3%	98,7%	C	
Exempelleverantör 18	54 000	0,2%	98,9%	C	
Exempelleverantör 19	43 000	0,1%	99,0%	C	
Exempelleverantör 20	38 000	0,1%	99,2%	C	
Övriga [nr] leverantörer	248 000	0,8%	100,0%	C	
Total spend	29 349 000	100,0%			

Kategorianalys | Möjligheter

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

- När alla analyser gjorts identifieras upphandlingar och andra möjligheter till förbättringar. Exempel på aktiviteter som identifierats från det fiktiva exemplet i föregående bild:
  - Upphandla BI-licenser
  - Upphandla WAN och LAN
  - Förbereda upphandling av Teleoperatör (marknads- och behovsanalys)
  - Inleda strategisk leverantörsuppföljning med A-leverantörer
  - Undersöka vilka som köpt av C-leverantörer och fasa ut så många som möjligt av dessa
  - Implementera ny beställningsrutin för IT-konsulter
  - Minska antalet småfakturor från Telia
- Möjligheterna skall sedan prioriteras, potentialberäknas, resurssättas och planeras tidsmässigt. Besparingspotentialerna i tabellen är alla exempel på kostnadsreduktion med undantag av sista exempel som är ett kostnadsundvikande.

Aktivitet i prioritetsordning	17 Q3	17 Q4	18 Q1	18 Q2	18 Q3	18 Q4	19 Q1	19 Q2	Besparings potential
Upphandla BI-licenser									MSEK 1-2
Upphandla WAN och LAN									MSEK 2-3
Leverantörsuppföljning med A-leverantörerna									MSEK 0,5
Ny beställningsrutin för IT-konsulter									MSEK 0,5-1
Fasa ut C-leverantörer									MSEK 0,5
Förbereda upphandling av Teleoperatör									-
Minska antalet småfakturor från Telia									MSEK 0,3

Innehåll

1 Inledning – sammanfattning

2 Adresserbar spend

3 Kategorisering

4 Kategorianalys

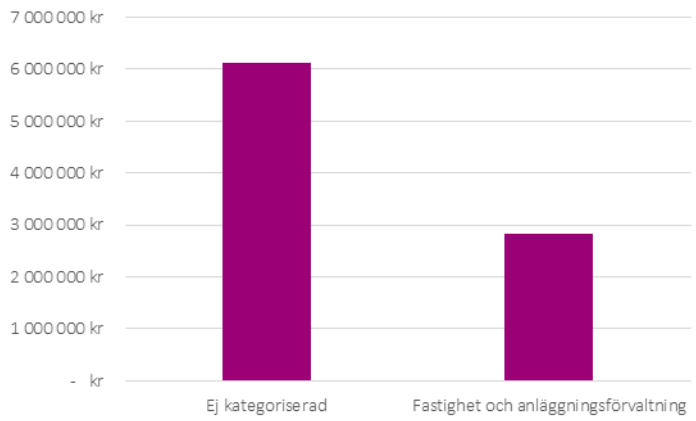
5 Leverantörs- och avtalstrohet

6 Mätetal

7 Rapportering

Spend | Leverantörs- och avtalstrohet

- Leverantörstroheten mäts regelbundet och automatiserat i ProDiver baserat på om det finns avtal med en leverantör eller inte (benämns idag som avtalstrohet, vilket är missvisande då mätningen inte tar hänsyn till om avtalen följts eller inte).
- Dagens mätning av leverantörstroheten är i viss mån osäker, då inte investeringar följs upp i modellen. Se exempel på detta till höger.
- Att mäta avtalstrohet är komplicerat och går oftast inte att göra automatiserat. Ofta behövs flera källor för att komma i närheten av en korrekt mätning:
  - Statistik från e-handel
  - Granskning av leverantörsfakturor
  - Statistik från leverantörer
- Vi föreslår att Regionen byter namn på avtalstrohet till leverantörstrohet och att avtalstrohet beräknas manuellt inom respektive kategori, eller inför en upphandling i de fall det anses relevant.
- Leverantörstroheten skulle även kunna följas för olika typer om leverantörerna flaggas beroende på typ av avtal, såsom:
  - Upphandlade avtal av Inköpsavdelningen
  - Avrop från inköpscentraler såsom SKL/Kommentus
  - Direktavtal tecknade av verksamheten



- *Leverantören KM Bygg & Måleri i Ö-sund AB (avtal finns) har totalt fakturerat för 8.9 MSEK.*
- *2.8 MSEK har konterats på konton som är kopplade till kategorin ”Fastighet och anläggningsförvaltning” och 6.1 MSEK har konterats som Investeringar.*
- *Drygt 6 MSEK försvinner därmed från mätningen och avtalstroheten redovisas lägre än i verkligheten.*
- *Samma fenomen uppstår när avtal saknas där troheten redovisas för högt eftersom icke avtalad spend för investeringar inte räknas med.*

Innehåll

1 Inledning – sammanfattning

2 Adresserbar spend

3 Kategorisering

4 Kategorianalys

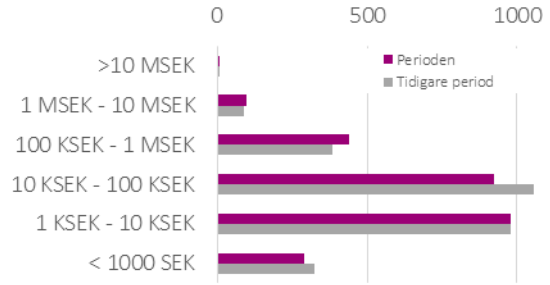
5 Leverantörs- och avtalstrohet

6 Mätetal

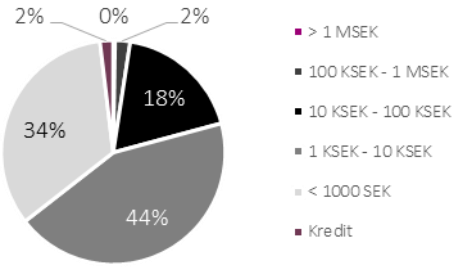
7 Rapportering

Spend | Mätetal

- Regionen har en god potential att införa fler mätetal.
- Idag kan ”avtalstrohet” och total spend följas upp i ProDiver för leverantörer, huvudkategorier, konton och olika enheter. Här ser vi en möjlighet att komplettera med exempelvis följande mätetal:
  - Antal småleverantörer under 10.000 kr/år
  - Antal fakturor
  - Andel e-fakturor
- Dessa mätetal är enkla att mäta och det kan göras antingen via en vidareutveckling av ProDiver (undersöks vidare) eller manuellt. Regionen bör även överväga att sätta mål för sina mätetal och följa upp detta via regelbunden rapportering till verksamheten (se mer i avsnitt ”Rapportering”).
- Flera inköpsorganisationer sätter ett schablonvärde för varje leverantör och faktura för att driva en beteendeförändring. Beloppen kan vara 3.000 kr/leverantör, 250 kr/pappersfaktura och 50 kr/e-faktura. Detta brukar vara ett effektivt sätt att åskådliggöra att det är stora kostnader förknippat med att hantera fakturor eller att lägga upp och vårda leverantörer.



Exempel: Antal leverantörer i förhållande till spend



Exempel: Antal fakturor per beloppsintervall

Innehåll

1 Inledning – sammanfattning

2 Adresserbar spend

3 Kategorisering

4 Kategorianalys

5 Leverantörs- och avtalstrohet

6 Mätetal

7 Rapportering

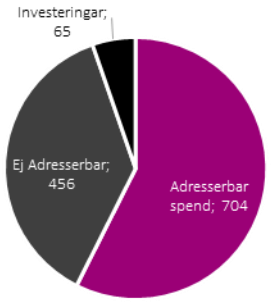
Spend | Rapportering

- Regelbunden rapportering till verksamheten är viktig förutsättning och framgångsfaktor för framgångsrikt inköpsarbete, då det hjälper verksamheten att driva och styra sin verksamhet och det medvetengör inköpsenhetens goda arbetsinsatser.
- Bra rapporteringen väcker intresse för inköp och ökar generellt sett även kostnadsmedvetenheten.
- Det finns idag en bra systemplattform (DivePort) för Regionen att mäta och följa upp. Vi föreslår att Regionen tar fram en regelbunden rapportering till verksamheten där fastställda mål och mätetal följs upp.
- Om det visar sig att det är svårt att sätta upp DivePort kan rapportering göras manuellt till exempelvis kvartalsvis.
- På nästkommande sidor visas exempel på hur en rapport skulle kunna se ut med mål och mätetal för Regionen som helhet och för en enskild enhet.

Rapportering | Regionsnivå

FIKTIVA TAL

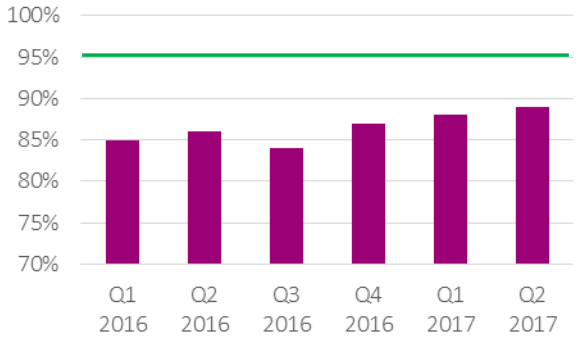
Regionens spend per kategori



Läkemedel och tillhörande tjänster	180
Övergripande material och tjänster	129
Vårdrelaterade förbrukningsvaror	111
Fastighet och anläggningsförvaltning	79
Vård- och tandvårdsrelaterade tjänster	70
IT och kommunikation	63
Fordon och transporter	41
Vårdrelaterad utrustning, textiler och hjälpmedel	17
Medicinteknik och relaterade förbrukningsvaror	14

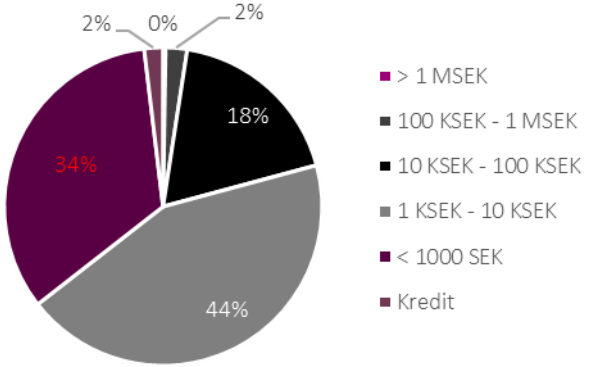
Regionens leverantörstrohet

Mål: 95% av spenden skall vara köpt av avtalsleverantörer
Utfall perioden: 89%



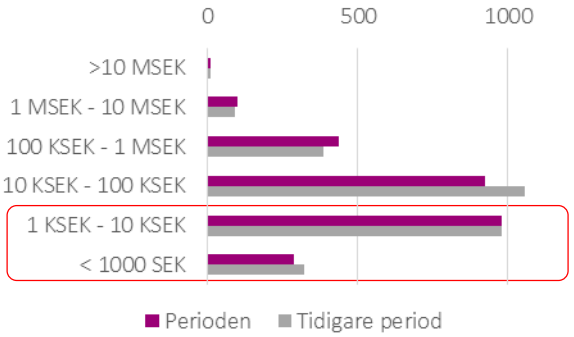
Antal fakturor per beloppsintervall

Mål: max 30% av antalet fakturor skall vara mindre än 1000 SEK
Utfall perioden: 34% (föregående period: 38%)



Antal leverantörer per spendintervall

Mål: 65% av antalet leverantörer skall vara större än 10 KSEK
Utfall perioden: 54% (föregående period: 54%)



Jämförelse mellan förvaltningar/nämnder

Förvaltning/nämnd	Lev. Trohet	Andel småfakturor	Andel småleverantörer
Hälso- o sjukvårdsförvaltning	82%	45%	45%
Regionstaben	88%	55%	38%
Vårdvalsnämnden	95%	23%	10%
Regionala utvecklingsförvaltn	86%	35%	26%
Gemensam nämnd IT-drift o stöd	96%	26%	70%
Politiker	82%	37%	35%
Revisorerna	80%	18%	80%
Patientnämnden	86%	5%	12%
Finansförvaltning	100%	0%	15%

Kommentar/analys

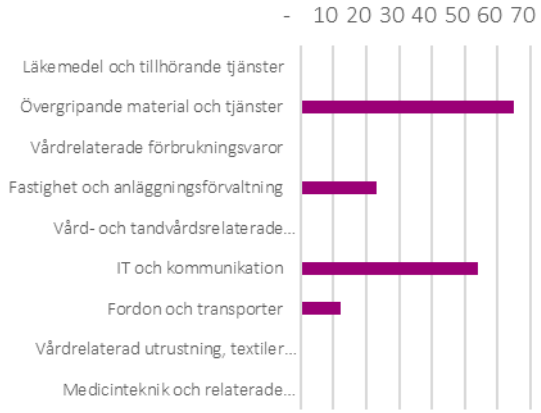
- Spenden ökade totalt med 65 MSEK jämfört med föregående period, vilket främst beror på ……..
- Arbetet med leverantörstrohet ger sakta men säkert resultat. Förvaltning X och nämnd Y ligger fortfarande för lågt.
- Småfakturor minskar något ….
- Andel småleverantörer är fortfarande för högt, ett ökat fokus på e-handel kommer ge resultat nästkommande perioder.

Rapportering | Enhetsnivå

FIKTIVA TAL

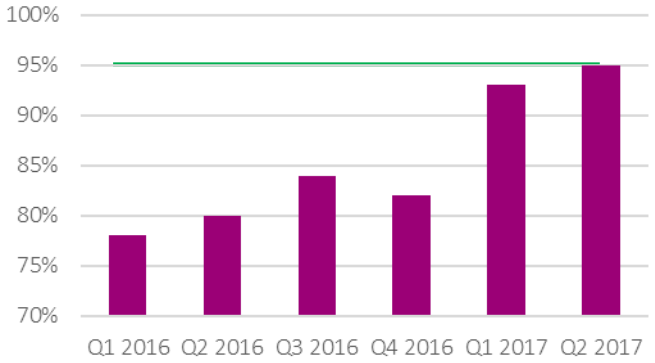
REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Enhetens adresserbara spend per kategori



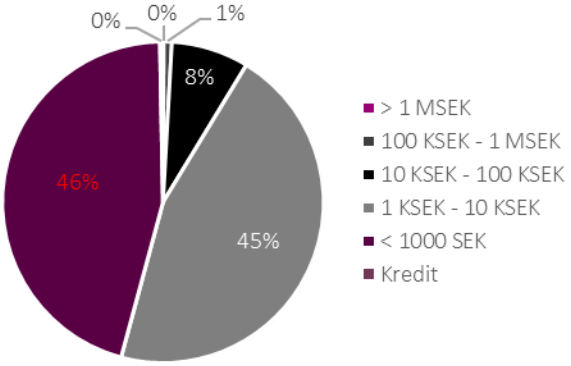
Enhetens leverantörstrohet

Mål: 95% av spenden skall vara köpt av avtalsleverantörer
Utfall perioden: 95%



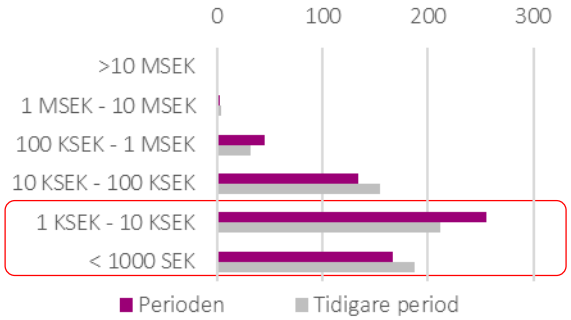
Antal fakturor per beloppsintervall

Mål: max 30% av antalet fakturor skall vara mindre än 1000 SEK
Utfall perioden: 46% (föregående period: 45%)



Antal leverantörer per spendintervall

Mål: 65% av antalet leverantörer skall vara större än 10 KSEK
Utfall perioden: 30% (föregående period: 31%)



Enhetens största leverantörer utan avtal

RECALL SWEDEN AB	85 865
PSYKOLOGPARTNERS W&W AB	75 589
BTJ Sverige AB	75 266
Kontigo AB	68 565
Sanofi Pasteur MSD AB	67 026
Celab Communications	66 963
Unified Messaging Systems AB	65 530
Minso Solutions AB	62 610
Copperhill Mountain Lodge	62 369

Kommentar/analys

- Spenden ökade totalt med 12 MSEK jämfört med föregående period.
- Arbetet med leverantörstrohet har gett ett mycket bra resultat och enheten ligger nu bäst till av alla
- Antalet småfakturor är fortfarande mycket högt jämfört med övriga förvaltningar
- Andel småleverantörer är fortfarande alldeles för högt

www.prosourcia.com

16

PET-CT i Norra sjukvårdsregionen

RS/2202/2017

2017-12-03

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

RS/2202/2017

PET-CT i Norra ajukvårdsregionen

Ärendebeskrivning

Vid Direktionsmötet 2017-09-27 § 71 i Norrlandstingens Regionförbund behandlades en utredning avseende behovet av PET-CT i norra sjukvårdsregionen. PET står för Positron Emissions Tomografi, och kombineras med CT (Computed Tomography, även kallat datortomografi, "skiktröntgen"). Denna teknik används för att skapa bilder där sjukdomstillstånd som påverkar ämnesomsättningen lokalt i kroppen kan studeras. Principen är att ett radioaktivt märkt spårämne injiceras och tas upp i vävnaderna, varefter radioaktiviteten kan lokaliseras med hjälp av PET-detektorn kombinerad med en röntgenundersökning, som ger en god bild av de anatomiska förhållandena.

I norra regionen finns idag en PET-CT-utrustning vid Norrlands universitets-sjukhus (Nus), som används för utredningar av patienter från hela regionen. Efterfrågan på PET-CT-analyser i Sverige har de senaste åren ökat med 15-20 % per år. Mot denna bakgrund behöver norra sjukvårdsregionen gör en bedömning av det framtida behovet av PET-CT.

Av förbundsordningen framgår att Norrlandstingens Regionförbund (NRF), har ett ansvar att ”Värdera vissa strategiska lokal- och medicintekniska investeringar på kort och lång sikt.”

Den utrednings som gjorts har beaktat tekniska, kompetensmässiga och logistiska faktorer och patientperspektivet har varit centralt. Utredningen visar att antal PET-CT-utredningar i norra sjukvårdsregionen har ökat 80 % mellan 2012 och 2015. Detta exemplifierar de senaste åren när PET-CT blivit mer fast etablerat och under tiden som standardiserade vårdförlopp införts. Dessa år speglar dock väl den tidigare utvecklingen och de bedömningar som gjorts nationellt med en ökning av behovet med 15-20 % per år.

Priset för en PET-CT-utredning varierar beroende på vilken tracer som används. För den vanligaste utredningen, med 18F-fluorodeoxyglucose (FDG), är kostnaden 13 000 - 15 000 SEK, beroende på vilket CT-protokoll som används.

En PET-CT-scanner kostar cirka 19 000 000 - 24 000 000 SEK, beroende på leverantör och utförande. Då ingår inte cyklotron eller kostnader för lokal etc. Enligt utredningen kan befintlig cyklotron vid Nus försörja ytterligare PET-CT-utrustningar i regionen med tracers. Halveringstiden hos FDG möjliggör leverans till andra orter än Umeå, med daglig produktion och transport.

Geografisk placering av nuvarande PET-CT-utrustningar i Sverige: Alla universitetssjukhus i landet har PET-CT-utrustning och en PET-CT-scanner finns även i Växjö. Region Jönköping tog ett investeringsbeslut om PET-CT i slutet av 2016.

Utredningen redovisar en lämplig turordning för utbyggnad av kapaciteten för PET-CT i norra sjukvårdsregionen. Som första åtgärd föreslås att Västerbottens läns landsting arbetar för att öka kapacitetsnyttjandet av nuvarande utrustning, att investering i nästa PET-CT utrustning sedan sker vid NUS samt att investering i en tredje PET-CT utrustning i norra sjukvårdsregionen därefter görs i Sundsvall.

Förbundsdirektionen beslutade att rekommendera landstingen/regionerna att ställa sig bakom rapportens förslag avseende principerna för att öka kapaciteten i Norra sjukvårdsregionen och i vilken turordning det sker.

Region Jämtland Härjedalen har för närvarande inga planer på investeringar i PET-CT utrustning.

Regiondirektörens förslag

Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom rapportens förslag avseende principerna för att öka kapaciteten i för PET-CT-undersökningar i norra sjukvårdsregionen och i vilken turordning det ska ske.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Planeringschef

Utdrag till

Lisbet Gibson, Hälso- och sjukvårdsdirektör
Norrlandstingens Regionförbund

§ 71 PET-CT i regionen (Dnr 085/16)

Vid Förbundsdirektionens möte 2017-05-24 presenterade RCC Norr en utredning avseende behovet av PET-CT i sjukvårdsregionen (bilaga 71 a). Utredningen gjordes på uppdrag av Förbundsdirektionen 2016-06-01. Enligt uppdraget skulle tekniska, kompetensmässiga och logistiska faktorer beaktas och patientperspektivet vara centralt. Med utgångspunkt från dessa förutsättningar redovisade rapporten ett förslag på lämplig turordning för utbyggnad av kapaciteten för PET-CT i sjukvårdsregionen. Som första åtgärd föreslår rapporten dock att Västerbottens läns landsting arbetar för att öka kapacitetsnyttjandet av nuvarande utrustning, att investering i nästa PET-CT utrustning sedan sker vid NUS samt att investering i en tredje PET-CT utrustning i norra regionen därefter görs i Sundsvall. Förbundsdirektionen stannade vid att notera informationen och önskade en kompletterande ekonomisk redovisning av investering och drift.

Ett kompletterande underlag till rapporten föreligger och framgår av bilaga 71 b. Investering och drift av PET-CT är beslut som fattas av enskilt landsting/region.

Förbundsdirektionen får vid sitt möte en föredragning.

Förbundsdirektionen beslutade

att rekommendera landstingen/regionen att ställa sig bakom rapportens förslag avseende principer för att öka kapaciteten i Norra sjukvårdsregionen och i vilken turordning det sker.

Rätt utdraget intygar:

Birgitta Fransson

Birgitta Fransson, Förbundssekreterare

Exp 2017-10-05 till registrator vid: Region Norrbotten, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen

Behov av positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi (PET-CT)-kapacitet i Norra sjukvårdsregionen i ett när- och ett 10-årsperspektiv.

Inledning

Vid möte i Förbundsdirektionen, Norrlandstingens Regionförbund 2016-06-01 beslöts om ett uppdrag att utreda behovet av PET-CT-kapacitet för framtiden i Norra sjukvårdsregionen. Uppdraget formulerades i bilaga till protokollet, Dnr 085/16:

> *Uppdrag att utreda behovet av PET-CT i Norra sjukvårds-regionen*
>
> *Bakgrund*
> *I samband med bland annat införandet av standardiserade vårdförlopp inom cancervården, har frågan om framtida kapacitet i regionen för PET-CT (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi) aktualiserats.*
>
> *PET är en nuklearmedicinsk avbildningsteknik som bygger på användning av radioaktiva isotoper, som förenar sig med kroppsegna ämnen till ett radio-farmaka. Den vanligast använda substansen är Fluor-18 kopplat till en glukosmolekyl (18-F-FDG). Det ansamlas i områden med hög ämnesomsätt-ning av socker. Vid tumörsjukdom har tumörcellerna en högre konsumtion av glukos än normala celler, vilket leder till ansamling av radionukleiden i tumörvävnaden. Detta ger en bild där tumörerna lyser mer än den omkring-liggande normalvävnaden. Då PET-tekniken i sig ger dålig anatomisk information kopplas den till en CT-undersökning (datortomografi), för att få detaljerad information om var en viss förändring är belägen. Det finns även andra typer av PET-spårämnen än 18-F-FDG, som ger bättre diagnosresultat för vissa specifika diagnoser.*
>
> *Onkologiska frågeställningar dominerar, men tekniken är även användbar vid bland annat vissa inflammations- och infektionsutredningar. Användningen av PET bidrar till att säkerställa diagnos och utbredning av cancersjukdomar. Det säkrar att rätt behandling erbjuds patienten och bidrar till att minska såväl under- som överbehandling. PET bidrar till att klarlägga om oklara förändringar utgör metastaserad sjukdom, så att patienten inte behöver genomgå omfattande kirurgi utan direkt kan erbjudas palliativ vård. PET kan också bidra till att tidigt identifiera enstaka metastaser, där exempelvis en kirurgisk behandling kan bota patienten. PET används i olika omfattning vid olika diagnoser.*

En PET-CT undersökning är en komplex process som omfattar tillverkning av radiofarmaka i en cyklotron, PET-CT-utrustning, personal med olika kompetenser och patienter. Nödvändiga kompetenser omfattar flera olika kunskapsområden och personalkategorier; specialistläkare i nuklearmedicin och specialistläkare i radiologi, röntgensjuksköterskor, biomedicinska analytiker, sjukhusfysiker, sekreterare och ingenjörer. Radiofarmaka har kort halveringstid. För 18-F-FDG är hållbarheten cirka 10 timmar, medan andra radiofarmaka måste användas i direkt anslutning till produktionen. Det ställer stora krav på planeringen av patientflödena.

I norra regionen finns idag en PET-CT-utrustning vid Norrlands universitets-sjukhus (Nus), som används för utredningar av patienter från hela regionen. Efterfrågan på PET-CT-analyser i Sverige har de senaste åren ökat med 15-20 % per år. Mot denna bakgrund behöver norra sjukvårdsregionen gör en bedömning av det framtida behovet av PET-CT.
Av förbundsordningen framgår att Norrlandstingens Regionförbund (NRF), har ett ansvar att "Värdera vissa strategiska lokal- och medicintekniska investeringar på kort och lång sikt. Lämna rekommendationer till region-sjukvården".

För att skapa faktaunderlag kring det framtida behovet i förhållande till nuvarande kapacitet föreslås en utredning tillsättas. Beredningsgruppen beslutade vid sitt sammanträde 2016-04-05 att föreslå Förbundsdirektionen att ge ett utredningsuppdrag till RCC Norr enligt nedanstående uppdrags-formulering.

Uppdraget

Utredningsuppdraget är att belysa behovet av kapacitet för PET-CT i sjukvårdsregionen för samtliga patientgrupper där PET-CT är tillämpligt, inte enbart inom cancervården. Behovet ska belysas inom ett kort (1-2 år), medellångt (3-5 år) och ett långt (5-10 år) tidsperspektiv. Såväl tekniska, kompetensmässiga och logistiska faktorer ska beaktas och patientpers-pektivet ska vara centralt.

För att belysa frågan bör ett brett spektrum av intressenter och kompetenser involveras. Exempel på sådana är processledare inom RCC Norr, remittenter, teknisk kompetens (MT), chefsområdet för bild- och funktionsmedicin och andra relevanta chefsområd.

Förbundsdirektionen är uppdragsgivare och beredningsgruppen är dialogpart under utredningsarbetet.

Arbetsmetod

Ledningen RCC Norr beslutade att ett underlag för utredningen huvudsakligen ska baseras på data som belyser utvecklingstrender i Sverige och särskilt Norra sjukvårdsregionen, föreliggande utredningar i Södra och Uppsala-Örebro-regionerna, och intervjuer med intressenter i Norra sjukvårdsregionen (representant för Förbundsdirektionen, ledamöter från landstingens ledning av sjukvården, ledningen för bild- och funktionsmedicin och ledamöterna i RCC Norr styrgrupp)(bilaga 1). Vidare beslutades att underlaget skulle diskuteras på en workshop i regi av RCC Norr för kompletterande synpunkter och efter detta förankras i relevanta chefssamråd enligt utredningsuppdraget. Uppdraget omfattar inte ekonomiska beräkningar och till grund ligger den bedömning av patientnytta som gjorts i aktuella vårdprogram inom cancerområdet.

Regionalt cancercentrum norr (RCC Norr) gav i november 2016 uppdraget till Lars Holmberg, professor emeritus vid Uppsala Universitet och före detta verksamhetschef vid Regionalt cancercentrum Uppsala-Örebroregionen att ta fram ett underlag för RCC Norrs utredningsuppdrag.

Bakgrund

Indikationsområden för PET-CT

Det klart dominerande indikationsområdet är idag cancersjukdomar. PET-CT ingår idag i utredningsblocket för en rad diagnoser inom satsningen på standardiserade vårdförlopp (cancercentrum.se): Analcancer, cancer utan känd primärtumör, huvud-hals cancer, livmoderhalscancer, lungcancer, lymfom, matstrupscancer, peniscancer, tjock- och ändtarmscancer, äggstockscancer. (I de standardiserade vårdförloppen används termen PET-DT). I några diagnoser kommer PET-CT in tidigt i diagnostiken – till exempel inom huvud-hals- och lungcancer - men i de flesta fall innebär rekommendationen att man använder PET-CT vid misstanke om eller utredning av spridd sjukdom eller inför vissa behandlingar. I många andra utredningsgångar omnämns att man vid behov utför ”kompletterande bilddiagnostik”, vilket kan innebära PET-CT. PET-CT används även i ökande grad vid sjukdomsåterfall i cancer, vid utvärdering av behandlingseffekter (särskilt inom kliniska forskningsstudier) och kan komma att användas mera vid dosplanering inför strålbehandling.

Inom cancer är således PET-CT idag väletablerat, men ligger i allt väsentligt i utredningsgången där patienten redan är omhändertagen för specialistvård med hög kompetens inom sjukdomen ifråga.

PET-CT används och utvärderas även inom andra sjukdomsområden: hjärt-kärlsjukdomar, infektions- och inflammationssjukdomar och neurologiska sjukdomar. Den utredning som gjordes av RCC Syd antyder att dessa områden tillsammans med indikationen dosplanering framöver sammanlagt kan stå för ungefär lika många PET-CT undersökningar som hela cancerområdets diagnostik. Uppskattningen är dock osäker.

Behov av infrastruktur och kompetens

En speciell omständighet för funktionaliteten (och därmed patientnyttan) av PET-CT är behovet av en komplex infrastruktur, en bra patientprocess och flera, speciella kompetenser.

För ett rationellt utnyttjande bör det finnas en framställningsenhet av radiofarmaka i samma organisation. De substanser som används för att framställa PET-bilden klassas idag som farmaka och tillverkningen klassas som läkemedelstillverkning med åtföljande regelverk. Tillstånd krävs även från strålskyddsmyndigheten. För annat än det mest använda radiofarmakat – och användningen av andra, speciella radiofarmaka förväntas öka – måste produktionsenheten ligga geografiskt nära på grund av radiofarmakats korta halveringstid. Kraven på produktionsenheten är tekniskt höga vad gäller avancerad utrustning, höga vad avser tillgång till kompetens och reglering och kontroll av verksamheten.

Det måste finnas en sammanhållen process som länkar tillverkning av radiofarmaka i tid och mängd till planerade undersökningar för att garantera patienterna bästa service, särskilt då många måste planera långa resor och samordna besök med andra undersökningar med PET-CT utredningen. God kostnadseffektivitet kräver även ett rationellt utnyttjande av tillverkad radiofarmaka.

För undersökningarnas utförande och tolkningen av resultatet krävs tillgång till specialister inom både nuklearmedicin och radiologisk diagnostik, såväl bland sjuksköterskor, biomedicinska analytiker (BMA) som bland läkare. En fördel är om flera är dubbelspecialister. Patient- och driftsäkerhet kräver ingenjörskompetens och radiofysiker. Kraven på radiofysisk kompetens ökar snabbt med hur många olika radiofarmaka och därmed specifika protokoll som används.

Det finns samordningsvinster med att etablera flera PET-CT-utrustningar på ett sjukhus. Vissa radiofarmaka kan utnyttjas mer effektivt och bemanningsbehovet kan bli lägre totalt. Det finns inte några konkreta uppgifter från enheter med flera PET-CT utrustningar hur stor samordningsvinsten är, men man har uppskattat att behovet kan minska med upp till 30% på BMA/sjuksköterskor.

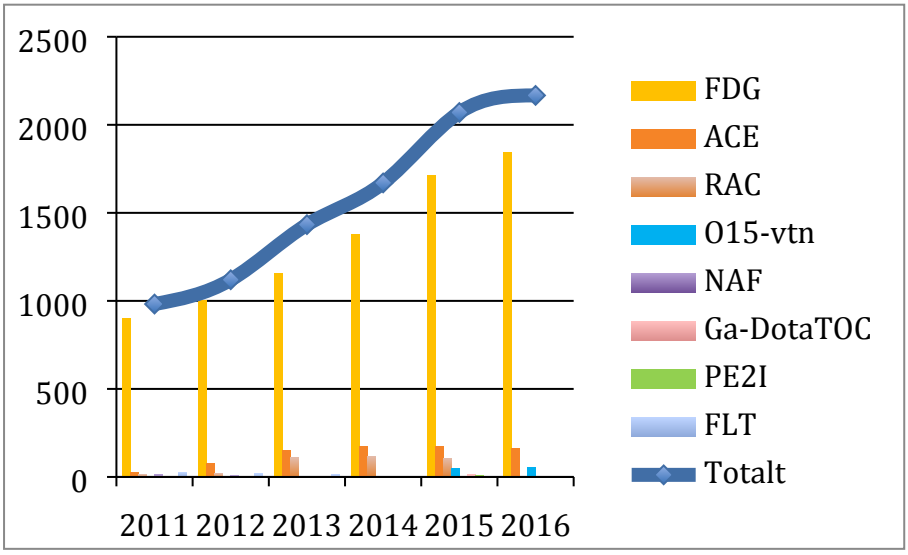
Etablering av den första PET-CT-utrustningen i Norra sjukvårdsregionen

Norra sjukvårdsregionen var sist i Sverige att etablera en PET-CT-verksamhet. Verksamheten började med en mobil enhet och nyttjande av radiofarmaka tillverkade i Finland.

2005: Utredning från de regionala chefssamråden inom gynekologi, kirurgi, lungmedicin, onkologi och radiologi yrkade på att a) för det korta perspektivet starta PET-CT-verksamhet vid Nus med en mobil lösning, b) projektering för cyklotron och PET-CT vid Nus påbörjas och c) gemensamma riktlinjer för remittering till PET-CT fastställs i regionen och att dessa revideras med lämpligt tidsintervall.
2008: Byggstart för lokaler för cyklotron och PET-CT på Nus
2009: Installation av cyklotron i lokalerna

2010: Start av radiokemiproduktion och fast PET-CT-verksamhet vid Nus, med tre radiofarmaka (FDG, FLT, NAF).

Varje år har sedan ytterligare radiofarmaka godkänts för produktion.



Figur 1. Utveckling av radiofarmakaanvändningen vid Nus. De olika radionuklideiderna har olika lång halveringstid. Den mesta använda, ^{18}F, har en halveringstid på 109 min. En produktion per dag försörjer därmed den dagens utredningar. ^{11}C har en halveringstid på 20 min, vilket möjliggör max 2 patienter per produktion. För ^{15}O är halveringstiden 2 min, vilket kräver produktion on-line.

Idag finns en PET-CT-utrustning etablerad på Norrlands universitetssjukhus (Nus). Tillverkning av radiofarmaka sker inom samma organisation. Kompetens finns för radiokemi, nuklearmedicin, radiologi (flera läkare är dubbelspecialister inom nuklearmedicin och radiologi) och sjukhusfysik. Det finns bemanning med BMA och specialistsjuksköterskor inom bild- och funktionsmedicin.

På Nus finns även en utrustning för PET i kombination med magnetkamera-utrustning (PET-MR). Denna utrustning används som i övriga landet främst för forskning. I framtiden kan PET-MR komma att avlasta PET-CT för vissa frågeställningar, men i dagsläget är detta fortfarande en verksamhet under utvärdering och utveckling.

Internationell utveckling

Detta underlag innefattar inte en litteraturgenomgång och grundlig belysning av evidens eller internationell utveckling. Det är emellertid av intresse för svensk utveckling att följa det arbete som bedrivits inom United Kingdom. Man har där sedan början av 2000-talet följt utvecklingen av evidensen för PET-CT. 2012 publicerades den första stora systematiska genomgången för PET-CT och den kom under 2016 i sin tredje version (*Evidence-based indications for the use of PET CT in the United Kingdom 2016.* London: The Royal College of Radiologists 2016).

Genomgången i UK pekar mot att det dominerande användningsområdet är inom cancer och där inom allvarlig sjukdom och planering av högt specialiserad vård. Emellertid är indikationsgränserna något vidare än vad vi hittills erfarit i de svenska kliniska riktlinjerna och standardiserade vårdförloppen. Till exempel pekas på evidens för att använda PET-CT på bredare indikation inom bröstcancer och för PET-CT utredning i situationer som inte varit aktuella ännu i Sverige, som till exempel för vissa tillstånd inom bukspottkörtelcancer, flera urologiska cancerformer och myelom.

Utvecklingstrender i Sverige

Nationellt

Från 2006 och fram till 2010 ökade användningen av PET-CT i Sverige mycket snabbt. Efter denna första etableringsfas, så har användningen fortsatt öka med 10-20 % per år. I landet fanns 2015 12 PET-CT-utrustningar motsvarande 1 enhet/800 000 invånare. 2013 utfördes enligt Strålskyddsinstitutet cirka 14000 PET-CT-undersökningar, motsvarande 1,4 undersökningar/1000 invånare (vissa undersökningar kan vara upprepade undersökningar av samma individ). Om man tar en ökningstrend på 20 % per år i beaktande skulle detta motsvara ett behov av cirka 2,4 undersökningar/1000 invånare år 2016. Ett fullt utnyttjande av alla svenska enheter till 2000 undersökningar per år per enhet motsvarar detta behov, men räcker inte för en ökning från denna nivå.

Utredning i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion

I Uppsala-Örebro-regionen genomförde 2014 en konsult en kvantitativ analys av behovet av PET-CT fram till och med 2017. Då fanns i regionen 3 PET-CT-utrustningar. År 2013 genomfördes 2177 undersökningar. Kapaciteten motsvarade således cirka 1 utrustning per 650 000 invånare och 1,1 undersökning per år och 1000 invånare.

Analysen gjordes dels som en tidsserie-analys och dels som en analys av förmodat behov. De som tillfrågades om behovet var regionens vårdprocessgrupper inom cancer. I tidsserie-analysen antogs den rådande trenden fortsätta oförändrat, baserat på att trenden till 2014 ansågs rimligt stabil och linjär. Tidsserie-analysen pekade mot ett behov 2017 av 4050 undersökningar per år för hela regionen. Enligt behovsanalysen var behovet 6058 undersökningar per år. Beräkningarna inkluderade undersökningar som görs inom forskning. Den lägre skattningen pekar således mot en användning 2017 av 2 undersökningar per år och 1000 invånare, den högre mot 3. Man konkluderade att det var rimligt med en utökning till 4 utrustningar i regionen till 2017 motsvarande 1 utrustning per 500 000 invånare, men att det i det kortare perspektivet 2014-2017 således fanns ett underutnyttjande i ljuset av att kapaciteten kan vara 2000 undersökningar per år och utrustning.

Utredning Södra sjukvårdsregionen

Under 2015 gjordes en utredning i samarbete mellan Regionalt cancercentrum syd (RCC Syd), Klinisk fysiologi och nuklearmedicin vid Skånes universitets-

sjukhus (SUS) och Röntgenavdelningen i Växjö om det framtida behovet av PET-CT i Södra sjukvårdsregionen.

Under 2014 gjordes 4699 undersökningar på Skånes universitetssjukhus 3 PET-CT-utrustningar och 460 undersökningar planerades på en utrustning i Växjö. Detta motsvarar cirka 3 undersökningar per år och 1000 invånare och en utrustning/400 000 invånare.
Syds utredning pekar mot ett behov av 8215 undersökningar per år, motsvarande 5 undersökningar per år och 1000 personer. I antagandet om behovet ligger en snabb utveckling av behovet inom andra områden än cancer. Cirka 45 % av undersökningarna uppskattades behövas för utredning vid cancerdiagnos, återfall och dosplanering och således majoriteten av undersökningarna för andra indikationsområden.

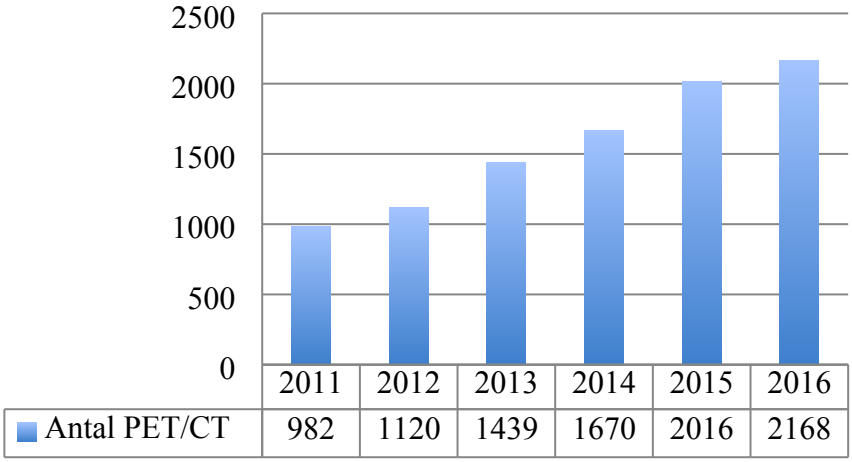
I Södra sjukvårdsregionen finns en fjärde utrustning beviljad för SUS och man rekommenderar att ytterligare en utrustning anskaffas för 2017. Sex enheter i Södra sjukvårdsregionen motsvarar 1 utrustning/270 000 invånare.
Utredningen nämner att man i Danmark nu har en PET-CT utrustning per 150 000 invånare och att detta skall vara i nivå med förekomsten i USA och Kanada.

Statistik från Norra sjukvårdsregionen

RCC Norr har tagit fram data för PET-CT-användning i Norra sjukvårdsregionen.

Regionen som helhet

Ökningen av PET-CT-utredningarna sedan etableringen av nuvarande utrustning på Nus i regionen illustreras i figur 2.



Figur 2. Antalet genomförda PET-CT-utredningar per år vid Nus

Tabell 1. Antal PET-CT-utredningar per landsting 2012 respektive 2015, baserat på patientens bostadsort.

	Antal us 2012	Antal us 2015	% ökning 2012-15	Antal us/1000 inv 2012	Antal us/1000 inv 2015
Västernorrland	320	403	26	1,3	1,6
Jämtland	129	203	64	0,9	1,4
Västerbotten	419	953	127	1,6	3,6
Norrbotten	246	447	82	1,0	1,8
Totalt	1114	2006	80	1,2	2,2

Tabell 1 exemplifierar de senaste åren när PET-CT blivit mer fast etablerat och under tiden som standardiserade vårdförlopp införts. Dessa år speglar dock väl den tidigare utvecklingen och de bedömningar som gjorts nationellt med en ökning av behovet med 15-20 % per år. Siffrorna för 2016 hade vid datauttaget inte kompletta data för året (data i figur 2 är kompletterad senare), men för alla landsting pekar data på en liknande utvecklingstakt som tidigare. Data från PET-CT-enheten har inte kunnat delas upp tillförlitligt på diagnosområde (cancer eller annan indikation) eller på om den avsett klinisk diagnostik eller forskning. En uppskattning från bild- och funktionsmedicin i Västerbotten är att ungefär 30 % av undersökningarna kan vara för forskning.

Extrapolering av nuvarande trend till 2020 och bedömning av vidare utveckling

Om en baslinje sätts med 2000 undersökningar 2015 och man till 2020 beräknar 15 % årlig ökning är behovet år 2020 3900 undersökningar per år motsvarande 4,3 per år och 1000 invånare. Om man istället räknar med 20 % årlig ökning når man 2020 5000 undersökningar per år (gränsen 4000, d.v.s. den allmänt antagna kapaciteten för 2 utrustningar passeras 2018-19) motsvarande 5,5 undersökningar per år och 1000 invånare.

Tabell 2. Skattat antal PET-CT-utredningar i norra regionen per år, vid ökningstakten 15 % respektive 20 %

Verksamhetsår	**Ökning 15 % per år**	**Ökning 20 % per år**
2015	2000	2000
2016	2250	2400
2017	2600	2900
2018	3000	3500
2019	3500	4150
2020	3900	5000

Att vila en bedömning av behovet på längre sikt enbart på nuvarande tidstrend kan vara vilseledande. Om nuvarande indikationsområden kvarstår så är en fortsatt ökning med 15-20 % per år inte sannolik. Om emellertid flera indikationsområden växer snabbt i likhet med antagandet i Södra sjukvårdsregionens utredning, kan trenden tvärtom öka. Det är också oklart om i vilken mån PET-MR eller andra funktions- och bildtekniker kommer att ta över frågeställningar från PET-CT. PET-CT-tekniken kan i sig också genomgå förändringar som ändrar

förutsättningarna för infrastrukturen: till exempel sker kontinuerligt en teknisk utveckling av tillverkningen av radiofarmaka.

Användning per landsting och diagnos

En avgörande fråga är tillgänglighet. RCC Norr har tagit fram data ur INCA-systemets registrering i kvalitetsregister. I vissa finns en variabel för utförd PET-CT-undersökning. Dessa redovisas i tabellen nedan.

Tabell 3. Procentandelen av alla rapporterade med aktuell diagnos som genomgått PET-CT.

Diagnos och tids-period	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten	Totalt
Matstrupe och magsäck 2010-16	7,0	12,5	10,5	2,6	7,4
Prostata 2013-16	3,2	8,4	17,5	20,5	12,1
Lunga 2013-16	57,3	40,6	58,6	46,8	51,4
Grov- och ändtarm 2013-16	0,6	3,3	3,4	1,3	2,1
Lymfom 2007-14	18,4	21,8	27,3	23,3	22,8

Registren har mycket god täckning, men är inte fullständiga. Variabeln för PET-CT-undersökning har inte validerats generellt. Enligt RCC Norr finns det dock inte belägg för att felkällorna varierar substantiellt mellan landstingen. Vissa av diagnoserna är relativt ovanliga och enstaka år är hart när omöjliga att jämföra. Här finns emellertid längre tidsserier och en helhetsbild snarare än enskilda diagnoser är viktig i detta sammanhang.

För prostatacancer ingår inte PET-CT lika naturligt som för de andra diagnoserna i rutindiagnostiken och användningen har varierat mera över åren än för de andra diagnoserna. I Norra sjukvårdsregionen är användningen av PET-CT för prostatacancer framför allt knutet till kliniska forskningsstudier. I tabell 2 ses övergripande för diagnoserna vad som förväntas utifrån rådande vårdprogram: en hög användning för lungcancer och lymfom. För matstrupe och magsäck ingår PET-CT i rekommendationen för matstrupscancer, vilket utgör en begränsad del av diagnosgruppen.

Som helhet ses en högre användning av PET-CT i Västerbotten (genomsnittligt cirka 30 % högre), men i övriga regionen en liknande användning. Om man tar hänsyn till att PET-CT används för prostatacancer främst i kliniska studier, förefaller skillnaderna i användning i vad som i övrigt kan antas vara klinisk rutin vara små mellan landstingen.

Resultat från intervjuerna

Samtliga intervjuade tillsändes ett diskussionsunderlag innan en telefonintervju (bilaga 2). Samtliga intervjuer genomfördes enligt planen.

Bilden av tillgång av PET-CT i regionen och det egna landstinget

Samtliga intervjuade upplever tillgången till PET-CT idag generellt som god och att väntetiderna i stort håller sig inom de ramar som stipuleras inom standardiserade vårdförlopp. Det finns problem med onödiga fördröjningar på grund av att remiss- förfarandet inte är elektroniskt, men detta ses över för närvarande.

Samtidigt som ingen idag konkret upplever en kö eller ej uppfyllda behov, reses av många intervjuade farhågan om att långa resvägar kan göra att patienter som annars vid en kortare resväg skulle genomgått PET-CT nu inte gör det. Andra intervjuade framhåller vikten av att alla patienter som har indikation för PET-CT ska ha information om åtgärden och vårdgivaren ska hjälpa till med resan och vistelse vid Nus. Man framhåller att avstånden inte får påverka i en viktig utredning och att det är ledningens ansvar att se till att riktlinjer följs oavsett patientens hemort. Representanten för patienter och närstående framhåller att får patienten bara rätt information så reser man gärna.

Två av de intervjuade anser att när PET-CT diagnostik krävs för en klinisk studie, men inte är en rekommenderad undersökning i övrigt i klinisk praxis, så kan geografiskt avstånd vara mer avgörande än annars för om patienten tillfrågas att delta i en studie eller ej.

Några av de intervjuade diskuterar att idag är indikationen för PET-CT knuten till avancerad cancersjukdom och till högt specialiserade behandlingar, varför PET-CT ofta kan samordnas med andra undersökningar och besök på onkolog-klinik och/eller multidisciplinär konferens.

Ingen av de intervjuade har upplevt ett ökande söktryck från andra indikationsområden än cancer.

Utnyttjas dagens resurser effektivt?

Samtliga intervjuade anser att man utnyttjar de befintliga resurserna väl. Bilden av hur mycket marginal det finns idag till maximalt utnyttjande är dock olika. Den varierar mellan att marginalen till maximal kapacitet är mycket liten och till att man idag kan öka produktionen med omkring 50 %. De flesta anser att det finns en viss marginal, men förmodligen bara för behovstäckning i ett kortare perspektiv (ett eller högst två år).

De intervjuade som har befattningar i landstings- och regionledningar framhåller att politiska ledningar i framtiden inte kommer att vilja finansiera stora investeringar i infrastruktur och apparatur som bara utnyttjas sju timmar per dag och endast vardagar. Alla intervjuade anser att man bör se över om man kan utnyttja utrustningen över längre tider per dag och i veckan. Få tror dock att det är realistiskt att långa perioder ha helg-utnyttjande. Ett estimat är att en utvidgning av utnyttjandet till 21:00 kan öka kapaciteten med 8-9 undersökningar per skift.

Några av de intervjuade från bild- och funktionsmedicin menar att det är för all verksamhet av denna natur sårbart med endast en utrustning.

Möjlighet att lokalt rekrytera och behålla kompetens samt att organisera nödvändiga stödfunktioner

Alla intervjuade framhåller kompetensbristen inom bild- och funktionsdiagnostiken som ett avgörande problem. På Nus är situationen idag relativt god, men som helhet i regionen finns stora brister i bemanning inom framför allt nuklearmedicin och vad avser BMA och röntgensjuksköterskor. Man framhåller att kompetenserna inom kemi och radiofysik är starkt specialiserade och en rekrytering och kompetensutveckling förutsätter en tillräckligt stor intellektuell miljö för att vara lyckosam. Några av de intervjuade har bilden av att uppbyggnaden av nätverket av kompetenser för PET-CT-verksamheten på Nus krävde tid och stor ansträngning.

Synpunkterna är mera delade om anskaffningen av en PET-CT-apparatur befrämjar rekrytering eller ej. Några intervjuade tror att detta kan stimulera specialister att söka tjänster vid enheten. Andra tror mera att det är en redan befintlig miljö, den miljöns förutsättningar för kompetensutveckling och ett socialt sammanhang i stort, som är betydelsefullt. Dessa intervjuade pekar på att Norra sjukvårdsregionens rekrytering av specialister i huvudsak bygger på de som utbildats och redan bor i regionen.

Ingen av de intervjuade från landstingen utanför Västerbotten utesluter möjligheten att etablera PET-CT på hemmaplan. Några av de intervjuade har emellertid farhågor att en PET-CT-verksamhet i ett läge med svårigheter att rekrytera nya medarbetare skulle dra kompetenser från andra, bredare och betydligt mer frekvent förekommande undersökningsmodaliteter som exempelvis MR.

Synpunkter på hur behovet kommer att utvecklas

Det är framför allt de intervjuade med medicinsk bakgrund som diskuterat det sannolika framtida behovet. Flera framhåller osäkerheten i alla uppskattningar, på grund av den snabba tekniska och medicinska utvecklingen. I perspektivet 3-5 år tror man i stort på att nuvarande trend fortsätter, men att en bedömning av ett längre tidsperspektiv förutsätter en aktiv omvärldsbevakning.

Synpunkter om framtida organisation

Vid intervjuerna framkom en rad synpunkter om faktorer som man önskade tas hänsyn till i framtida organisation.

- En central fråga är att tillgodose god och jämlik vård. Detta avser lika tillgång till en resurs som inte nödvändigtvis ligger geografiskt nära, men att tider och hjälp med resa finns och att alla patienter får god information i enlighet med rådande vårdprogram om för- och nackdelar av undersökningen.
- Flera intervjuade påtalade ett behov av ökad regional samordning och samverkan inom bild- och funktionsmedicin. Inom dessa ramar nämndes

mera samverkan kring utbildning och rekrytering, tydliga gemensamma riktlinjer, indikationer och protokoll. Man uttryckte önskemål att lösa problem gemensamt snarare än en och en. I sammanhanget nämndes att vid en eventuell decentraliserad utbyggnad av PET-CT så bör Nus ändå vara kompetenscentrat.

- Några intervjuade nämnde, i samband med behovet av ökad samordning, att det behövs en diskussion om hur man konkret ser på finansiering och annan satsning på vad som kan ses som regiongemensamma resurser. De lyfte att de ser att ett köp- och säljsystem för sådana resurser innebär problem.
- Man förutsåg att man inte kan besluta om ny utrustning innan man förvissat sig om att befintlig PET-CT på NUS utnyttjas fullt. Det påpekades även att en snabb utbyggnad med flera enheter kan leda till att en PET-CT-apparatur endast i begränsad utsträckning används till PET-baserade undersökningar och att man på det sättet huvudsakligen skapar en kostsam CT-verksamhet.
- I och med att PET-CT-undersökning idag fortfarande gäller avancerad sjukdom och inför specialistbehandling, så såg flera intervjuade den nära kopplingen till en onkologklinik som en förutsättning för effektivt utnyttjande.
- Flera av de intervjuade påtalade att frågan om geografisk närhet skulle bli mera avgörande än idag om PET-CT skulle komma att rekommenderas i rutinutredningar i primär diagnostik eller vid tätare upprepade undersökningar för samma individer. Man skulle då ställas inför de krav som idag till exempel gäller för tillgängligheten av diagnostik med MR.
- En återkommande synpunkt var behovet av att, förutom att samordna riktlinjer och protokoll, också kontinuerligt utvärdera den kliniska nyttan och noga följa utvecklingen inom internationell klinisk forskning kring PET-CT innan man öppnar för nya indikationer. En kritisk utvärdering förutsätter både en lokal akademisk miljö och ett regionalt/nationellt nätverksarbete menade man.
- Av dem som diskuterade möjligheten av en mobil enhet som ett alternativ för utökning av verksamheten idag, var det ingen som såg det som en mer långvarig lösning, utan i så fall bara som en övergångslösning. Flera ansåg att en mobil enhet inte löser problemen: bland annat är kraven på korta väntetider idag så strikta, att enheten skulle vara tvungen att byta plats snabbt, vilket ur flera synpunkter är ineffektivt utnyttjande av resurser och kompetenser.
- Få intervjuade hade en mer konkret bild av hur en eventuell utvidgning av verksamheten skulle kunna se ut. Av de som diskuterade logistiken för en eller flera tillkommande utrustningar framkom i enlighet med diskussionen ovan om en mobil enhet att huvudalternativet är en ytterligare fast utrustning inom några år. Två olika alternativ framkom. Antingen att utöka verksamheten på Nus med en utrustning motiverat av flera skäl: minska sårbarheten av att bara ha en utrustning; utnyttja den infrastruktur man redan investerat i; effektivare drift med mindre behov av rekrytering; utnyttja regionsamarbetet och se investeringar på Nus som en gemensam angelägenhet; det mest neutrala alternativet geografiskt och det mest realistiska alternativet ur rekryteringssynpunkt. Eller en ny

utrustning med placering i Sundsvall, eventuellt kombinerad med Nus som koordinerande kompetenscentrum, för service till Jämtland och Västernorrland. Skälen som framfördes var framför allt baserade på geografisk tillgänglighet och farhågan om ett för lågt utnyttjande av PET-CT idag på grund av långa reseavstånd. En del av företrädarna för detta alternativ såg emellertid en utrustning i Västernorrland som en vision på längre sikt och inte som mer omedelbart förestående.

Överväganden

Patientperspektivet

Patientperspektivet ligger till grund för hela utredningen. Tillgänglighet, utredning driven med hög kompetens, en trygg och säker process som utnyttjar resurser ansvarsfullt är grundfrågor under alla avsnitt nedan.

Det kan dock vara värt att särskilt beakta frågan om tillgång inte bara i form av befintlig resurs, utan även i form av om och hur geografiskt avstånd begränsar tillgång. Flera av de intervjuade har uttryckt oro för att ett långt avstånd till utrustningen på Nus kan innebära att man har något snävare indikationer för PET-CT än om patienten har en kortare resväg. Vårdgivaren har i så fall i princip utan en full information tagit beslutet själv att tolka vårdprogrammet något olika för patienter på olika orter. Detta bryter givetvis, om det förekommer, mot principen om en jämlik vård.

Det är tänkbart att patienter med mycket lång resväg även efter full information väljer att inte genomgå undersökningen. Detta sker dock förmodligen sällan eller mycket sällan eftersom PET-CT rekommenderas vid allvarlig sjukdom eller inför behandling som syftar till bot. Patientrepresentanter har också i denna utredning och nationellt, i samband med diskussioner om nivåstrukturering, tydligt deklarerat att resvägar vid allvarlig sjukdom inte är ett avgörande problem.

Lyckligtvis kan de data som tagits fram inte klart stödja att det ofta förekommer att PET-CT används olika i olika delar i regionen. Men data kan inte heller helt utesluta att det förekommer tillräckligt ofta för att vara ett reellt problem. Det skulle behövas en djupare analys av de remitterades bostadsort, socioekonomiska status, kön och tumörstatus för en problemformulering. Likaså skulle det vara klargörande med intervjuer av patienter på olika bostadsorter och deras benägenhet att följa rekommendationer om PET-CT.

Flera av de intervjuade med administrativa ledningsfunktioner centralt i landstingen har tydligt framhållit även ledningarnas ansvar att se till att riktlinjer följs och att organisationen på olika sätt stödjer att så sker, i samklang med den övergripande strategi som regionen bestämt.

Framtida kapacitetsbehov

Tidstrenden i Norra sjukvårdsregionen och i Uppsala-Örebro-regionen talar för en fortsatt behovsökning under de närmaste åren med 15-20 % per år. Denna

ökningstakt tror man även på i Södra sjukvårdsregionen, Danmark och i European Association of Nuclear Medicine (citerat i Södra regionens utredning) – låt vara att man i Södra sjukvårdsregionen stipulerar en snabb första utbyggnad till en nivå som är nära dubbelt den som idag finns i Norra sjukvårdsregionen. Incidensökningen av cancer är inte lika snabb, men som ovan angivits talar dock genomgången av evidens i UK för en viss breddning av indikationerna även inom onkologin. Detta gör en relativt snabb ökning av behovet de närmaste tre till fem åren trolig.

Utvecklingen på 10 års sikt är svårbedömd. Om indikationerna från vad som framkommer de närmaste åren står sig så kommer den snabba ökningen av idag att plana ut till en långsammare trend som till stor del bestäms av incidensökningen av cancer. De stora osäkerhetsfaktorerna är eventuellt ännu mer utökade indikationer inom cancer, om andra modaliteter kan ersätta PET-CT inom nuvarande indikationer eller om användningen inom andra diagnosområden skulle öka i den takt som man antagit till exempel i Södra sjukvårdsregionens utredning. Där antas lite mer än hälften av undersökningarna snart att vara inom andra sjukdomar än cancer. Av intervjuerna framkommer dock att det ännu inte förefaller vara ett starkt söktryck inom områden andra än onkologi. Osäkerheten i långtidstrenden visar att en omvärldsbevakning under kommande år är mycket viktig.

Även vid en konservativ skattning av den fortsatta utvecklingen visar data att man inom kort kommer till en kapacitetsbrist i Norra sjukvårdsregionen. Tidpunkten för detta är beroende av möjligheten att såväl tekniskt som kompetensmässigt utöka driften på befintlig apparatur och hur snabbt detta kan genomföras. Dock antyder en konservativ skattning av trenden sammantaget med en ganska optimistisk bild av hur mycket fler undersökningar man kan göra per år att kapacitetstaket kommer senast inom två till tre år.

Underlaget pekar även på att man inom tidsperioden 2017-2018 måste följa utvecklingen noga av trenderna, inte bara för en långtidsplanering, utan även för att förbereda en eventuell ytterligare expansion från omkring 2020.

Det ska påpekas att det inte är helt klarlagt exakt vad uppskattningen av en kapacitetsgräns på 2000 undersökningar per utrustning och år grundar sig på. Det torde dock vara klart man i olika bedömningar talar om detta som kapaciteten vid utnyttjande av utrustningen dagtid och vardagar.

Tekniska och logistiska faktorer

Inför en eventuell anskaffning av ytterligare en utrustning finns några driftsfördelar med en samplacering på Nus som bör vägas mot andra värden (till exempel geografisk närhet), och/eller hur både driftsfördelar och ökad geografisk närhet skulle kunna uppnås med en enhetlig lösning. Driftsfördelar vid samlokalisation av två utrustningar gäller bland annat mindre risk för totalt driftstopp, samutnyttjande av personal och av radiofarmaka. Underlaget talar för att en mobil enhet inte är lösningen på denna ekvation i dagens läge.

Hur organisationen än kommer att se ut, talar underlaget för att en hög grad av samordning både efterfrågas och skulle vara mycket ändamålsenlig. Det gäller alltifrån en säker patientprocess, som garanterar en högkvalitativ undersökning, på rätt tid, till effektivt utnyttjande av resurser i allt från radiofarmaka till kompetenser och en regiongemensam uppbyggnad av avancerad bild- och funktionsmedicin.

Kompetensmässiga faktorer

I diskussionerna om kompetensförsörjning framstår tre områden som viktiga för ställningstagande för det fortsatta arbetet.

Det första området gäller möjligheten att rekrytera ny personal vid en eventuell tillkomst av flera utrustningar. I underlaget framkommer i stort två olika tillnärmelsesätt. Det ena framhåller att det varit en krävande process att bygga upp den kompetens som idag finns på Nus och att en framtida rekrytering är beroende av den miljö som nu finns, inkluderande en universitetsmiljö. Man kan även förutse att den generella bristen i hela landet på expertis inom de aktuella områdena gör att rekryteringsprocessen kommer att vara hårt konkurrensutsatt. Det andra tillnärmelsesättet bygger på tanken att anskaffande av en utrustning i sig verkar rekryteringsbefrämjande och även gör det attraktivt att stanna kvar på en klinik och vidareutbilda sig.

Det andra området är i vilken mån som man idag till fullo utnyttjar det team som skapats på Nus. Det bör klargöras om högspecialiserad kompetens redan idag räcker för en viss utvidgning och/eller om det räcker med en begränsad rekrytering inom kärnkompetenserna för en mer substantiell ökning av produktionen. Bedömningen från bild- och funktionsmedicin vid Nus är att det vid en utvidgad verksamhet krävs rekrytering på såväl sköterskor som läkare. Vid en fördubbling av kapaciteten bedöms resursbristen vara störst på läkarsidan.

Det tredje området är en farhåga som framhålls av flera av de intervjuade, nämligen att tillkomsten av flera PET-CT kan konkurrera med tillgång på kompetens inom andra, och idag mer generellt använda, bild- och funktionsdiagnostiska åtgärder. Denna farhåga är mest uttalad där det idag råder brist på kompetens, men bör även ses i ett regionalt perspektiv.

Om man accepterar ovanstående diskussion om behovet av ytterligare utrustning, så tillkommer den komplicerande faktorn att för full verkningsgrad måste rekryteringen gå förhållandevis snabbt, varvid man måste bygga på vad som man uppfattar som den optimala rekryteringsmodellen. Återigen ser man att oavsett beslut om hur organisationen ska utformas, att problemen lämpar sig väl för starkt samarbete inom regionen.

Regional workshop 17 januari 2017

Workshopen genomfördes i form av ett videomöte, med deltagare lokaliserade i Umeå, Sundsvall, Östersund och Sunderbyn. Den inleddes med en presentation av Katrin Åhlström-Riklund, som redogjorde för principen för PET-CT, historik

avseende etableringen av PET-CT i norra regionen, utveckling samt nuvarande användning av PET-CT vid Nus. Utredare Lars Holmberg redovisade uppdrag, metod och resultat av sin utredning, i enlighet med innehållet i denna rapport.

Deltagarna i workshopen hade därefter gruppdiskussioner utifrån fyra fråge-ställningar:

- Finns det sjukdomsområden som inte belysts i utredningen?
- Hur kan vi få PET-CT att nyttjas jämlikt och optimalt i regionen?
- Vilka hinder finns?
- Vilka lösningar finns?

Synpunkter som framfördes vid redovisningen av gruppdiskussionerna

- Regionen har hög nyttjandegrad av den befintliga utrustningen jämfört med övriga regioner i landet. En kapacitetsökning behövs inom kort.
- Investering för framtida behov måste rymma forskning.
- Det är viktigt att regionen är överens om fortsatta satsningar och att inte något landsting driver en egen process i frågan.
- Fortsatt arbete behövs med remissrutiner. Digitalisering av remisser och svar är högprioriterat.
- Att patienter får resa från övriga regionen till Nus för primärutredning ses inte som något stort problem, men avståndet får större betydelse om flera uppföljnings- och behandlingskontroller ska genomföras.
- Trenden går mot att utvärdering med PET-CT under och efter behandling förordas för alltfler indikationer. Detta är även ett forskningsområde.
- Att snabbt kunna utvärdera effekten av dyra behandlingar innebär en ekonomisk vinst.
- Från vissa delar av regionen är det enklare och snabbare att resa till Mälardalen än till Nus. Det är viktigt att man vid upprepade under-sökningar gör dessa vid samma apparat, för bästa resultat. Det vore suboptimalt om vissa undersökningar görs inom och vissa utom regionen på samma patient..
- Infrastrukturen är viktig och cyklotroner kostsamma och utrymmes-krävande. Nyinvesteringar bör bygga på den infrastruktur som finns.
- Kompetensförsörjningen är central. Det går inte att bara investera i ny utrustning utan att det finns tillräcklig bemanning för att hantera den.
- Linjeföreträdare från vårdprofessionen i Sunderbyn och Sundsvall fram-förde att de värnar om Nus som regionalt kompetenscentrum, men skulle vilja ha en PET-CT-apparat i Sundsvall och en i Sunderbyn, som båda driftas och kompetensförsörjs från Nus.
- Om både CT- och PET-CT-utrusning finns inom ett landsting blir utredningar med dessa modaliteter lättare att samordna.

RCC Norrs konklusioner och förslag utifrån utredningens synpunkter

Bedömning av behov

Utredningen visar att det finns ett behov av utökad PET-CT-kapacitet i norra regionen, i form av investering i ytterligare PET-CT-apparatur. Den utrustning som idag finns i regionen har redan hög nyttjandegrad jämfört med riket i övrigt. Även om schemaförskjutningar, som medför fler nyttjandetimmar per dygn, kan öka kapaciteten något hos befintlig utrustning, bedöms investering i ytterligare PET-CT-utrustning behövas inom en snar framtid (1 år). Såväl genomförda intervjuer som synpunkter framförda vid workshopen lyfter vikten av att regionen samverkar kring satsningen på utökad PET-CT-kapacitet. Det finns en regionala samordning och samverkan inom bild- och funktionsmedicin, men det behöver öka ytterligare.

Förslag

Baserat på utredningen och framförda synpunkter finns huvudsakligen tre alternativa förslag avseende nyinvestering i utrustning:

a) Investering i ytterligare en PET-CT-apparat vid Nus
b) Investering i ytterligare en PET-CT-apparat vid Nus, samtidigt som arbete påbörjas för att inom några år etablera ytterligare en tredje PET-CT-utrustning för regionen, på ett av regionens länssjukhus.
c) Investering i två nya PET-CT-apparater som placeras vid två länssjukhus.

För samtliga förslag gäller att dagens cyklotron vid Nus har kapacitet att förse samtliga PET-CT-apparater. Cyklotronproduktionen i sig är inte begränsande vad gäller produktion av FDG. Ska man producera flera batcher per dag, vilket krävs om man gör många cancerundersökningar, kan vissa logistikproblem uppstå på grund av reststrålning i bunkern, men bedömningen från bild- och funktionsmedicin är att cyklotronen kan leverera FDG dagligen till flera PET-CT-scannrar. Det som är begränsande är personaltillgången, som behöver öka vid en fördubblad eller tredubblad produktion. Investering i ytterligare en cyklotron i regionen ses inte som realistiskt, på grund av höga investeringskostnader, lokal- och kompetensbehov.

Tabell 4. Förslagens styrkor och svagheter

Förslag	Styrkor	Svagheter
a) Ytterligare en PET-CT-apparat vid Nus	• Den lösning som skulle gå snabbast att realisera, då man fullt ut kan nyttja befintlig infrastruktur och kompetens. • Minskad sårbarhet av att bara ha en utrustning. • Båda apparaterna är möjliga att använda med	• Oförändrat långa resvägar för många patienter i regionen. Detta blir ett ökat problem om flera uppföljnings- och behandlingskontroller ska genomföras. • Oförändrad risk för ojämlik inklusion i kliniska studier. • Risk att patienter väljer att

	andra radiofarmaka än FDG. • Effektivare drift med mindre behov av rekrytering. • Det mest realistiska alternativet ur rekryteringssynpunkt. • Det geografiskt mest neutrala alternativet. • Utökad forskningskapacitet i en redan väletablerad forskningsmiljö.	behandlas utanför regionen för enklare resvägar. • Vid en fortsatt snabb ökning av efterfrågan kommer ytterligare kapacitetsökning att behövas inom några år. • Möjligheterna att placera en tredje utrustning i regionen vid något annat sjukhus än Nus minskar om inte de praktiska förberedelserna för det påbörjas i närtid.
b) Ytterligare en PET-CT-apparat vid Nus, samtidigt som arbete påbörjas för ytterligare en tredje PET-CT-apparat vid ett länssjukhus inom några år	• Styrkorna för investering vid Nus enligt ovan. • Ger nödvändig tid för att förbereda etablering vid ett länssjukhus (kompetens, lokaler och utrustning). *När PET-CT-apparaten vid länssjukhuset har tagits i drift:* • Kortare resvägar för många patienter. • Tillgången till PET-CT-kan vara rekryteringsbefrämjande och göra det mer attraktivt att stanna kvar på länssjukhuset och vidareutbilda sig. • Ger ökade förutsättningar att bedriva forskning på länssjukhuset.	• Fortsatta risker enligt ovan för de patienter som inte får geografiskt närmare till en PET-CT-utrustning. • Avsaknad av visa nyckelkompetenser som kan vara svåra att rekrytera. • Större rekryteringsbehov än vid alternativ a), då verksamhet etableras på ytterligare en ort. • Tillkomsten av flera PET-CT kan konkurrera med tillgång på kompetens inom andra bild- och funktionsdiagnostiska åtgärder.
c) Två nya PET-CT-apparater som placeras vid två länssjukhus	• Kortare resvägar för många patienter. • Tillgången till PET-CT-kan vara rekryteringsbefrämjande och göra det mer attraktivt att stanna kvar på länssjukhusen och vidareutbilda sig. • Ger ökade förutsättningar att bedriva forskning på länssjukhusen.	• Den lösning som skulle ta längst tid att realisera, då man inte fullt ut kan nyttja befintlig infrastruktur och kompetens. • Avsaknad av visa nyckelkompetenser som kan vara svåra att rekrytera. • Onkologiska kliniker finns enbart i Umeå och Sundsvall. Även nuklearmedicinsk kompetens finns främst på dessa orter. • Större rekryteringsbehov

		än vid alternativ a och b), då verksamhet ska etableras på ytterligare två nya orter. • Bedöms inte praktiskt realiserbart inom den korta tid som kapaciteten hos nuvarande utrustning beräknas vara tillräcklig. • Tillkomsten av flera PET-CT kan konkurrera med tillgång på kompetens inom andra bild- och funktionsdiagnostiska åtgärder. • Ingen ökad driftsäkerhet avseende andra radiofarmaka än FDG. • Risk för lägre nyttjandegrad av PET-funktionen än vid placering vid Nus.

Enligt utredningen från södra sjukvårdsregionen behövs för att fullbemanna patientflödet kring en PET-CT-kamera dagtid (8h) motsvarande heltidsnärvaro av 3,5-4 BMA/röntgensjuksköterskor med PET-CT kompetens. Avseende läkare behövs 1,5 heltidstjänster för specialister i nuklearmedicin respektive 0,8 i radiologi. Dessutom behövs en sekreterare per kamera. Behovet av sjukhusfysiker och ingenjör beräknas till vardera ca 0,2 per kamera.

Geografiska överväganden

Vid en investering av PET-CT-utrustning vid länssjukhus har tillgången till nuklearmedicinsk specialistkompetens vid sjukhuset en avgörande betydelse för att handlägga och besvara PET-delen av undersökningarna. Även om Nus fortsatt utgör ett regionalt kompetenscentrum krävs egen personal på plats på länssjukhuset för att verksamheten ska fungera. Då PET-CT i stor utsträckning används för diagnostik av cancerpatienter, och i ökande utsträckning även för att följa effekten av behandlingen av dessa, är även tillgången till onkologisk specialistkompetens vid sjukhuset viktig för en väl fungerande patientprocess.

I regionen finns idag onkologiska kliniker vid Nus och i Sundsvall. Tillgången till nuklearmedicinsk och onkologisk specialistkompetens är idag obefintlig eller mycket begränsad i Östersund och i Sunderbyn. Vid investering i en PET-CT-utrustning utanför Nus ses därför Sundsvall som det mest realistiska alternativet. Även i Sundsvall krävs dock rekrytering av nödvändig kompetens.

Ur ett geografiskt perspektiv skulle en utrustning i Sundsvall förkorta restiderna för patienter från såväl stora delar av Västernorrlands län som för patienter från Jämtland-Härjedalen. En utrustning i Östersund skulle förkorta restiderna för

patienter från Jämtland-Härjedalen och delar av Västernorrland. En investering i Sunderbyn skulle förkorta restiderna för patienter från Norrbotten. En investering i Sundsvall skulle förkorta restiderna för flest patienter i regionen.

Synpunkter på förslagen från det regionala chefssamrådet för cancervården

Utredningens slutsatser och RCC Norrs konklusioner och förslag diskuterades grundligt vid ett möte i det regionala chefssamrådet för cancervården den 1 mars 2017.

Rådet var fullständigt enigt om att investering i ytterligare en utrustning bör ske snarast.

En majoritet av rådets ledamöter såg en investering i ytterligare en utrustning vid Nus som det mest lämpliga första steget, men förordade att arbete samtidigt bör påbörjas för ytterligare en tredje PET-CT-apparat vid ett länssjukhus inom några år (alternativ b ovan).

En av rådets ledamöter ifrågasatte att efterfrågan på PET-CT-utredningar kommer att fortsätta att växa lika snabbt som nu och ansåg att det i nuläget enbart borde göras en investering i ytterligare en utrustning på Nus.

Norrbottens representant ansåg att det finns stora fördelar för hela regionen med utlokaliserade PET-CT-utrustningar och förordade i första hand alternativ c, samt att en utrustning då skulle placeras i Norrbotten.

Kompetensförsörjningen är central för att kunna ta ytterligare PET-CT-utrustningar i drift. Kompetens behövs inom många områden och yrkeskategorier. Oavsett var investeringen sker krävs kompetensförstärkning, men dessa behov är minst vid en investering på Nus, då befintlig kompetens kan samnyttjas mest effektivt för båda utrustningarna. Även om Nus utgör kompetenscentrum för regionen är det vid etablering av utrustning på ett länssjukhus orealistiskt att verksamheten ska driftas från Nus. Man måste ha egen personal på plats. Specialister i nuklearmedicin har en nyckelroll. Det har tidigare varit svårt att utbilda dubbelspecialister i nuklearmedicin i regionen, men nu finns bättre möjligheter, vilket ger förutsättningar att dela på arbetet i regionen.

En majoritet av rådets ledamöter var eniga om att Sundsvall vore lämpligast för etablering av en tredje utrustning i regionen, i enlighet med resonemanget i avsnittet om geografiska överväganden ovan. Sundsvalls representanter i chefssamrådet önskar att en sådan etablering sker på sjukhuset.

Möjligheten att förstärka kapaciteten med en PET-CT-buss diskuterades, men rådet konstaterade att bussen skulle behöva byta ort ofta för att hålla korta ledtider och att det skulle innebära ett ineffektivt utnyttjande av utrustningen. De intervjuer som genomförts i utredningen har inte gett något stöd för en sådan lösning.

Slutsatser efter diskussionen i chefssamrådet:

- Stöd finns för investering i ytterligare en utrustning vid Nus.
- Störst stöd finns för förslag b ovan.
- Sundsvall är det länssjukhus som idag har mest kompentens inom området och som därmed bedöms som lämpligaste sjukhus för etablering av ytterligare en apparatur.
- Norrbotten har önskemål om en utrustning i Sunderbyn. Nödvändig kompetens saknas i dagsläget inom flera områden.
- Varje landsting beslutar om eventuell investering.
- Att investera i en ny utrustning på Nus och sedan avvakta att kapaciteten slår i tak innan en ny satsning görs skulle medföra svårigheter att då etablera en utrustning på ett länssjukhus.

RCC Norrs styrgrupps ställningstagande till utredningens slutsatser och förslagen från RCC Norr

Utredningens slutsatser och RCC Norrs konklusioner och förslag diskuterades vid ett möte i RCC Norrs styrgrupp den 5 april 2017.

Styrgruppen instämde i utredningens slutsatser. Huvudsakligen diskuterade styrgruppen hur snart det finns behov av investeringar i ytterligare utrustning. VLL utreder möjligheten att som ett första steg möta behov av ytterligare volym genom anställningar för både dag- och kvällsskift och eventuellt även helg-bemanning för befintlig utrustning.

Avseende investering i ytterligare utrustning ställde sig styrgruppen bakom förslag B ovan. Investering i ytterligare utrustning bör först ske vid Nus. Förberedelsearbete för en tredje utrustning, med placering i Sundsvall, bör påbörjas parallellt med det.

REGIONALT CANCERCENTRUM NORR

Kompletterande underlag till rapporten från utredningen avseende behovet av positron-emissionstomografi kombinerad med datortomografi (PET-CT)-kapacitet i Norra sjukvårdsregionen i ett när- och ett tioårsperspektiv.

Vid förbundsdirektionens möte i Sundsvall i maj 2017 presenterade RCC Norr en utredning avseende behovet av PET-CT i sjukvårdsregionen. Utredningen gjordes på uppdrag av Norrlandstingens regionförbund. Enligt uppdraget skulle tekniska, kompetensmässiga och logistiska faktorer beaktas och patientperspektivet vara centralt. Uppdraget omfattade inte ekonomiska beräkningar. Den bedömning av patientnytta som gjorts i aktuella vårdprogram inom cancerområdet utgjorde en grund för utredningens bedömningar och slutsatser.

Flera hälsoekonomiska beräkningar har gjorts som visar nyttan av PET-CT vid cancerutredningar. Bland annat finns sådana beräkningar i Socialstyrelsens vetenskapliga underlag för nationella riktlinjer för lungcancervård. Där konstateras att kombinationen av datortomografi och FDG-PET genererar både kostnadsbesparingar och vunna levnadsår och har låg kostnad per effekt. En PET-CT-undersökningen ger förutsättning att så noggrant som möjligt bedöma tumörutbredning och spridning, vilket är avgörande för beslut om vilken behandling som är bäst för den enskilda patienten.

Vid mötet i Sundsvall ställdes frågor om kostnaden för PET-CT-utredningar och investering i PET-CT-utrustning, samt vilka sjukhus i landet som idag har PET-CT-utrustning.

Priset för en PET-CT-utredning varierar beroende på vilken tracer som används. För den vanligaste utredningen, med ^{18}F-fluorodeoxyglucose (FDG), är kostnaden 13 000 - 15 000 SEK, beroende på vilket CT-protokoll som används.

En PET-CT-scanner kostar cirka 19 000 000 - 24 000 000 SEK, beroende på leverantör och utförande. Då ingår inte cyklotron eller kostnader för lokal etc. Enligt utredningen kan befintlig cyklotron vid Nus försörja ytterligare PET-CT-utrustningar i regionen med tracers. Halveringstiden hos FDG möjliggör leverans till andra orter än Umeå, med daglig produktion och transport.

Geografisk placering av nuvarande PET-CT-utrustningar i Sverige: Alla universitetssjukhus i landet har PET-CT-utrustning och en PET-CT-scanner finns även i Växjö. Region Jönköping tog ett investeringsbeslut om PET-CT i slutet av 2016.

17

Vårdsamverkan i västra Härjedalen

RS/2485/2017

2017-11-17

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Göran Hallman
Tfn: 063-14 75 7124
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/2485/2017

Vårdsamverkan i västra Härjedalen

Ärendebeskrivning

I bifogat inriktningsdokument beskrivs en föreslagen utvecklingsinsats i form av samverkan mellan Funäsdalens Hälsocentral (FHC) och Röros sjukhus samt Tynset sjukhus i Norge för utveckling av vårdsamverkan i västra Härjedalen. Innevånare och patienter geografiskt boende väster om Lossen-dammen samt de patienter som är listade på FHC kommer erbjudas möjlighet att efter medicinsk bedömning på FHC få bli remitterade till ovan nämnda norska resurser som alternativ till Östersunds sjukhus.

Utvecklingsinsatsen är upplagd som ett treårigt ”lärande-projekt” där förutsättningarna är definierade i form av ett politiskt uppdrag utgående från ett intentionsdokument (Letter of Intent) mellan Region Jämtland Härjedalen och St Olov Hospital. Insatsen avser primärt elektiva patienter listade på Funäsdalens Hälsocentral.

Utvecklingsinsatsen omfattar därutöver att analysera samverkan över nationell gräns för att förbättra och kvalitetssäkra vården i gränsnära områden inom Region Jämtland Härjedalen med dess långa avstånd till Östersunds sjukhus. Detta innebär att det **inte** är en färdigformaterad lösning som beskrivs i detta dokument utan en tidslinje i vilket ingår att med ett konstruktivt förfaringssätt lösa de olika gränshinder som framkommer under utvecklingsinsatsen, men med en fortsatt patientsäker process som förväntat resultat.

Regiondirektörens förslag

Regiondirektören får i uppdrag att senast under januari månad 2018 inleda utvecklingsinsatsen ”Gränsöverskridande vårdsamverkan” i enlighet med inriktningsdokumentets intentioner.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Utdrag till

Maria Carlund
Anna Granevärn
Lisbeth Gibson
Gisle Meyer St Olav Hospital
Oddbjørn Øien, Chefsläkare Tynset
Stein Tronsmoen, Sjukhusdirektör
Jan Gunnar Skogås Daglig ledare Röros
Göran Hallman

GRÄNSÖVERSKRIDANDE VÅRDSAMVERKAN

VÄSTRA HÄRJEDALEN – SYKEHUS INNLANDET TYNSET SAMT ST. OLAV HOSPITAL AVDELNING RÖROS SYKEHUS

INRIKTNINGSDOKUMENT FÖR PERIODEN 2018 - 2020

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPOLITISKA AVDELNINGEN

RS/2485/2017

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring
0.000	2017-06-30	Skapat dokument utifrån insamlad kunskap
0.100	2017-06-30	Påbörjat struktur på omfattning
0.150	2017-07-03	Utvecklad struktur i dokumentet
0.160	2017-07-05	Organisationsstruktur Norge
0.170	2017-07-06	Organiseringen i Sverige
0.171	2017-07-11	Tillägg txt
0.172	2017-07-12	Tillägg txt
0.200	2017-07-13	Strukturering av dokumentet
0.210	2017-07-14	Översyn och kontroll av vårdbehov
0.220	2017-07-14	Färdigställande för distr av arbdok
0.230	2017-07-17	Distr för inspel
0.240	2017-06-30	Kommentarer Oddbjørn
0.250	2017-09-08	Text och bilaga Tynset från Oddbjörn
0.300	2017-09-15	Minnesnotater från möte 5/9 införda
0.310	2017-09-22	Patskadeförskringsinfo OK! Ekonomi?? utredda
0.320	2017-09-25	Kommentarer Maria C införda
0.330	2017-09-28	Ambulanskraven utredda och kommenterade
0.350	2017-09-29	Genomgång av textavsnitt, kompletteringar
0.400	2017-10-02	Större överbearbetning
0.410	2017-10-04	Vårdbehov av MD och MC som bilaga, kommenterad i inledning
0.420	2017-10-04	Text korr, mmm
0.500	2017-11-09	Uppdaterat med kommentarer mm
0.510	2017-11-14	Inkluderat tillägg ang ambulans
0.520	2017-11-15	Text uppdateringar
0.530	2017-11-16	Inkluderat tillägg ang avtalet Fjellregionen
0.600	2017-11-16	Textöversyn - kopplingar
0.610	2017-11-16	Specificering av utestående frågor
0.700	2017-11-17	Klargjord – översänd Oddbjørn och Gisle
0.950	2017-11-17	Errata kor juridisk granskad Helge
0.960	2017-11-17	Klar för styrelsen

Arbetsmtrl

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

INNEHÅLL

1 BAKGRUND OCH FÖRUTSÄTTNINGAR 4
1.1 SAMMANFATTANDE BESKRIVNING 4
1.2 BAKGRUND 5
1.3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD ORGANISATIONSBESKRIVNINGAR 5
1.3.1 Norsk hälso- och sjukvårdsstruktur 7
1.3.2 Svensk hälso- och sjukvårdsstruktur - Region Jämtland Härjedalen 8
1.4 PRIMÄRVÅRDEN I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 9
1.5 FUNÄSDALENS HÄLSOCENTRAL (FHC) 10
1.6 RÖROS SYKEHUS OCH TYNSET SYKEHUS 11
1.7 RÖROS SYKEHUS 12
1.8 TYNSET SJUKEHUS 12
1.9 AMBULANSRESURSER 12
2 FÖRUTSÄTTNING FÖR UTVECKLINGSARBETE 16
2.1 DEMOGRAFI OCH VÅRDKONSUMTION 16
2.2 EKONOMI 20
3 INRIKTNING FÖR REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 22
3.1 SYFTE 22
3.2 TRYGGA VÅRDVILLKOR VID VÅRD I NORGE 22
4 GENOMFÖRANDE ORGANISATION 24
5 FÖRSLAG TIDSLINJE – UTESTÅENDE FRÅGOR 25
5.1 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN – BEHOV AV RUTINER 25
5.2 FRÅGOR SOM BEHÖVER FORTSATT ANALYS OCH LÖSNINGAR 26
5.3 HÖGPRIORITERADE FRÅGESTÄLLNINGAR 27
6 KOPPLING TILL ANDRA UTVECKLINGSINSATSER 28
7 BILAGOR 29
7.1 FAKTA ARK TYNSET 29
7.2 PATIENTSKADEFÖRSÄKRING 33
7.3 UPPSKATTAT PATIENTFLÖDE – VIDARE UTREDNING AV VOLYM 35
7.4 HÄLSOPERSONAL AMBULANS NORDEN 37
7.5 AMBULANS BEMANNING – NATIONELL UTBILDNINGSPLAN NORGE 38
7.6 DE REGIONALA HÄLSOFÖRETAGEN I NORGE SAMT NÄRRESURSER I V. HÄRJEDALEN 39
7.7 SAMORDNING AV TJÄNSTER I FJELLREGIONEN 40

Arbetsmtrl

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

1 BAKGRUND OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

1.1 SAMMANFATTANDE BESKRIVNING

Avstånden i Jämtland Härjedalen är stora och turismen ökar befolkningen periodvis dramatiskt. Den specialiserade vården bedrivs inom olika centrum och det enda sjukhuset finns i Östersund. Primärvården är basen i hälso- och sjukvården och en viktig del i ett glest befolkat län som vårt.

Detta inriktningsdokument beskriver en föreslagen utvecklingsinsats i form av samverkan mellan Funäsdalens Hälsocentral (FHC) och Röros sjukhus samt Tynset sjukhus i Norge för utveckling av vårdsamverkan i västra Härjedalen. Innevånare och patienter geografiskt boende väster om Lossen-dammen samt de patienter som är listade på FHC kommer erbjudas möjlighet att efter medicinsk bedömning på FHC få bli remitterade till ovan nämnda norska resurser som alternativ till Östersunds sjukhus. Den 1:a januari 2010 infördes valfrihetssystemet i primärvården i dåvarande Jämtlands läns landsting. Beslutet fortsätter att gälla även efter övergången till Region Jämtland Härjedalen.
I vårdvalet betonas de möjligheter valfrihet innebär att medborgarnas ställning stärks genom att de fritt får välja vårdenhet. Detta beslut och patientsäkerheten har varit styrande då denna utvecklingsinsats skisserats eftersom gränsöverskridande vårdsamverkan kommer ske mellan EU-land och icke EU-land.

Något som ytterligare komplicerar vårdsamverkan är den organisatoriska uppbyggnaden av norsk hälso- och sjukvård i form av hälsoföretagsmodeller (Helseforetakk – regionala och lokala). Primärvården ingår inte i dessa helseforetakk. Detta innebär att en politiskt styrd komplett offentlig sjukvårdsstruktur skall samordnas med en företagsliknande struktur men fortfarande med patientsäkerheten i fokus.

Utvecklingsinsatsen är upplagd som ett ”lärande-projekt” där förutsättningarna är definierade i form av ett politiskt uppdrag utgående från ett intentionsdokument (Letter of Intent) mellan Region Jämtland Härjedalen och St Olov Hospital. Insatsen avser primärt elektiva patienter listade på FHC. Utvecklingsinsatsen omfattar därutöver att analysera samverkan över nationell gräns för att förbättra och kvalitetssäkra vården i gränsnära områden inom Region Jämtland Härjedalen med dess långa avstånd till Östersunds sjukhus. I uppdraget ingår även att identifiera restriktioner, gränshinder av både fysisk såväl som administrativ karaktär, utveckla metoder och modeller för att kvalitetssäkra gränsöverskridande samverkan samt pröva nya fördelningsmodeller för resursutnyttjande.
Ett antal problem som redan nu initierats och identifierats genom att kartlägga samt skissera på ett samverkande projekt kommer finnas med som aktiviteter inom utvecklingsinsatsens tidsram att beskriva/lösa. Detta innebär att det **inte** är en färdigformaterad lösning som beskrivs i detta dokument utan en tidslinje i vilket ingår att med ett konstruktivt förfaringssätt lösa de olika gränshinder som framkommer under utvecklingsinsatsen, men med en fortsatt patientsäker process som förväntat resultat.

De uppgifter som redovisas av eventuella vårdbehov/flöden är subjektiva och enbart en approximation baserad på förtrogenhetskunskap samt erfarenhet. Det bör initialt därför inom utvecklingsinsatsen fokuseras på att skapa och följa relevant statistik på antalet remisser till specialistsjukvården per område som komplement.

Arbetsmaterial

Utvecklingsinsatsen kommer att genomföras och följas upp med 6-månadersintervall över en treårs prövoperiod med start tidig vår 2018 efter styrelsebeslut. Analysen kommer omfatta kostnader, remisser per diagnos, volymer samt förslag till förbättringsåtgärder pga. störningar, felaktigheter och identifierade problem. Detta sker i form av en löpande dokumentation för att garantera ”lärande-processen” och att vunna erfarenheter kan nyttjas.

Därefter kommer en sammanfattande rapport tas fram inför eventuellt beslut om införande i ordinarie drift baserat på resultatet från utvecklingsinsatsen.

1.2 BAKGRUND

Redan under 2000-talets tidiga år genomfördes en kartläggning och analys av möjligheter till samverkan över nationsgränsen med särskilt fokus på västra Härjedalen. Genom åren har olika studier genomförts avseende olika former av vårdsamverkan utan att resultera i en faktisk samverkan. Ett nytt intresse manifesterades i form av ett intentionsdokument (Letter of Intent) vilket undertecknades 2016-06-13 mellan Region Jämtland Härjedalen och St Olov Hospital HF av dåvarande regiondirektören Björn Eriksson och administrativa direktören på St Olav Sykehus HF Nils Kvernmo. I detta LoI pekas ut ett tydligt intresse av fördjupat samarbete mellan Region Jämtland Härjedalen samt St Olav Hospitals verksamhet på Röros sjukhus. Röros sjukhus är organiserat som en avdelning inom St Olav Hospital HF.

Det fördjupade samarbetet skulle fokusera på att utveckla former och möjligheter till att erhålla vård för västra Härjedalens medborgare med långt avstånd till Östersunds sjukhus. I första hand avsågs elektiva patienter men även akuta patienter kan komma att omfattas.

Turister och övriga utomlänspatienter hanteras i särskild ordning då hemlandsting/region får bestrida uppkomna kostnader genom direkt fakturering.

Inom ramen för detta utvecklingsarbete ingår inte de delar av LoI som omfattar forskningssamverkan eller möjligheter att direkt samverka med St. Olav Hospital HF avseende länssjukvård och regionsjukvård. Dessa kommer att hanteras genom separat utvecklingsinsatser.

1.3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD ORGANISATIONSBESKRIVNINGAR

För att förstå vilka delar som detta utvecklingsuppdrag omfattar så beskrivs och förtydligas här den indelning av hur hälso- och sjukvården är organiserad i Norge och Sverige. Olikheterna medför att det inte går att göra direkta gränsöverskridande samverkansinsatser utan att involvera flera olika parter. Detta har ställt stora krav på att formulera en utvecklingsinsats som omfattar alla de olika parter och strukturer som kommer beröras. Ett exempel är gränsöverskridande samverkan där primärvården ska inkluderas beroende på dess olika huvudmannaskap samt även olika ekonomiska incitament i båda länderna.
Detta begränsar samverkan med primärhelsetjänsten i Norge inom ramen för det ingångna intentionsavtalet med St.Olav Hospital samt det nyligen upprättade med NTHF (Nord Trøndelag HelseForetak).

Arbetsmtrl

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

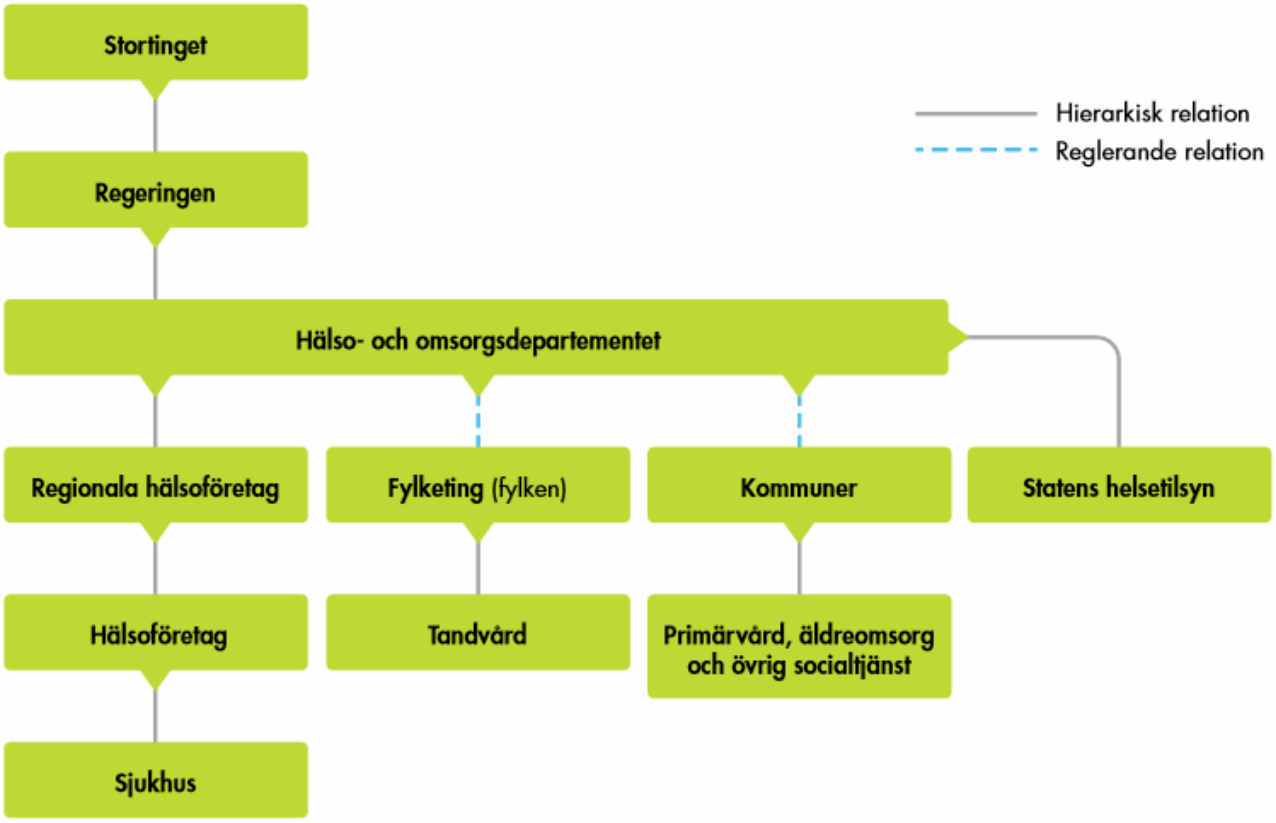
Förhandlingen mellan de företagslika norska hälso- och sjukvårdsstrukturerna och den offentligt utformade holistiska politiskt styrda svenska kommer innebära att olika lösningar måste beaktas. Successivt kommer olika delmoment genomföras för att analysera och föreslå lösningar på de identifierade begränsningarna vid vårdsamverkan över en landsgräns mellan Sverige och Norge.

Initialt kommer en viss frustration uppstå eftersom det i dagsläget är omöjligt att beskriva och föreslå lösningar på de olika begränsningarna. Därför inriktas utvecklingsinsatsens första 6 månader på att utpröva och ta fram lösningar undervägs samt dokumentera dessa.

Denna utmaning kommer att behöva förankras i en ständig process där det politiska perspektivet, regionens ekonomi men inte minst patientsäkerheten behöver beaktas. Därför föreslås utvecklingsinsatsen ledas av chefen för Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen vid Region Jämtland Härjedalen.

Arbetsmtrl

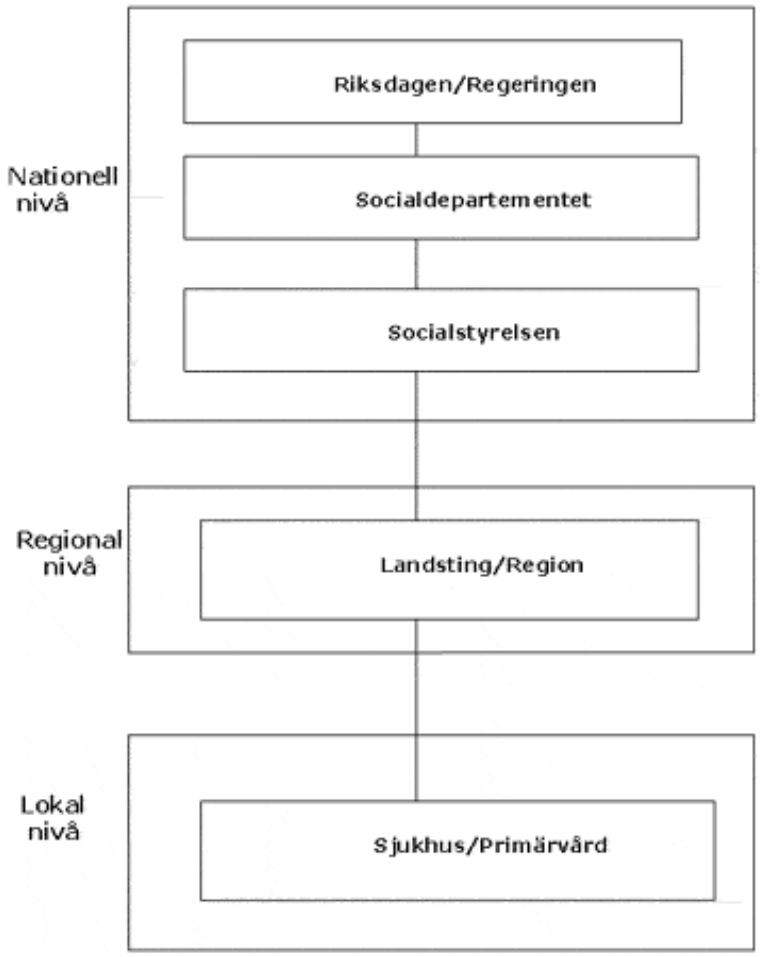
1.3.1 Norsk hälso- och sjukvårdsstruktur



- Hälso- och sjukvårdssystemet omfattar alla invånare och är offentligt finansierat via skatteintäkter.
- Staten (genom Stortinget och regeringen) ansvarar för den specialiserade sjukhusvården. Den äger fyra regionala hälsoföretag som ansvarar för att tillhandahålla vård till sina invånare.
- De regionala hälsoföretagen äger de lokala hälsoföretagen som kan bestå av ett eller flera sjukhus.
- På uppdrag av de regionala hälsoföretagen utför både de egna lokala hälsoföretagen och privat ägda sjukhus specialiserad vård.
- Kommunerna ansvarar för primärvården, äldreomsorgen och övrig socialtjänst. Primärvården bedrivs i allmänhet av privatpraktiserande läkare.
- Fylkena ansvarar för tandvården. Barn under 18 år får gratis tandvård. Unga i åldern 18–20 år betalar 25 procent av utgifterna själva. Vuxna betalar i regel sin egen tandvård med undantag för vissa sjukdomar och tillstånd.
- Tillsynen av vård- och omsorgsverksamheter bedrivs av Statens helsetilsyn.

Organisationsskiss hämtad från Myndigheten för VÅRDANALYS rapport 2014:8.

1.3.2 Svensk hälso- och sjukvårdsstruktur - Region Jämtland Härjedalen



Region Jämtland Härjedalen är en del av den offentligt styrda svenska hälso- och sjukvårdsstrukturen.

I det svenska sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården fördelat mellan stat, landsting (region) och kommun. Hälso- och sjukvården regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL), men inom en rad områden finns speciallagstiftning som, tillsammans med Socialstyrelsens föreskrifter, är styrande för verksamheten. Staten är ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken. Sedan 2013 är Inspektionen för vård och omsorg, IVO, ansvarig för tillsynen. Landstingen/regionerna ansvarar för att organisera vården så att alla medborgare har tillgång till en god vård. Kommunerna ansvarar för vård av äldre samt stöd och service till dem som är färdigbehandlade och utskrivna från sjukhusvård. Kommunerna ansvarar också för boende, sysselsättning och stöd till dem med psykiska funktionsnedsättningar.

Regionsjukvård är i Sverige en beteckning på den sjukvård som har ansvar för särskilt komplicerade eller sällsynta sjukdomar och skador. Denna sjukvård bedrivs vid Sveriges sju regionsjukhus, som har mer högspecialiserad vård än länssjukhus och länsdelssjukhus.

Länssjukvård Denna vårdnivå utförs i Sverige på ett tjugotal länssjukhus och ett fyrtiotal länsdelssjukhus.

Länssjukhusen har de flesta typer av specialistmottagningar och avancerad medicinsk utrustning som täcker de flesta sjukhusområden. De benämns därför normalt som akutsjukhus. Länsdelssjukhusen är enklare och har ett urval av mottagningar och benämns därför inte som akutsjukhus.

Länssjukhusens verksamhet bedrivs till största del som slutenvård. Vid slutenvård läggs patienter in ett eller flera dygn på en avdelning. Även öppenvård finns vid länssjukhusen. Allt fler patienter kan gå hem samma dag efter operation genom nya behandlingsmetoder och avancerad teknik.

Östersunds sjukhus är ett fullvärdigt länssjukhus med full akutfunktionalitet.

Primärvård är en del av den öppna hälso- och sjukvården i Sverige. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska primärvården "utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper ... svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens".

Den svenska primärvården har sina rötter i det gamla statliga provinsialläkarväsendet från 1600-talet. Det var den instans inom sjukvården som hade ansvarar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett geografiskt avgränsat område, *primärvårdsområde*, som i regel bestod av en kommun eller en del av en kommun. Numera varierar organisationen för primärvården mellan landstingen. Det beror bland annat på att det har införts olika former av vårdvalssystem, som innebär att regionerna/landstingen ger olika aktörer i uppdrag att driva, och i viss mån själva utforma, den vård som utförs inom primärvårdens ram. Primärvården ger den vård som de flesta patienter har behov av. De patienter som inte kräver sjukhusens tekniska och medicinska resurser tar vårdcentralerna hand om för medicinsk behandling, rehabilitering, omvårdnad och förebyggande arbete. Patienter med kroniska sjukdomar, exempelvis diabetes, går till vårdcentralen för regelbundna kontroller.

Läkaren på vårdcentralen ställer oftast den första diagnosen vid allvarligare åkommor. Patienten får därefter remiss till specialistmottagning om vårdcentralen inte kan ge behandling eller diagnos.

1.4 PRIMÄRVÅRDEN I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Syftet är att primärvården ska fortsätta att utvecklas som basen för hälso- och sjukvården i länet. Primärvården ska tillgodose vården för dem som har behov av en nära och frekvent kontakt med hälso- och sjukvården. Patienterna ska erbjudas en god och säker vård med hög tillgänglighet så att de känner trygghet och har förtroende för vården.

Primärvården ska vara förstahandsval för medborgaren vid behov av vård, inom ramen för NEON principen (Närmsta Effektiva Omhändertagande Nivå). De principer som ska styra i Region Jämtland Härjedalen är närhet, samordning, ekologiskt hållbar, folkhälsofrämjande, anpassningsbar, uppföljnings- och utvärderingsbar samt tillgänglig med ett processorienterat arbetssätt där särskild hänsyn ska tagas till de resurssvagas situation.

Arbetsmtrl

Primärvården ska vara ett tryggt och förtroendeingivande förstahandsval för medborgarna där vårdgivarens uppgift är att vara en välfungerande bas i hälso- och sjukvården genom att dels fungera som medborgarnas/patienternas fasta rådgivare och samordnare av olika vårdinsatser, dels uppmuntra och stimulera till egenvård, svara för befolkningens behov av förebyggande hälsoarbete, akutvård, grundläggande medicinsk behandling, rehabilitering samt omvårdnad, som inte kräver den specialiserade vårdenstekniska - eller medicinska resurser eller annan särskild kompetens.

Arbetet förutsätter effektiv samverkan med olika yrkesgrupper inom primärvården, den specialiserade vården samt kommunen, med andra vårdgivare och samhällsaktörer, där primärvårdens roll är att samordna vårdinsatser och vara patientens vägledare och lots. Samverkan med andravårdgivare och huvudmän ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten och närstående upplever vården som en helhet.

Vårdgivaren ska integrera ett hälsofrämjande- och förebyggande synsätt i all vård och behandling för att verka för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Därför är Region Jämtland Härjedalens vårdcentraler namngivna såsom Hälsocentraler.

1.5 FUNÄSDALENS HÄLSOCENTRAL (FHC)

FHC omfattar basal medicinsk utredning, behandling och omvårdnad samt förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder och patientgrupper.
Enligt hälso- och sjukvårdslagen är Region Jämtland Härjedalen som vårdansvarig region skyldig att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av regionen beslutade kraven i vårdvalssystemen ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

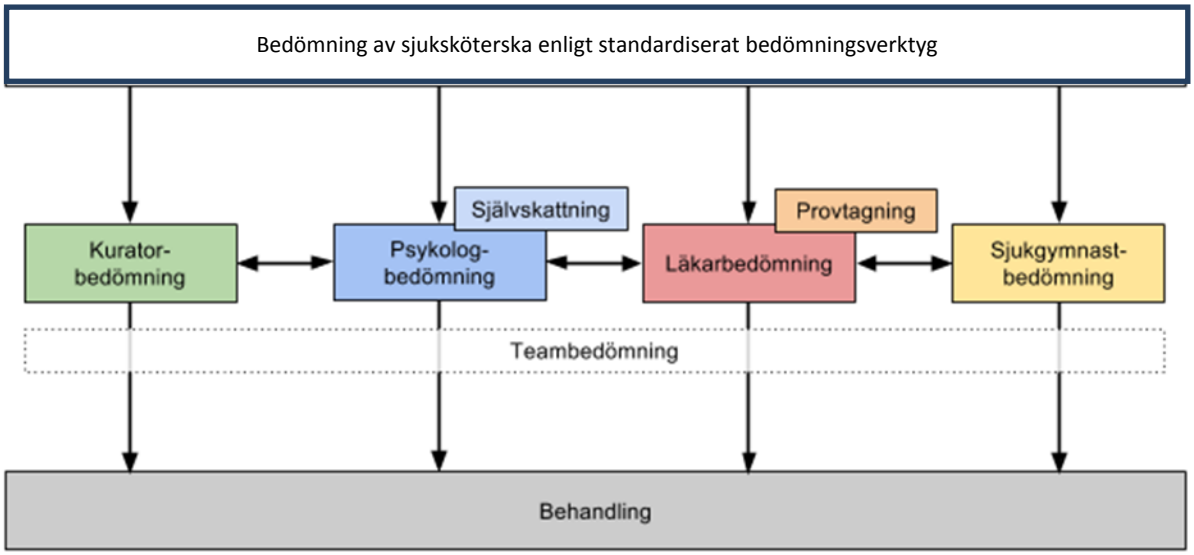
Valet av att låta FHC fungera som vårdkoordinator och beställare av den vård som bedöms kunna ges på Röros/Tynset blir därigenom tydliggjort.

På FHC finns idag följande resurser och kompetenser:

- Läkare
- DSK
- Diabetesmott
- Psykosocialt team
- Barnmorskemottagning/Mödrahälsovård
- BVC
- Fysioterapi
- Rehabkoordinator
- Psykosocial enhet
- Tobaksavvänjning
- Ultraljud
- Lab
- Röntgen
- Ambulans (tillhör inte HC, endast utgångsplacerad där)

Arbetsmtrl

FHC arbetar aktivt enligt RETTS triage-metodik.



Vid primärvårdstriage är målet att den yrkesgrupp som är bäst lämpad att bedöma och behandla patienten också ska göra den första bedömningen. När patienter kontaktar vårdcentralen blir de först bedömda av en sjuksköterska. Öppen mottagning omfattar alla akuta infektioner och olycksfall. I övriga fall tillämpas tidsbokad mottagning. Sorteringen baseras på patientens egen symtombeskrivning utifrån tydliga förbestämda rekommendationer som tagits fram enligt RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System). För patienter med psykisk ohälsa innebär det ofta att patienten kan hänvisas direkt till psykosociala enheten.

1.6 RÖROS SYKEHUS OCH TYNSET SYKEHUS

Då det intentionsavtal som är ingått omfattar St. Olav Hospital HF samt den verksamhet som är knuten dit kommer de patientströmmar som kan komma från Västra Härjedalen i första hand gå via Röros Sykehus. Röros kommer få en central roll. Efter kontakt kan dessa utifrån befintliga samverkansavtal mellan Röros och Tynset patienterna överföras till Tynset för behandling. Det är därför mycket viktigt att den remitterande läkaren på FHC har utbudet på Röros och Tynset tydliggjort. Detta för att begränsa att patienter slussas mellan olika vårdgivare. Ur patientsäkerhetsaspekten bör patienten kunna direkt-remitteras till relevant sjukhus beroende på diagnos och bedömt vårdbehov. Avtalen mellom St. Olav og Sykehuset Innlandet er at SI Tynset er lokalsykehus for Røros sin befolkning. (se bilaga 7.7) Ved oppstart av prosjektet bør stöd (checklista) utformas för hänvisande läkare vid FHC med en oversikt som beskriver tilbudene på Røros og Tynset i forhold till:

1. fagfelt
2. poliklinikk, dag- eller døgntilbud
3. elektiv eller /og ØHj (akut)
4. Regularitet/frekvens på tillbudet

Arbetsm

Detta innebär att Röros får ett primärt bedömningsansvar om det inte tydligt är en diagnos som enligt gemensamt framtagen checklista direkt bör refereras till Tynset.

1.7 RÖROS SYKEHUS

I Röros finns ett sjukhus med 24 vårdplatser. Sjukhuset är en filial (avdelning) till St. Olavs Hospital. Deras specialiteter är Ortopedi, Öron/Näsa/Hals, Gynekologi, Kardiologi och Dialys. Röros tillhör helseforetaget Helse Midt-Norge. Svårare fall skickas till Trondheim, St Olav Hospital.

Röros sjukhus påminner till stor del om en utökad hälsocentral i Sverige fast med därtill knuten Legevakt.

Det finns en speciell del av sjukhuset där man utför planerade operationer av höfter och knän. Dessa operationer görs under veckorna av inhyrda läkare. Sjukhuset har ingen egen förlossningsavdelning. Det finns en dialysavdelning (har också gästdialyser). De har röntgen dygnet runt (beredskap) i form av digital röntgen kopplad till St. Olav Hospital där bedömning sker. Sköts av röntgenpersonal.

Mer specificerat kan Röros utföra följande behandlingar:
Fjerning av cyste på eggstokker, fjerning av livmor, operation av genitalt fremfall, sterilisering kvinne, urinlekkasje kvinne, fotkirurgi-poliklinikk, hoteleddsartrose protese- poliklinikk, håndkirurgi-poloklinikk, kneleddsartrose protese-poliklinikk, meniskskade artroskopi poliklinikk, skulder artroskopi poliklinikk. St Olav Hospital har också Barn- och ungdomspsykiatri i Röros.
ØNH-poliklinikk med tilhørende høresentral. Det samme med poliklinikk innenfor hud-sykdommer og tilhørende lysbehandling. Det er også en poliklinikk innenfor voksenpsykiatri

1.8 TYNSET SJUKEHUS

I Tynset finns ett sjukhus med ca 50 vårdplatser og akuttmotak 24/7. Deras specialiteter är innen medicin, kirurgi , ortopedi, bildediagnostikk og förlossning. Tynset tillhör det regionale helseforetaget Helse Sör-Öst och är en av 41 enheter inom Sykehuset Innlandet HF. Svårare fall skickas St Olavs Hospital, Oslo Universitetssykehus eller øvrige sykehus i Sykehuset Innlandet HF. Tynset sjukehus er lokalsjukehus for kommunene Holtålen, Røros, Os, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal og Rendalen.

Vid Tynset sjukhus finns døgntilbud og betydligt fler behandlingar än vad Röros kan utföra, se bilaga 7.1 med faktaark som også beskriver øvrig medisinsk tilbud lokalisert til Tynset.

1.9 AMBULANSRESURSER

Ambulans är ett sjuktransportmedel som kan vara bil, båt, helikopter eller annan specialutrustad fordonsmiljö. Ambulanser är försedda med medicinsk utrustning och bemannade med ambulanssjukvårdare och/eller ambulanssjuksköterska. Direkt ambulanssjukvård innefattar hälso- och sjukvård som omfattar undersökning, vård och behandling på upphämtningsplats och/eller i ambulans. Detta utvecklingsarbete omfattar inte ambulanshelikopterverksamhet då detta regleras i särskilt avtal.

Arbetsmtrl

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

Bemanningen på Norsk och Svensk ambulans skiljer sig marginellt åt när det gäller kompetensnivå.

Verksamheten i Sverige har IVO som tillsynsmyndighet och lyder under Hälso- och sjukvårdslagen. I Sverige finns huvudsakligen två yrkeskategorier som arbetar i ambulansen.

- Ambulanssjukvårdare - Undersköterska med påbyggnadsutbildning på 7,10,20 eller 40 veckor ambulanssjukvård
- Sjuksköterskor - Sjuksköterska med eller utan 40 veckors specialistutbildning i akutsjukvård t.ex. anestesi, intensivvård eller ambulanssjukvård.

Från 1970-talet och framåt bemannades ambulansen av två ambulanssjukvårdare. De hade möjlighet att ge patienten syrgas och transportera patienten in till sjukhus. Med tiden utvecklades vården och ambulanssjukvårdaren fick möjlighet att på delegation från läkare administrera ett begränsat antal läkemedel till patienten för att underlätta vid diverse sjukvårdstillstånd. Under 1990-talet kom mer och mer sjuksköterskor in i ambulanssjukvården. Dessa har möjlighet att behandla patienten med de flesta vanliga akutläkemedel och genomför en del undersökningar. År 2005 försvann möjligheten för ambulanssjukvårdare att ge läkemedel på delegering och därför finns det idag minst en sjuksköterska i varje ambulans. Detta efter ett beslut från Socialstyrelsen med avsikt att höja kompetensen i svensk ambulanssjukvård. I dagens ambulans arbetar därför antingen en ambulanssjukvårdare och en sjuksköterska eller två sjuksköterskor. Sjuksköterskan kan vara specialistutbildad men detta är inget formellt krav.

Båda länderna följer i enlighet med den standard som reglerar ambulansverksamhet EU norm SS-EN 1789 från 2007. Nedan redovisa kortfattat skillnader mellan Sverige och Norge. De krav som Region Jämtland Härjedalen har på legitimerad sjuksköterska innebär att en medicinsk behandling kan påbörjas i ambulansen, ambulanssjukvård. När det gäller Norsk ambulans finns inget sådant krav även personalen håller hög kompetensnivå men detta medför att endast stabiliserad patient med påbörjad medicinering kan transporteras av Norsk ambulans. Se även bilaga 7.4 och 7.5.

Norge

Ambulanser	
Personalkompetens	• 3-årig ambulansutbildning • Paramedic • Anestesi sjuksköterskor
Sjukvårdsutrustning	Enligt EU normen SS-EN 1789
Larmvägar	Via larmcentral

Sverige

Ambulanser	
Personalkompetens	• Ambulanssjukvårdare • Leg. Sjuksköterska
Sjukvårdsutrustning	Enligt EU normen SS-EN 1789
Larmvägar	Via larmcentral

Den nuvarande versionen av standard CEN 1789 publicerades av Comité Européen de Normalization den 29 juni 2007. Comité Européen de Normalization är en byrå inom Europeiska unionen, med företrädare från det nationella standardiseringsorganet i varje medlemsland. Norge är medlem i denna byrå. Standarden innehåller ergonomiska krav och konstruktionsspecifikationer för patientutrymmet samt anger också praktiska restriktioner för fysisk lyftning av patienter i och ut ur fordonet av säkerhetsskäl. Andra säkerhetsfaktorer som tas upp är belysning, dörrar och fönster, skåpfäste, säkerhetsbälte och säteförankring, sittplatsens storlek och position samt fasthållning av medicinsk utrustning, med bestämmelser för statisk provning, dynamisk och slagprovning.

Denna standard ger allmänna krav på medicinsk utrustning som transporteras i ambulanser och används där samt utanför sjukhus och kliniker i situationer där omgivningsförhållandena kan skilja sig från normala inomhusförhållanden. Observera att även om klassificeringen är standardiserad i Europeiska unionen är inte personalens kompetens och dess förmågor det.
Det är respektive landsting/region som ställer krav på vilken kompetens och kapacitet som krävs för de som jobbar i ambulansen, så det skiljer sig lite över landet. Men oftast bemannas ambulansen av en sjuksköterska med eller utan specialistutbildning och en ambulanssjukvårdare. För att kunna jobba som hälso- och sjukvårdsresurs i svensk ambulans behöver man vara utbildad sjuksköterska. En ambulanssjukvårdare behöver kompetens som undersköterska med en påbyggnadsutbildning till ambulanssjukvårdare.

Följande text hämtad från norskt regelverk för ambulanstjänster.
Ambulansearbeideren jobber med akuttmedisin og er et bindeledd mellom pasienten, sykehuset og annen helsetjeneste. Precis som sin svenska kollega ska ambulansearbeider stå i beredskap til å rykke ut ved akutt sykdom eller skade.
De vanlige arbeidsoppgaver for ambulansepersonel som finns reglerat omfattar i princip samma aktiviteter som regleras i svenska avtal, dvs rykke ut og transportere pasienter mellom forskjellige institusjoner innen helsevesenet gjennomføre akuttmedisinsk behandling, undersøke og identifisere svikt i vitale organfunksjoner hos pasienter, pleie, vise omsorg og kommunisere med pasienter, vurdere alvorlighetsgrad og prioritere i situasjoner hvor flere er skadd rapportere og dokumentere pasientopplysninger, kvalitetssjekke og vedlikeholde utrykningskjøretøy og medisinsk utstyr.
Ved akutt sykdom kan ambulansearbeiderne være de første personene pasienten kommer i kontakt med. Som fagarbeider ska disse gjenkjenne tegn og symptomer for å gi riktig behandling. Det kan være langt til nærmeste sykehus, og den medisinske hjelpen ambulansepersonale utfører kan være avgjørende for pasientens liv.

Studieplanen for nasjonal paramedic-utdanning i Trondheim er utarbeidet i samarbeid med nasjonale akuttmedisinske miljøer og regionale helseforetak. Dette for å sikre en mest mulig lik paramedic-utdanning i Norge. Studiet bygger på videregående opplæring for faglært ambulansepersonell. Fullført og godkjent paramedic-utdanning gir mulighet til videre studier av tre påbygningsemner, hvert på 10 studiepoeng. Disse kan tas enkeltvis eller samlet.

Arbetsmiljö

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

Ambulansetjenesten fungerer som bindeledd mellom primærhelsetjenesten og sykehuset, og må ut fra dette ha et nært samarbeid med det øvrige personellet i helsetjenesten og i andre utryknings- og beredskapsetater. Bil- og båtambulansetjenesten utgjør sammen med kommunal legevaktordning den lokale akuttmedisinske beredskap og skal primært:

a) dekke behov for primær diagnostikk og stabilisering og eventuell behandling av akutte skader og sykdomstilstander

b) bringe syke/skadde pasienter til adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten når pasienten har behov for overvåkning og/eller behandling. (Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktsordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v (akuttmedisinforskriften) Dato: 20.03.2015

Ambulansefaget stiller krav om høy handlingskompetanse hos fagarbeideren. Det stilles krav til teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter og holdninger som gjenspeiler respekt for enkeltindividets egenverd. Foruten evne til å kunne arbeide i team, må man kunne arbeide selvstendig. I den paramedic-utdannede ambulansearbeiderens handlingskompetanse vektlegges evne til å reagere og handle ut fra gjeldende faglige, etiske og juridiske retningslinjer innfor arbeidslivet generelt og helsetjenesten spesielt.

Utgående från den utveckling som sker både i Norge och övriga Norden (se bilaga 7.5) med en kompetenshöjning i form av akademiska studier bedöms därför skillnaden i bemanningen inte påverka patientsäkerheten vid sjuktransporter till olika vårdgivare på båda sidor landsgränsen i en nära framtid.

Arbetsmtrl

2 FÖRUTSÄTTNING FÖR UTVECKLINGSARBETE

2.1 DEMOGRAFI OCH VÅRDKONSUMTION

För att undersöka en likvärdig population som den som finns i västra Härjedalen har ett uttag av vårdkonsumtionen för de norska kommunerna Alvdal, Rendalen och Tolga gjorts av chefsläkaren på Tynset sjukhus, Oddbjørn Øien. Dessa tre kommuner påminner befolkningsmässigt om västra Härjedalen. Följande vårdkonsumtionsdata framträder:

Data for 2016 for kommunene Alvdal, Rendalen og Tolga
(Folketall henholdsvis 2441+1858+1620 = 5919)
Folketall Funäsdalen 2124*

Døgnopphold	Antal kontakter	Estimat Funäsdalen
Gen Medisin Tynset	475	170
Kirurgi Tynset	254	91
Dagbehandling	417	150
Gen Medisin Tynset	192	69
Kirurgi Tynset	222	80
Pol.klin. kontakt	2 895	1 039
Gen Medisin Tynset	1 242	446
Kirurgi Tynset	1 076	386

*Listade på Funäsdalen HC, april 2017 utgör 2124 innevånare

I en tidigare studie – Slutrapport gränsöverskridande hälso- och sjukvård, 2008-12-08 redovisades ett antal konsumtionsdata rörande listade patienter i Funäsdalen. Där framgår att det totalt rörde sig om 294 patienter som varit inskrivna inom slutenvård. Därav var 234 akutinskrivna. Av de listade patienterna vid denna tidpunkt utförde 708 stycken 2468 öppenvårdsbesök.

Arbetsmtr.

Hemklinik	Antal inskrivna	Varav akut inskr	Andel akut
Barn- och Ungdomsmedicin (BUM)	7	7	100%
Infektionskliniken (INF)	11	11	100%
Intensivvårdsavdelning (IVA)	33	30	91%
Kvinnosjukvården (KK)	23	18	78%
Medicinkliniken (MED)	84	70	83%
Område kirurgi (KIR)	53	36	68%
Område Psykiatri (PSYK)	3	3	100%
Ortopedkliniken (ORT)	50	44	88%
Rehab/Reumkliniken (RHR)	11	2	18%
Ögonkliniken (ÖGON)	2	1	50%
Öron-Näs-Halsenheten (ÖRON)	17	12	71%
Totaler	**294**	**234**	80%

Innan hänvisning till gränsöverskridande vård sker måste en information ges till patienten om begränsningar och möjligheter. Detta innebär att volymen av patienter som kan komma att välja sin vård vid Röros/Tynset kan förväntas bli påverkad av sådana faktorer som ålder, familjesituation og etablerte behandlingsrelasjoner. Det är därför svårt att idag ange volymer på förväntade behov.

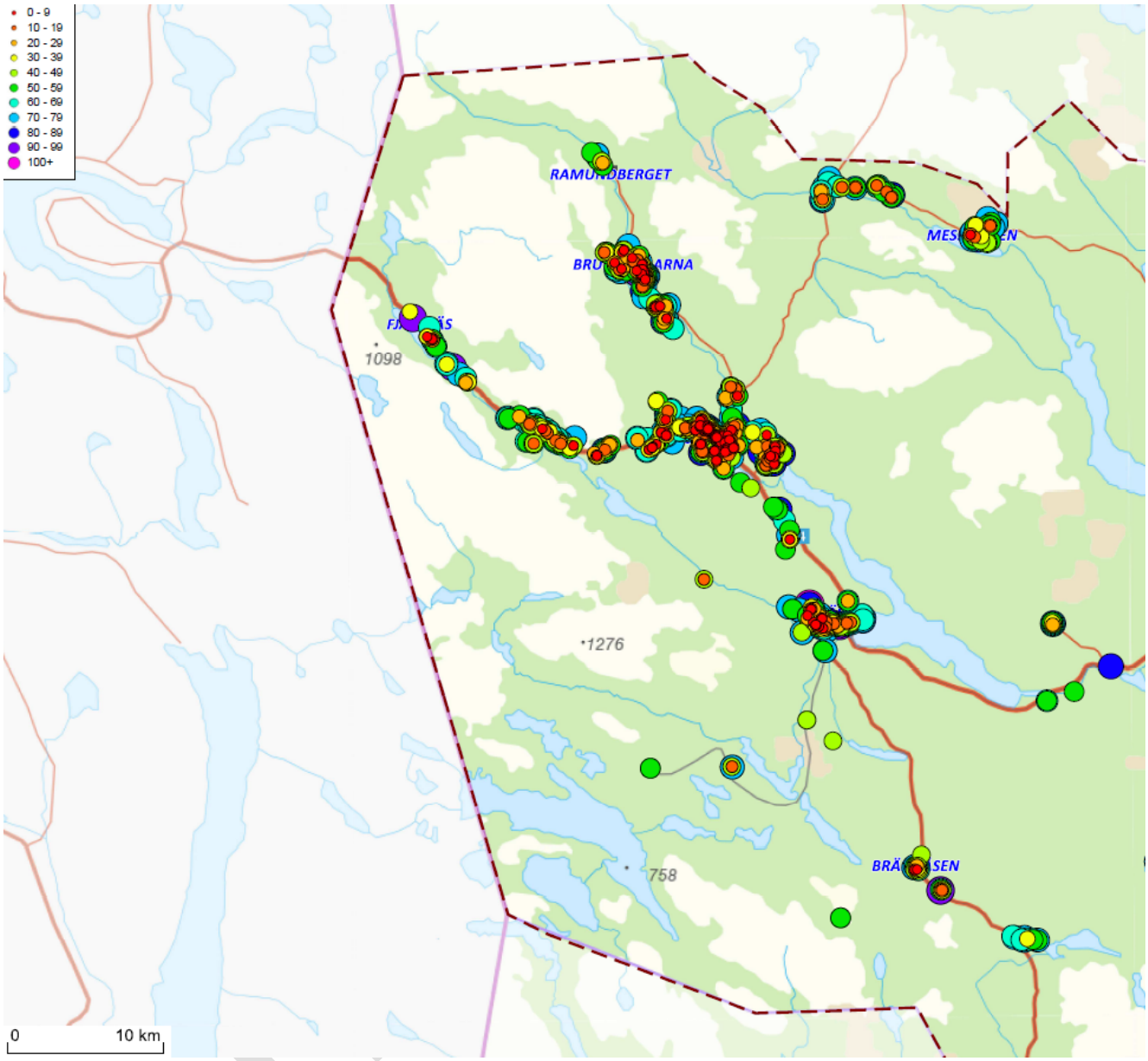
Viktigast är dock att denna valbarhet medges utifrån ett politiskt perspektiv samt att en regelbunden uppföljning sker. Detta för att skapa underlag för lärande om de hinder och möjligheter som finns genom att skapa förutsättningar för gränsöverskridande vård.

Nedanstående karta från Härjedalens kommun beskriver var någonstans innevånarna i området bor utifrån identifierade åldrar på dessa individer. Man kan här konstatera att det finns ett närvårdsbehov eftersom äldre patienter troligtvis vill ha kontakt med familj och vänner på en nära geografisk basis.

Arbetsmtrl

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017



Det framträder också en tydlig åldersstruktur som följer de olika orterna i västra Härjedalen. Bilden redovisar enbart i Sverige mantalsskrivna fastboende. Norska medborgare finns inte inlagda i materialet däremot finns de med födelseland Sverige särredovisade. Ej heller inpendlande arbetare eller turister har angetts eftersom möjligheten till gränsöverskridande vård endast kommer initialt att medges för fastboende.

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

Antalet invånare i Funäsdalen uppdelat på kön, ålder och födelseland Sverige. År 2015

Ålder och könsuppdelat. Samtliga		Födelseland Sverige
Män		**Män**
0 år - 5 år	**68**	**66**
6 år - 10 år	**49**	**44**
11 år - 15 år	**65**	**61**
16 år - 20 år	**47**	**43**
21 år - 25 år	**74**	**71**
26 år - 30 år	**62**	**55**
31 år - 35 år	**42**	**31**
36 år - 40 år	**51**	**46**
41 år - 45 år	**78**	**71**
46 år - 50 år	**69**	**67**
51 år - 55 år	**72**	**66**
56 år - 60 år	**74**	**73**
61 år - 65 år	**73**	**71**
66 år - 70 år	**84**	**80**
71 år - 75 år	**73**	**69**
76 år - 80 år	**43**	**41**
81 år - 85 år	**30**	**29**
86 år - 116 år	**26**	**26**
Total	**1080**	**1010**
Kvinnor		**Kvinnor**
0 år - 5 år	**39**	**37**
6 år - 10 år	**40**	**38**
11 år - 15 år	**52**	**47**
16 år - 20 år	**36**	**34**
21 år - 25 år	**49**	**46**
26 år - 30 år	**40**	**35**
31 år - 35 år	**44**	**37**
36 år - 40 år	**48**	**43**
41 år - 45 år	**72**	**62**
46 år - 50 år	**81**	**73**
51 år - 55 år	**68**	**61**
56 år - 60 år	**71**	**60**
61 år - 65 år	**55**	**51**
66 år - 70 år	**74**	**70**
71 år - 75 år	**63**	**58**
76 år - 80 år	**40**	**36**
81 år - 85 år	**28**	**24**
86 år - 116 år	**40**	**34**
Total	940	846

Utgående från de data som erhållits av Härjedalens kommun kan en bedömning göras av vilka verksamheter som primärt kommer att efterfrågas och beröras. De omfattar följande kliniker om Funäsdalens HC konsumtionsdata av specialistvården rangordnas efter de sista fem årens storlek på konsumtion i fallande ordning:

- Ortopedklinik
- Medicinklinik
- Rehab/Reumaklinik
- Ögonklinik
- Öron-näsa-halsklinik
- Akutmottagning
- Barn-ungdom-vuxenhabilitering
- Område psykiatri (odef)
- Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet
- Barn- och ungdomsmedicin
- Kvinnosjukvård
- Hudkliniken
- Infektionskliniken

Vägen mellan Funäsdalen och Röros är smal och krokig väg på norsk sida. Vägen går över fjället vilket kan vara problem under vintern. Avståndet mellan Röros - Sankt Olav Trondheim är 15,5 mil (smal och krokig väg). Det tar lika lång tid att åka från Funäsdalen till Östersund som mellan Röros och Trondheim. Ingen regelbunden bussförbindelse går mellan Funäsdalen - Röros, man måste ha egen bil eller åka taxi.

Avstånd till hälso- och sjukvård i Norge: FHC - Röros = 75 km FHC - Tynset = 129 km
Avstånd till hälso- och sjukvård i Sverige: FHC - Östersund= 214 km

2.2 EKONOMI

Patientavgifter för remitterade patienter faktureras till eller betalas direkt av patient. Fakturaavgift för vård tas inte ut på patient. Det svenska högkostnadsskyddet omfattar remitterad vård i Norge.

Ersättning för vårdinsatser debiteras Region Jämtland Härjedalen enligt insatsstyrd finansiering (ISF). Detta bygger på diagnosrelaterade insatser (DRG) och gäller all somatisk vård i Norge. Varje diagnosgrupp ger en DRG-vikt och det är denna som används vid totalprissättningen för ett sjukhusbesök.
Enhetssatsen eller 1 DRG-poäng, är satt av Norska Stortinget till NOK 43515 för 2018. Enhetspriset fastställs av Stortinget vid varje årsskifte.

Texten nedan är ett urklipp hämtat ur ”Innsatsstyrt finansiering 2018, Helsedirektoratet Norge”, (prel. version).
Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for somatisk spesialisthelsetjeneste 1. juli 1997. Fra 2017 utvides ordningen til også å omfatte ISF for polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. ISF er en aktivitetsbasert bevilgning til de

Arbetsmtrl

regionale helseforetak (RHF-ene) gjennom statsbudsjettet. Finansieringen av RHF-ene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning. For 2018 er aktivitetsbasert bevilgning for somatisk spesialisthelsetjeneste om lag 50 prosent og basisbevilgning om lag 50 prosent.

Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes blant annet av antall innbyggere i en region og alderssammensetning, og er uavhengig av aktivitet. ISF er derimot avhengig av hvor mange som får behandling og hvilke type pasienter/behandlinger. Til grunn for beregningen av ISF-refusjon ligger DRG-systemet (DRG står for Diagnose Relaterte Grupper) og STG-systemet (SærTjenesteGrupper).

ISF-bevilgningen er ment å dekke om lag 50 prosent av ordinære driftskostnader knyttet til aktiviteten for somatisk spesialisthelsetjeneste. For polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og TSB er ISF-andelen lavere. Utgangspunktet i innføringsåret 2017 var takstgrunnlaget for 2016. Det er lagt opp til en gradvis økning av ISF-andelen på disse områdene. Kostnadsnivået for samme type tjeneste kan variere betydelig mellom ulike virksomheter. Beregning av ISF-bevilgning til regionale helseforetak tar ikke høyde for lokale variasjoner i kostnadsnivå. Regionale helseforetak står fritt til å tilpasse samlet finansiering av helseforetak og private institusjoner de har avtale med i tråd med behov og ønskede prioriteringer i regionen.

Uppräkning skall för att gälla begäras skriftligen av levererande sjukhus, Tynset alternativt Röros. Ansvaret för den medicinska handläggningen av från FHC remitterade patienter skall ligga på specialistläkare. LÖF:s patientskadeförsäkring för utlandsvård gäller för de patienter som Funäsdalens HC aktivt i samtycke av patienten hänvisar till vård i Norge och betalar för.

AKUT-insatser för turister sker i vanlig ordning som en debitering av hemlandsting/region. Om patient själv söker vård på inrättning i Norge gäller standardprocedur, dvs betalningsansvar sker då direkt mellan vårdgivare och patientens ansvariga landsting/region. Europiskt försäkringskort gäller.

För att kunna följa kostnaderna för remitterade patienter från FHC som omfattas av detta utvecklingsinitiativ kommer dessa att föras på följande sätt och konton:

All fakturering skall innehålla pekare på kostnadsställe 1600 med angivande av fakturerande objekt
- objekt 3523 Röros och 3524 Tynset

Faktura adress är:
Region Jämtland Härjedalen
referens 1259injo9
Box 910 831 29 Östersund

Arbetsmtrl

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

3 INRIKTNING FÖR REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

3.1 SYFTE

Region Jämtland Härjedalens uppdrag är att bedriva modern hälso- och sjukvård med hög kvalitet, ansvara för den regionala utvecklingen, för företagsstöd och kultur, för utbildning och forskning och en hel del annat.

Syftet med det nu föreslagna projektet är att fördjupa vårdsamverkan mellan vårdresurser i området västra Härjedalen samt Röros/Tynset för att åstadkomma rätt vårdkvalitet samt ett vårdval som utgår från och medger närhet till hemmiljön.
Primärvården utgör den yttre delen av en regional struktur för att medge bästa nära omhändertagande. Därför kommer primärvården i detta utvecklingsarbete få rollen som företrädare för patienten i form av att erbjuda och välja den geografiska lokalen för vårdbehov i samverkan med den enskilda patienten. .

Primärvården ska bidra till att patienter och befolkning i upptagningsområdet får kontroll över och förbättrar sin egen hälsa. Detta är den centrala utgångspunkten för regionens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.
Vårdgivaren ska ha kompetens att skapa förutsättningar för patienten att påverka sin hälsa i positiv riktning. Det ska ske via samtal, rådgivning och behandling. Insatserna ska dels leda till att ge personer möjligheten att bibehålla hälsosamma levnadsvanor samt leda till att personer med ohälsosammalevnadsvanor förändra dem och därmed undvika att de leder till eller förvärrar sjukdom. Hur vårdgivaren hanterar sitt uppdrag har stor betydelse för länets sammantagna hälsosituation. I detta ingår att bidra till att identifiera våldsutsatta personer enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer 2014:4.
Socialstyrelsens nationella riktlinjer försjukdomsförebyggande metoder samt regionens policydokument och rutiner ska följas.
Vårdgivaren ska bidra och ta till sig det arbete som det lokala, i samarbete med det nationella, nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) genererar.

3.2 TRYGGA VÅRDVILLKOR VID VÅRD I NORGE

I utredningsarbetet har många frågor väckts. Dessa behöver belysas vid ett eventuellt fortsatt arbete.

När detta inriktningsdokument är fastställt av samtliga parter för att genomföras ges möjlighet att remittera patienter från Funäsdalens HC till Röros Sjukhus primärt. Om de efterfrågade behoven inte kan täckas av de vårdspecialiteter som finns på Röros så skall en vidareföring ske i samverkan med Tynset sjukhus.

Uppstår komplikationer och en förväntad längre vårdtid förutsätts kontakt med remitterande läkare på FHC för vårdplanering. Eventuell hemtransport kan enligt rådande de facto-förhållanden genomföras av såväl norsk som svensk vägambulans alternativt beroende på vårdbehov av sjuktransport enligt överenskommelse med remitterande läkare.

Arbetsmtrl

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

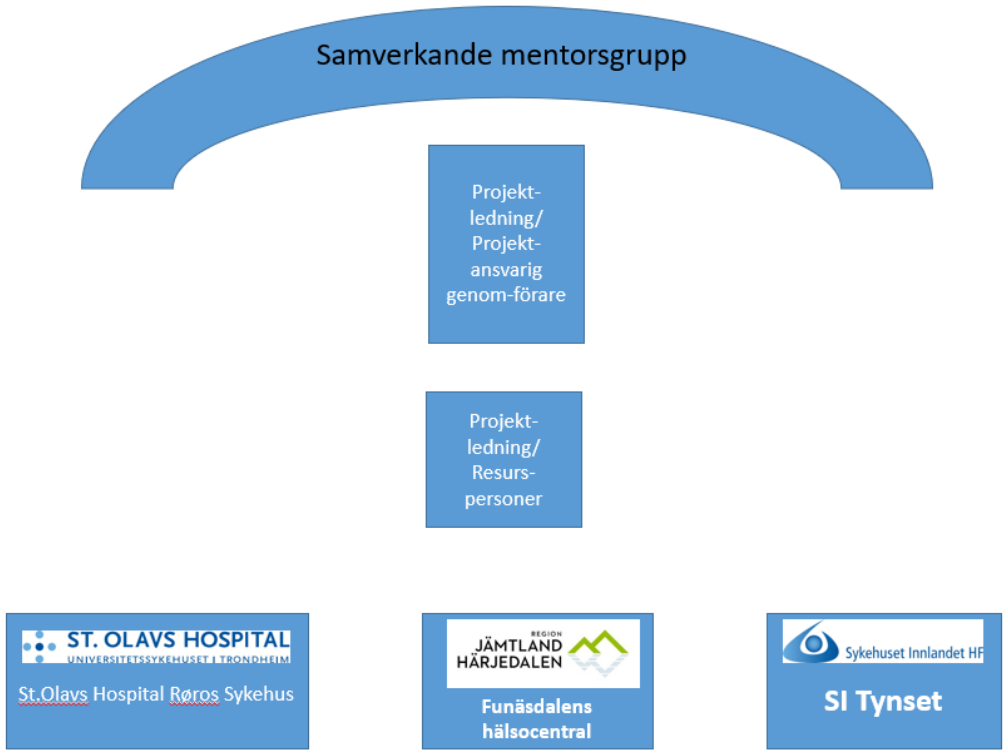
2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

Samtliga i detta inriktningsdokument omnämnda vårdresurser skall verka för en god samverkan genom kontinuerlig kontakt och stöd vid uppföljning.

Vid vård och/eller behandling efter accepterad remiss skall journal föras i enlighet med norsk lagstiftning.
Utprintade eller inskannade journalanteckningar samt övrig relevant vårddokumentation skall medsändas hemvändande patient.

Arbetsmtrl

4 GENOMFÖRANDE ORGANISATION



Samverkande mentorsgrupp
- Politisk representant från Region Jämtland Härjedalen
- Representant St Olav Hospital
- Sjukhuschef Tynset (Stein Tronsmoen)
- Projektansvarig genomförare
- Primärvårdschef Region Jämtland Härjedalen

Projektledning
- Maria Carlund, Verksamhetschef primärvården Härjedalen
- Jan Gunnar Skogås (Röros)
- Oddbjørn Øien Chefsläkare Tynset Sjukhus
- Gisle Meyer Samhandlingsansvarig, St Olav Hospital

Projektansvarig genomförare
- Ingela Jönsson Chef Hälso- och Sjukvårdspolitiska avdelningen

Resurspersoner
- Hämtas ur ordinarie verksamheter vid behov av specialkompetens

5 FÖRSLAG TIDSLINJE – UTESTÅENDE FRÅGOR

5.1 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN – BEHOV AV RUTINER

Detta utvecklingsarbete handlar primärt om att nyttja tjänster från norsk vård för patienter från västra Härjedalen (listade på Funäsdalens HC). Det avser i första hand de i området fastboende som därigenom kan avhjälpas från långa resor till Östersunds sjukhus. Turister inom området behandlas som akuta patienter från annan geografisk hemort och i samstämmighet med gällande regelverk för EU-medborgare avseende medicinsk behandling vid tillfällig utlandsvistelse. Detta innebär att hemlandsting/region skall kontaktas från FHC inför fortsatt vårdinsats och betalningsansvar för vald vårdnivå.

Etableringen av en gränsöverskridande vårdsamverkan med Norge innebär att ett antal olika hinder behöver identifieras och lösas. Bakomliggande orsaker är att vården är organiserad och finansierad på olika sätt. En annan komplicerande faktor är att Norge inte är ett EU-land vilket medför en del komplikationer på juridisk basis. Flera av dessa gränshinder är omöjliga att skapa lösningar för på teoretisk nivå utan behöver prövas i real drift.

Grundprincipen är att eftersom Region Jämtland Härjedalen är betalande part via beställning av vård från FHC så omfattas patienten av svensk lagstiftning då det gäller patientförsäkring.

Sammanfattningsvis innebär detta att ett antal frågor och problembilder behöver identifieras samt lösas under själva processen i utvecklingsarbetet vilket kan ledas till viss frustration.

Uppstarten av utvecklingsarbetet av utvecklingsarbetet är därför viktigt att fokusera på.
Troligen kommer de första 6 månaderna behöva användas för att upprätta rutiner och strukturer för den samverkan som måste finnas på båda sidor av gränsen. Viktigt här är att följa de regelverk som gäller för respektive land men utgå ifrån patientsäkerhetsaspekten.

Rutiner som måste tydliggöras är hur överföringen av patienter ska ske och vilken behandlingsrutin som skall gälla. Primärt skall tjänsterna nyttjas i relation till ingånget intentionsavtal med Röros, sekundärt skall möjligheten för Tynset Sjukhus beaktas i enlighet med samverkansavtalet mellan Tynset och Röros samt till sist måste avgöras i vilken omfattning tjänster kan komma att utnyttjas på St Olav Hospital i Trondheim.

Dimensioneringen av tjänsteutbudet avgör i vilken form den organisatoriska regimen skall utformas. Viktigt är att dimensioneringen av personalmässiga resurser på norsk sida inte innebär en utökning utan skall motsvara det reella behovet. Detta kommer avspeglas i den prissättning som under utvecklingsprojektet kommer att följas upp och sedan ligga till grund för framtida avtal.

Sedan behöver efter att processen är etablerad genomföras en reell driftssituation under i 24 månader med rullande 6 månaders uppföljning. Detta för att avgöra hur stora volymer och om eventuell förstärkning behövs på norska sidan.

Avslutande 6 månader genomförs resultatanalyser inför förslag till att fastställa fortsatt driftsituation.

Arbetsmtrl

Nedan lista på ett antal punkter som behöver fortsatt analyseras om beslut fattas om att påbörja utvecklingsinsatsen kan verka oöverskådlig.

Men det är viktigt att komma ihåg att detta utvecklingsarbete bryter ny mark som i sin tur innebär framtida kunskaper för vidare vårdsamverkan över gräns. Alla dessa frågor visar att ämnesområdet är komplext.

5.2 FRÅGOR SOM BEHÖVER FORTSATT ANALYS OCH LÖSNINGAR

- Hur ser rutiner ut om patienten vill vända sig till Patientnämnd, anmäla felbehandling etc.?
- Patientavgifter - vad innebär det för patienter som uppnått högkostnadsskydd?
- Läkemedelsförskrivning, recept, nya dyra - konsekvenser för kliniker på Östersunds sjukhus
- Riktlinjer, indikationer i Sverige - inte lika i Norge - konsekvenser för patienten lika vård?
- Hjälpmedelsförskrivning - hur fungerar det mellan Norge-Sverige? förskrivningsregler?
- Sjukresekostnader - vilka regler gäller för resa till Norge?
- Sjukskrivningsregler, Sveriges nya regler, beslutstöd etc - konsekvenser vid vård i Norge?
- Information till patienten för att förstå valet?
- Patientjournal Sverige/Norge? Skall norsk journal scannas in i NPÖ/Cosmic?
- Underlag för bedömning om rätt till sjukpenning kan detta utföras av norsk läkare?
- Turister kan man köra dessa till Norge för vård? Nordisk konvention?
- Konsekvenser av fritt vårdval?? Ej remittera utanför listade i Funäsdalen
- Vilka förfaranden bör fastställas/gälla om patienten vill kontakta patientkommittén, t.ex. för att rapportera felbehandling mm?
- Betalning för den enskilda patienten, vad betyder det för patienter som har nått det maximala beloppet för egen betalning?
- Förskrivning av läkemedel, recept, nya och dyra konsekvenser för hänvisningsorgan i Sverige?
- Är indikationer för behandling liknande i Sverige och Norge? Likabehandling?
- Finns det några utmaningar i samband med läkemedelsskrivning över hela Norge?
- Vilka transportkostnader kommer behandling i Norge att utlösa och hur omfattas detta?
- Hur rapporteras sjukskrivning av norsk läkare på norska sjukhus gentemot svenska domstolar? Sverige har nya regler. Kommer det finnas några riktlinjer som kan fungera som beslutsstöd?
- Obligatorisk information till patienten för att förstå valet?
- Hur hanterar vi de olika journalsystemen över gränsen? Patienttidskrift Sverige / Norge? Ska till exempel norska tidskrifter skannas in i NPÖ / Cosmic? Vi antar att behandling i Norge dokumenteras på norska i norska tidskriften.
- Grunder för bedömning och beslut om rätt till sjukpenning kan detta göras av en norsk läkare?
- Kan turister åka till Norge för behandling, oavsett ursprungsland? Vilka begränsningar ser vi? Finns det någon nordisk konvention på detta område?
- Ser vi några konsekvenser av fria tjänstealternativ? Det bygger på det faktum att erbjudandet som kan ges på norska sidan är kopplat till fast bosatta i Funäsdalen

Arbetsmtrl

- Videomöjligheter för samverkan mellan vårdgivare
- Journalrutiner måste i dialog överenskommas samt rutiner skapas
- Samordnande läkemedelsförskrivning (ATC-kod??)
- Utforma informationschecklista till patient då remiss i Norge erbjuds
- Utforma checklista till remitterande instans för överföring av patient
- Utforma konsensus och aktivt underskrivet accept av vård i Norge till patient
- Larmöverföringsrutin för berörda larmcentraler – formulär/checklista????

5.3 HÖGPRIORITERADE FRÅGESTÄLLNINGAR

Ska det också beskrivas hur beställning för passagerarresor (taxi) och ambulanstransporter görs? Patient- och ambulanstransporter är viktiga för gott samarbete, både när det gäller efterfrågan och ekonomin. Kommer det att komma upp frågor som rör management / beredskap i Røros / Tynset / Funäsdalen i samband med användning av ambulanser över gränsen?

På den svenska sidan krävs sjuksköterska i ambulansen, medan det på norska sidan finnes en egen utbildning för supportpersonal. Detta innebär i dag att kompetenskraven gör att svenska ambulanser kan verka i Norge, medan de norska ambulanser som utgångspunkt inte kan göra tjänster på den svenska sidan. Detta måste klargöras i fall ambulanstjänster som går in som en del av den övergripande samarbete med regionen Jämtland och Härjedalen. (se ovan om accepterande).

Nedan särskilda frågor bör prioriteras och klargöras under uppstarten:

1. Det måste finnas en åtskillnad mellan, och den potentiella omfattningen av
   a. Akuta funktioner begärda från Røros och Tynset
   b. Önskad omfattning av valbara tjänster på samma platser samt
   c. Omfattning vid användning av regionala sjukhusfunktioner från St. Olavs sjukhus för FHC patienter

2. Skall Røros fungera som ett transfereringscenter för vidare användning av Røros / Tynset / Øya?

3. Ambulansservice och kompetenskraven på svenska och norska. Kan det ur patientsäkerhetsaspekt accepteras att nyttja norsk ambulans om ingen ambulanssjukvård utförs?

4. Kostnadsdelen, hur man skapar ett lämpligt system för finansiella transaktioner?

Arbetsmtrl

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

6 KOPPLING TILL ANDRA UTVECKLINGSINSATSER

Övrigt utvecklingsarbete som sker inom Region Jämtland Härjedalen men som inte direkt berör utvecklingsinsatsen i denna vårdsamverkan kommer regelbundet erfarenheter utbytas mellan i den mån det är av nytta.

Exempel på sådana utvecklingsprojekt som kan komma att tillföra kunskap och kompetens avseende att ge bästa möjliga vård är:

VälTel är ett InterReg-projekt som omfattar tre tydligt definierade utvecklingslinjer;

1. Decentraliserade hälsorum och mobila hälsolösningar,
2. Säkerhet och trygghet i hemmet samt
3. Akutväskan.

Fickultraljud är ett Medtech4health-projekt som avser att föra ut ultraljudsteknik till primärvården via ett vetenskapligt och evidensbaserat sätt.

Mobil röntgen är ett liknande projekt som avser att förflytta röntgenutrustningen till patienten istället för tvärtom.

Arbetsmtrl

7 BILAGOR

7.1 FAKTA ARK TYNSET

Sykehuset Innlandet HF
Tynset

Akuttsjukehuset i Fjellregionen

Pasienttilbud

- Akuttmottak
- Kirurgi
- Ortopedi
- Plastikkirurgi
- Indremedisin
- Bildediagnostikk
- Fødestua

HELSE SØR-ØST

Akutt, kirurgi, ortopedi og plastikkirurgi

Avdelingssjef	*Ingeborg Kirkbakk*
Avdelingsoverlege anestesi	*Elisabeth Hovde*
Avdelingsoverlege ortopedi	*Stein Arne Øvre Storeggen*
Avdelingsoverlege kirurgi	*Dag Sandblom*
Avdelingsoverlege plastikkirurgi	*Jan Kåre Frøyen*

Akutt-, traume- og elektivt mottak

Kirurgisk overvåkning

Medisinsk overvåkning

Legevaktsformidling

- Stor-Elvdal, Rendalen, Alvdal, Folldal, Tynset, Tolga

Anestesi

Operasjon

- 3 operasjonsstuer
- Sterilsentral

Dagkirurgi

- Ortopedi
- Urologi
- Plastikkirurgi
- Generell kirurgi

Poliklinikker

- Ortopedi
- Urologi
- Generell kirurgi
- Plastikkirurgi
- Ortopedisk poliklinikk Oppdal

Kirurgisk sengepost

Pasientservice

Bildediagnostikk

Avdelingssjef	*Morten Resell*
Avdelingsoverlege radiologi	*Thomas Børner*

- Konvensjonell røntgen og «drop-in» på skjelett- og lungeundersøkelser
- Ultralyd
- CT
- MR
- Gjennomlysning

Indremedisin, bildediagnostikk og Fødestua

Avdelingssjef *Astrid Skotte*
Avdelingsoverlege indremedisin *Ulf Hurtig*
Avdelingsjordmor *Marian Eggen*

Medisinsk sengepost

Poliklinikker

- Lunge
- Kardiologi
- Kreft (dagbehandling)
- Diabetes
- Endokrinologi m/diagnosetjeneste
- Reumatologi
- Fordøyelsessjukdommer
- Nefrologi
- Generell indremedisin
- Hud (lysbehandling)

Forløpskoordinator kreft

Søvnavsnitt

Fysikalsk

Ressurssenter for pasient- og pårørendeopplæring

Klinisk ernæringsfysiolog

Farmasøyt

Studiesjukepleier

Pasientservice/merkantile tjenester

Fødestua

- Ultralydtilbud
- Føde- og barselpoliklinikk/ammehjelp

Sjukehotell

Legevakt for Tolga, Tynset, Folldal, Alvdal og Rendalen er plassert i sjukehuset sine lokaler i forlengelse av akuttmottaket

Stab

Divisjonsdirektør	*Stein Tronsmoen*
Medisinsk fagsjef	*Oddbjørn Øien*
Kvalitetsrådgiver	*Anne Grethe Skorstad Thoresen*
Divisjonsrådgiver økonomi	*Trond Høisen*
Divisjonsrådgiver HR	*Marit Motrøen*
Praksiskonsulent	*tbn*

Andre ved SI Tynset

Medisinsk service
- Klinisk-kjemisk lab og blodbank, seksjonsleder *Malene Salbu*
- Medisinsk teknisk, seksjonsleder *Jon Nybakk*

Psykisk helsevern
- DPS Tynset, avdelingssjef *Steinar Trettebergstuen*
- BUP Tynset, enhetsleder *Gunhild Utgaard Nordtun*

Prehospitale tjenester
- Ambulansetjenesten, leder *Kåre F Trondsen*

Eiendom- og intern service
- Servicetorg, seksjonsleder *Marianne Halvorsen* (Elverum)
- Renhold, tekstil, eiendomsforvaltning, seksjonsleder *Geir Lundh*
- Kjøkken, seksjonsleder *Helge K Danielsen* (Lillehammer)
- Forsyning og transport, seksjonsleder *tbn*
- Teknisk, seksjonsleder *Tommy Tollan*
- Innkjøp, innkjøpssjef *Angeir Røe*

Helsefag sentralstab
- Rådgiver smittevern, hygienesjukepleier *Unni J Trondsen*
- KDS-rådgiver *Hilde Brandsnes*

Tynset øyeklinikk
- Øyeoperasjoner, øyelegespesialist *Keyvan Torkzad*

Sykehuspartner
- IKT, leder *Esten Haug Erlien*

Hedmark Fylkeskommune
- Tannbehandling i narkose

Universiteter og høgskoler (NTNU, HINN m.fl.)
- Studenter i medisin og helsefag i praksis

7.2 PATIENTSKADEFÖRSÄKRING

Behandlingsskadeförsäkring vid utlandsvård

Ersättningsbestämmelserna i Försäkringsgivarens* försäkring vid utlandsvård bygger i allt väsentligt på patientskadelagens bestämmelser. Ett undantag är dock att rent psykiska skador inte ersätts.

1. Försäkringsåtagande

Försäkringsgivaren* åtar sig att utge behandlingsskadeersättning för kroppsskada som orsakas patient i direkt samband med hälso- och sjukvård som utförs vid vårdinstitution utanför Sveriges gränser endast under förutsättning att försäkringstagaren** remitterat patienten dit och svarar för vårdkostnaderna.

2. Behandlingsskadeersättning

Behandlingsskadeersättning lämnas för kroppsskada på patient i enlighet med bestämmelserna om patientskadeersättning enligt 6 och 7 §§ patientskadelagen.

3. Undantag

Utöver i 7 § patientskadelagen angivna undantag från rätten till patientskadeersättning gäller att behandlingsskadeersättning inte lämnas om skadan i annat fall än som sägs i 6 § första stycket punkt 4 samt i 6 § sista stycket patientskadelagen är orsakad av smitta som medfört infektion.

4. Hur bestäms behandlingsskadeersättning

4.1 Behandlingsskadeersättning bestäms enligt 8-11 §§ patientskadelagen med de begränsningar som här anges.

4.2 Behandlingsskadeersättning lämnas inte till den del den skadelidande har rätt till ersättning för kostnader och inkomstförlust från arbetsgivare eller genom försäkring tecknad av arbetsgivare eller annan enligt avtal med arbetsgivaren eller de anställda. Ersättning lämnas inte heller till den del den skadelidande har rätt till ersättning från allmän eller särskild försäkring som administreras av offentlig myndighet eller försäkringsgivare på uppdrag av stat, regionala eller lokala myndigheter eller enligt lag.

Behandlingsskadeersättning lämnas inte heller till den del den skadelidande har rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund eller från försäkring som oberoende av aktsamhetskrav lämnar ersättning för ekonomisk och ideell skada. Detta gäller dock ej sådan ersättning för vilken Löf har rätt till återkrav.

Samordning sker ej i fråga om sådan ersättning som lämnas från försäkring som tecknas av och i sin helhet betalas av den skadelidande. Samordning sker dock alltid vad gäller

Arbetsmtrl

ersättning som lämnas enligt skadeståndsrättsliga regler och avser inkomstförlust eller kostnader.

5. Preskription

Den som vill kräva ersättning för behandlingsskada enligt detta villkor skall skriftligen anmäla detta till försäkringstagaren eller försäkringsgivaren inom tre år från det han fick kännedom om skadan men aldrig senare än tio år från den tidpunkt då den åtgärd som orsakade skadan vidtogs.

6. Överlåtelse av skadestånd

Den som godtar erbjuden ersättning enligt detta försäkringsvillkor skall till Löf överlåta sin rätt till skadestånd av den som kan göras ansvarig för skadan.

7. Tvist

Tvist mellan försäkringsgivaren och den skadelidande avgörs av svensk domstol med tillämpning av svensk rätt.

** Försäkringsgivare: Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf)*
*** Försäkringstagare: Sveriges landsting och regioner.*

http://lof.se/patient/forsakringsvillkor-behandlingsskadeforsakring-vid-utlandsvard/

Arbetsmtrl

7.3 UPPSKATTAT PATIENTFLÖDE – VIDARE UTREDNING AV VOLYM

Patientflöde Funäsdalen – Röros/Tynset

Baserat på uppgifter möte 171003 Magnus Dyborn och Maria Carlund

Dessa uppgifter är subjektiva och enbart en approximation baserad på lokal erfarenhet. Det bör initialt inom projekt fokuseras på att det tas fram rutiner för statistikinsamling på antalet remisser till specialistsjukvården per område som komplement.

Gyn

Många söker själva specialistsjukvård, vi ser dom inte i PV (kolla med kvinnliga SL och bm. Rundabordsdiskussion vore bra för att uppfatta behovet, även önskemål om dialog med Östersund.

Ca 2-4 remisser i månaden till specialistmottagning (utan mörkertalet).

Kirurg

Kärlkirurgiska bedömningar

Åderbråck

Hemorrojder

Gallkirurgi

Hud

Plastikkirurgi?

Cancer – SVF, standardiserade vårdförlopp, behöver gå den väg som nu finns för snabb hantering. Bedömning behöver göras om förloppet kan ske på motsvarande sätt i Röros/Tynset. D.v.s. när en patient identifieras som kan bli aktuell för SVF så kanske de inte ska till annan vårdgivare…?

Coloskopi, endoskopi – (SVF undantaget?)

Urologi

Cystoskopi

Prostatahyperplasi

Ca 2 i månaden

Medicin

Thyreodeatoxikoser

Arbetsmtrl

Endokrinologi

Gastroendoskopi

Dialys – kan ju bli frekvent behov. Just nu ingen aktuell dialyspatient. Detta har fungerat tidigare…

Oklart hur många remisser inom följande spec.områden

Öron näsa hals

Ca 2 / mån

Ögon

Ca 2 / mån (beror också på hur trygg man är som dl hur mycket man skickar vidare)

Psykiatrin

Sanks finns redan möjlighet för i Norge (Karasjok och begränsat i Röros/Sjördal)

Behov av motsvarande psykiatrisk hjälp för icke samer. Denna patientgrupp kan man tänka sig ett stort värde för om upprepade besök.

Oklart antal remisser

Ortopedi

Ultraljud

MR

Oklart antal remisser

Akut

Commotio? Vissa remitteras direkt från backläkare

Hals rygg? MR?

Extrema frakturer

Övrigt:

Screening aorta aneurysm män över 65 år?

Arbetsmtrl

7.4 HÄLSOPERSONAL AMBULANS NORDEN

Tabeller over helsepersonellyrker regulert i minst to av landene

Ambulancebehandler/ (F) Ambulansaviðgeri • Ensihoitaja/ Förstavårdare • Sjúkraflutningamenn; Bráðatæknar • Ambulansearbeider • Ambulanssjukvårdare

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
1. Titel	Ambulance-behandler/ (F) Ambulans-aviðgeri	Ensihoitaja/ Förstavårdare	Sjúkraflutninga-menn *och* Bráðatæknar	Ambulansearbei-der	Ambulanssjukvår-dare
2. Beskrivning av yr-kesverksamheter och eventuell avvikelse per land	Ambulanseservice innen akuttmedisin • Arbeider innen lokale myndigheter, helseforetak, utdanningsinstitusjoner, humanitære organisasjoner, private organisasjoner • Offshore • Arbeid i katastrofeområder • Kan utøve yrket via ulike transportmidler, som for eksempel bil, båt og fly • Operatør ved øyeblikkelig hjelp kommunikasjonssentre (AMK) • Jobber tett med politi, sykepleiere og leger				
3. Titeländring efter 11-11-1998?	nej	nej	nej	nej	nej
4. Är yrket reglerat?	ja	ja	ja	ja	nej
5. Om yrket är regle-rat: är yrkestiteln skyddad?	nej	nej	ja	ja	-
6. Om yrket är regle-rat: utfärdas legiti-mation?	nej	nej	ja	ja	-
7. Direktivet: mini-mikrav eller generella ordningen?	generella ordningen	generella ordningen	generella ordningen	generella ordningen	-
8. Om yrket inte är reglerat: är utbild-ningen reglerad enligt direktivet?	-	ja (enligt förord-ning 1129/2014)	-	-	-
9. Direktivet: nivå en-ligt artikel 11	11 b	11 d	Sjúkraflutninga-menn: 11 a Bráðatæknir: 11 c	11 b	-
10. grundutbildning, påbyggnadsutbildning eller specialistutb.?	påbygningsud-dannelse	grundutbildning/ påbyggnadsut-bildning	grundutbildning	grundutbildning	
11. Mer om utbildningens nivå	forudsætter gen-nemført uddan-nelse til ambulan-ceassistent samt 1,5 års virke som ambulanceassis-tent		videregående opplæring	videregående opplæring	
12. Utbildningens längd	mindst fem uger	4 år (innehåller utbildning till sjukskötare)/ ut-bildning till sjuk-skötare och till-läggsutbildning 30 studiepöäng	Sjúkraflutninga-menn: 10 veckor Bráðatæknir: 2 år	2 år	
13. Utbildningens innehåll	F: egen uddan-nelse; samme indhold som i til-svarende danske uddannelsen		http://www.ems.is/namskeid/	http://utdan-ning.no/studiebe-skrivelse/ambu-lansefag	
14. Krävs praktik-tjänstgöring efter ex-amen?	nej	nej		ja, 2 år læretid	nej

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

7.5 AMBULANS BEMANNING – NATIONELL UTBILDNINGSPLAN NORGE

Bachelorstudiet i prehospitalt arbeid - paramedic er en ny grunnutdanning på universitets- og høgskolenivå innenfor det prehospitale feltet i Norden. En slik utdanning har vært etterspurt i flere år for å styrke kompetansen i de prehospitale tjenestene, utvikle faget og styrke forsknings- og utviklingsarbeid på eget fagfelt.Bachelorstudiet omfatter både praktisk og teoretisk undervisning. I løpet av en arbeidsdag opplever man mange sceneskifter hvor hovedmålet er å hjelpe mennesker som trenger medisinsk og psykososial hjelp, ofte med små tidsmarginer. Yrket stiller krav til fysisk og psykisk egnethet samt handlekraft og problemløsningsevne.

I første studieår er menneskets anatomi og fysiologi samt kunnskap i generell legemiddellære, håndtering og regning sentralt. Samtidig tilegner studentene seg grunnleggende informasjon om profesjonell helsefaglig kommunikasjon samt medisinsk-etiske problemstillinger knyttet til sykdom og kulturell kunnskap relatert til en paramedics arbeidshverdag. Grunnleggende psykiatrisk og somatisk sykdomslære ligger også i dette studieåret.

Andre studieår omhandler første del av de akuttmedisinske tilstandene og behandling av disse. Konflikthåndtering og særskilte etiske utfordringer som ligger til yrket er sentrale læringsutbytter på lik linje med traumatologien (læren om ulykker og håndtering av disse). I dette studieåret behandles også det ambulanseoperative fagområdet.

I siste studieår kommer også andre del av de akuttmedisinske tilstandene, undersøkelser og behandling, hvorav primærfokus vil være fødsel og det akutt syke barn. Praksis i paramedic integrerer ambulanseoperativ og medisinsk kunnskap.

Studieåret avsluttes med bacheloroppgaven.

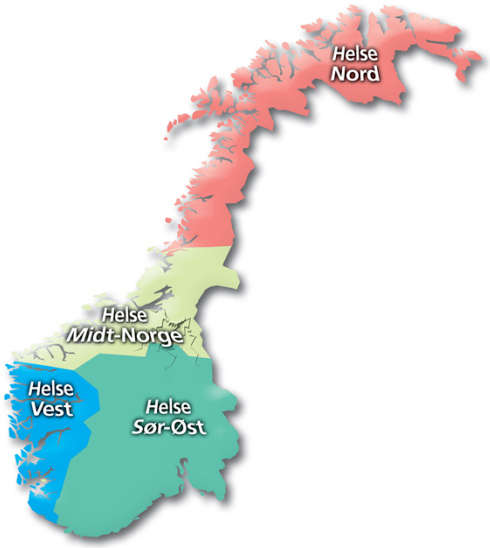
Spørsmålet knyttet til autorisasjon for ferdige kandidater på bachelorstudiet i prehospitalt arbeid - paramedic er under behandling som del av en større pågående prosess. I påvente av avklaring vil kandidater bli autorisert som ambulansearbeidere (gäller från 2016.11.14).

Arbetsmiljö

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

7.6 DE REGIONALA HÄLSOFÖRETAGEN I NORGE SAMT NÄRRESURSER I V. HÄRJEDALEN



Ovanstående bild visar de regionala hälsoföretagens geografiska omfattning. I detta utvecklingsprojekt inkluderas resurser hämtade från Helse Sør-øst (Tynset sjukhus) och Helse Midt-Norge (St Olav Hospital/Røros).

Sjukvårdsresurser i gränsnära området västra Härjedalen

7.7 SAMORDNING AV TJÄNSTER I FJELLREGIONEN

Detta dokument är en god överskådlig beskrivning från samhandlingsavdelningen och utgör ett ärende avseende de resurser som finns inom den s.k. fjällregionen. Denna ”region” omfattar de delar som är delvis av intresse för samverkan mellan västra Härjedalen och Tynset/Röros.

ST. OLAVS HOSPITAL UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM | Sentral stab **Samhandlingsavdelingen** | HELSE MIDT-NORGE

SAKSFREMLEGG

Sak 24/15 Samordning av spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen

Utvalg:	**Styret for St. Olavs Hospital HF**
Dato:	**29.10.2015**
Saksansvarlig:	Tor Åm
Saksbehandler:	Tore Jo Nilsen
Arkivsak:	11/2142-61
Arkiv:	330

Innstilling

1. DPS-tilbudet i Fjellregionen lokaliseres til Tynset DPS når institusjonen er godkjent for behandling med tvang for døgnopphold. Det forutsettes et nært samarbeid mellom Sykehuset Innlandet HF og St. Olavs Hospital HF om pasienter fra Holtålen og Røros som er under behandling med tvang.
2. Voksenpsykiatrisk poliklinikk på Røros driftes av Sykehuset Innlandet HF når DPS-tilbudet på Tynset er godkjent for bruk av tvang, jf vedtakspunkt 1.
3. Ansatte som blir berørt av omstillingen, skal ivaretas i henhold til lov- og avtaleverk.
4. Avtalen om økonomisk oppgjør beskrevet i saken gjelder for de første to årene etter oppstart
5. Styret anbefaler at seleksjonskriteriene som er utarbeidet for akutt medisinsk behandling legges til grunn når det det gjelder øyeblikkelig hjelp-tilbudet for befolkningen i Fjellregionen.
6. Styret ber administrerende direktør om å fortsette dialogen om videreutvikling av elektive somatiske spesialisthelsetjenester i Fjellregionen som beskrevet i saken.
7. Styret ber om at det opprettes et fast samarbeidsutvalg for spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen på HF-nivå og et samarbeidsutvalg på driftsnivå slik det er beskrevet i saksutredningen. Administrerende direktører ved Sykehuset Innlandet og ved St. Olavs Hospital gir utvalgene mandat og oppnevner medlemmer.

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

VEDLEGG

1 Seleksjonskriterier akutt indremedisin, akutt kirurgi og akutt ortopedi
2 Protokoll fra møte i AMU 20.10.2015
3 Drøftingsprotokoll fra møte 20.10.2015

BAKGRUNN

Styrene vedtok i sak 34 /13 (St Olavs Hospital) og sak 074-2013 (Sykehuset Innlandet) en rekke punkter for oppfølging av prosjekt Fjellhelse. I sak 19/14 (St. Olavs Hospital) ba Styret om en ny sak der de ber administrerende direktør om å legge fram en egen beslutningssak om innholdet i en integrert spesialisthelsetjeneste i Fjellregionen. Prosjektrapporten, " En samordning av spesialisthelsetjenesten i Fjellregionene", er lagt ved tidligere styresaker.

I denne saken legges det fram forslag til innholdet i en integrert spesialisthelsetjeneste i Fjellregionen og en oppdatering av status for samordninga av spesialisthelsetjenesten i området.

Det er en overordnet målsetting for integrerte spesialisthelsetjenester i Fjellregionen at tjenesten fremstår som mest mulig helhetlig og integrert. Spesialisthelsetjenesten i området skal også være robust og bærekraftig samtidig som det må unngås unødvendig dublering av tjenester.
Ved å se Fjellregionen som ett opptaksområde kan vi konsolidere og eventuelt bedre det lokale spesialisthelsetjenestetilbudet.
Det er en forutsetning at spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen tilpasses overordnede utviklingsplaner og økonomiske rammebetingelser i de respektive HF, gjennom prosesser som involverer begge de respektive HF og der hensynet til helheten i tilbudet ivaretas.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Fjellregionen er i denne sammenhengen definert som kommunene Holtålen, Røros, Tynset, Os, Tolga, Folldal, Alvdal og Rendalen. Disse kommunene har til sammen et befolkningsgrunnlag på ca. 24000 innbyggere hvorav ca. 8000 personer bor i Sør-Trøndelag og ca. 16000 bor i Hedmark.

Etter at saken ble behandlet i styrene har representanter fra Sykehuset Innlandet HF og St. Olavs Hospital HF hatt en løpende dialog om hvordan samarbeidet mellom St. Olavs Hospital HF og Sykehuset Innlandet HF kan konkretiseres og formaliseres. Det ble opprettet et forhandlingsutvalg som har gjennomgått ulike fagområder. Utvalget er på sak utvidet med kompetanse fra aktuelle fagområder
Her gjennomgås forhandlingsutvalgets forslag på de ulike fagområdene.

1 Psykisk helsevern, habiliteten og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

a. Voksenpsykiatrien (VOP) i Fjellregionen.

For innbyggerne i Fjellregionen er det nåværende psykiatritilbudet knyttet til DPS Tynset og DPS Orkdal. DPS Tynset er lokalisert ved sykehuset på Tynset. Avdelingen består av en

døgnenhet med 10 plasser, og poliklinikk med integrert TSB-team. DPS gir et allmennpsykiatrisk tilbud i opptaksområdet til sjukehuset innenfor frivillig psykisk helsevern. DPS Orkdal er en avdeling under Divisjon Psykisk helsevern i St. Olavs Hospital. Orkdal DPS har 20 døgnplasser, poliklinikk blant annet på Røros og ambulante team. DPS Orkdal er godkjent for bruk av tvang under døgnbehandling.
Voksenpsykiatrisk poliklinikk på Røros består av 1 hel psykiaterstilling, 1 hel psykologspesialist og 1 hel psykiatrisk sykepleierstilling.

Forhandlingsutvalget har følgende tilrådning:

1. *DPS tilbudet for Fjellregionen lokaliseres til Tynset for en prøveperiode på 2 år med evaluering før prosjektperioden avsluttes.*
2. *Det opprettholdes poliklinikker for psykisk helsevern på Røros og på Tynset. Ansatte ved poliklinikken på Røros knyttes administrativt og faglig til DPS på Tynset.*
3. *Ressurser tilsvarende 2 senger flyttes fra Orkdal DPS til Tynset DPS*
4. *Akuttfunksjonen lokaliseres til respektive akuttsjukehus i St. Olavs Hospital og SI.*
5. *En stilling i FAKT- tilbudet som i dag er lokalisert i Haltdalen knyttes organisatorisk til poliklinikk på Røros for å opprettholde ambulante tjenester i Holtålen og Røros innen akutte- og rehabiliterende tjenester.*
6. *Det iverksettes en prosess i forhold til de ansatte som berøres. Prosedyre for omstilling benyttes.*
7. *Det iverksettes en prosess for å utvikle DPS tilbudet på Tynset faglig.*
8. *Økonomisk overføring er fastsatt til 7 millioner i 2016 å indeksreguleres.*

Tiltaket anbefales iverksatt når prosessen med ansatte og arbeidstakerorganisasjonene er gjennomført og økonomiske tilpasninger er gjort, tidligst 1.1.2017.
Partene er, i samarbeid med de regionale helseforetakene enige om en økonomisk fordeling.

Behandling med tvang i psykisk helsevern:
Kravet til slik godkjenning er beskrevet i «Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm», Kapittel1 §§ 2,3,4 og 5. Det er krav om materielle forhold og bemanningsmessige forhold, inkludert tilknytning til et vaktsystem.
Det som oftest skjer er at tvang etablert på sykehuset (oftest akuttposter) videreføres på DPS. Om det er behov for at pasienten også er på tvang under den videre behandlingen utenfor institusjon skjer dette innenfor rammen av samme lovverk, og pasienten følges opp enten fra døgnenhet eller poliklinikk og bor hjemme.
Det varierer fra helseforetak til helseforetak om DPS-ene er godkjent for bruk av tvang eller ikke. I Midt-Norge har Helseforetakene Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital HF DPS som er godkjent for bruk av tvang mens Helse Møre og Romsdal ikke har sine DPS godkjent for tvang. Tilbud om tvungent psykisk helsevern i form av poliklinisk behandling (oppmøte, medisinering, samtale etc.) gis ved DPS Tynset.

b. BUP i Fjellregionen
BUP tilbudet i Tynset -regionen dekker barnebefolkningen i 8 kommuner.
BUP på Røros dekker 4 kommuner og inkluderer et tilbud til Tydal og Midtre Gauldal kommuner. Tydal har et formalisert samarbeid med Værnes regionen for øvrige helsetjenester og Midtre Gauldal har tilsvarende formelt samarbeid med Trondheimsområdet.

Det har vært en prosess mellom BUP i St. Olavs Hospital og BUP i Sykehuset Innlandet der man har diskutert behovene for- og mulighetene for et tettere samarbeid.

Eventuell endring i kommunestrukturen vil påvirke hvordan BUP organiseres. Partene mener derfor at spørsmålet om organisering av BUP bør utredes på nytt når eventuell ny kommunestruktur blir tydeligere.
Gjennomgangen av BUP i Fjellregionen har vist at det er lite kommunikasjon mellom de aktuelle BUP -ene. Det er grunnlag for å formalisere et samarbeid for spissing av kompetanse på mer sjeldne tilstander og behandlingsmetoder.
Det vil være gevinster for begge parter ved å formalisere et fagsamarbeid der man utvikler et system for kompetanseoverføring.

Forhandlingsutvalget anbefaler at organisering av BUP avventes til det foreligger avklaring om kommunestrukturen i opptaksområdet for BUP.

c. Habiliteringstjenesten for voksne i Fjellregionen

Det er få pasienter i habiliteringstjenesten i Røros og Holtålen. Habiliteringstjenesten drives i stor utstrekning som oppsøkende og poliklinisk virksomhet. Habiliteringstjenesten må, på samme måte som andre få tilgang på andre spesialisthelsetjenester på lokalsykehusnivå i Fjellregionen.

Forhandlingsutvalget anbefaler at tilbudet innen habiliteringstjenesten fortsetter som i dag.

d. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Fjellregionen

I Sykehuset Innlandet er TSB og Psykisk helsevern organisert som en tjeneste. I St. Olavs Hospital er tjenestene delt i 2 klinikker.
Generelt innebærer behandling i TSB en sterk kommunal forankring. Både fastlege og kommunal rustjeneste/NAV kan henvise til TSB hvor det forutsettes deltakelse gjennom et spesialisert behandlingsforløp. Samarbeid gir gevinster, der man blant annet ser potensial til spissing av fagmiljøer ift TSB og psykiatri.

Forhandlingsutvalget anbefaler at samarbeidsutvalget (se punkt 4 i denne saken) utarbeider en skisse til samarbeid mellom TSB og DPS i Fjellregionen når DPS funksjonene i Fjellregionen er samordnet.

2 Akutt somatiske sykdommer

Kommunene Røros og Holtålen benytter både St. Olavs Hospital og Sykehuset Innlandet Tynset ved øyeblikkelig hjelp. For øvrige kommuner i Fjellregionen, går pasientstrømmen hovedsakelig mot Tynset. Andelen pasienter fra Røros / Holtålen som legges inn som øyeblikkelig hjelp på Sykehuset Innlandet, Tynset var i 2012, ca. 40 % mens tallet for Røros kommune var nærmere 50 %.
Et utvalg har utarbeidet kriterier for hvilke pasientgrupper som med fordel kan behandles på Sykehuset Innlandet, Tynset, og hvilke pasientgrupper som bør få sitt tilbud henholdsvis på St. Olav, Hospital og Sykehuset Innlandet, - Elverum –Hamar og Sykehuset Innlandet Lillehammer. Kriteriene følger vedlagt.

Målsetning har vært å beskrive Sykehuset Innlandet Tynset sin rolle i behandlingskjeden i spesialisthelsetjenesten.

Kriteriene er bearbeidet og gjennomgått av klinikkledelsen i Sykehuset Innlandet, i samarbeid med sentrale klinikksjefer ved St. Olavs Hospital.
Seleksjonskriteriene har vært til høring blant primærlegene i Fjellregionen. Muntlige tilbakemeldinger bekrefter at seleksjonskriteriene svarer til forventningene.
Det er usikkert om anbefalte kriteriene vil endre pasientstrømmen. Men det er grunn til å tro at kriteriene vil bidra til «rett pasient på rett sted til rett tid».

Grunnprinsippet for seleksjonskriteriene er:

- Diagnostikk skal så langt som mulig gjøres lokalt
- Det er lav terskel for samråd med spesialist på seksjonerte avdelinger ved St Olavs hospital og Sykehuset Innlandet Elverum - Hamar.
- Der diagnostikk tilsier videre utredning eller endelig behandling på høyere nivå, skal pasienter flyttes over til St Olav/SI/OUS. Sykehuset Innlandet Tynset vil da sørge for at pasientene er stabilisert for transport.

Forhandlingsutvalget anbefaler at seleksjonskriteriene legges til grunn for bruken av Sykehuset Innlandet Tynset som akuttsykehus. Det er viktig at faglige vurderinger og pasienthensynet er styrende for henvisning av pasienter.

3 Elektivt tilbud, somatiske sykdommer

Forhandlingsutvalget har gått gjennom eksisterende elektive tilbud for befolkningen i fjellregionen. På noen områder er det iverksatt tiltak/ tjenester, på andre områder peker forhandlingsutvalget på mulige tiltak som bør utredes for å styrke tilbudet.

Geriatri

Ut fra forventet økning i antall eldre i Fjellregionen bør spesialisthelsetjenesten utviklelokale tilbud innen geriatri. Dette bør skje i nært samarbeid med kommunene i regionen. Med økonomisk støtte fra Helse Midt – Norge og St. Olavs Hospital er det igangsatt et prosjekt sammen med Fjellregionen og Fosen DPS som samarbeidsparter.

Prosjekt skal:

1. Forbedre tjenestetilbudet til de geriatriske pasientene gjennom standardiserte helhetlige pasientforløp også mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten
2. Etablere av faste og robuste strukturer på tvers av forvaltningsnivå og profesjoner
3. Overføre og heve kompetanse
4. Optimalisere og eventuelt redusere antall henvisninger, innleggelser og kontroller i sykehus.
5. Det skal forskes på måloppnåelse og resultatene skal danne grunnlag for strategiske valg regionalt og nasjonalt.

Prosjektets har varighet på 3 år. Geriatrisk avdeling på St. Olavs Hospital ivaretar prosjektledelsen. Det er opprettet en bredt sammensatt prosjektgruppe med fastleger og helsepersonell for øvrig fra Fjellregionen og Fosen.

Forhandlingsutvalgets anbefaling: Prosjektet er et viktig bidrag til å samordne og utvikle spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen. Ved sluttevaluering av prosjektet må det tas stilling til om arbeidsformen skal utvikles til et permanent tilbud.

Kreftbehandling
I Sykehuset Innlandet HF har onkologimiljøet ved Hamar det faglige ansvaret for Tynset. Kreftpoliklinikken har også mange pasienter fra Røros og Holtålen og derved mye kontakt med kreftavdelingen ved St Olavs Hospital. Det er et sterkt ønske fra miljøet på Tynset om å ha større tilgang til onkolog i det daglige arbeidet. Det arbeides med å få en ordning med onkolog fra St. Olavs Hospital knyttet til praksis ved Sykehuset Innlandet Tynset, etter samme mal som revmatologi.

Forhandlingsutvalget anbefaler at samarbeidet om å utvikle et onkologitilbud fortsetter.

Slagbehandling
Partene har initiert et prosjekt for å styrke tilbudet til slagpasienter i Fjellregionen.
Formålet med prosjektet er å:

1. Innføre felles pasientforløp for slagbehandling
2. Konkretisere samarbeid mellom St. Olavs Hospital og Sykehuset Innlandet Tynset om slagbehandling
3. Forsterke samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for slagpasienter
4. Utrede dag og døgnrehabilitering for slagpasienter i samarbeid med Røros Rehabiliteringssenter.

St. Olavs Hospital, Sykehuset Innlandet Tynset, kommunene i Fjellregionen og Røros Rehabiliteringssenter involveres i arbeidet. Arbeidet må ha en framdrift som muliggjør oppstart primo 2016.

Forhandlingsutvalget anbefaler at det etableres et prosjekt med deltakelse fra St Olavs Hospital, Sykehuset Innlandet Tynset og LHL klinikkene Røros. Formålet er å sikre et godt pasientforløp for slagpasienter.

Etterbehandlingssenger i regi av Røros kommune
Etterbehandlingssenger er et avansert kommunalt tilbud med definerte senger og pasientgrupper, hvor etterbehandling inngår i pasientforløpet. Pasientene kan etter spesielle kriterier overflyttes fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Tilbudet er et spleiselag mellom kommunene og St. Olavs Hospital
Det er etablert 6 etterbehandlingssenger for Røros og Holtålen kommune lokalisert på Røros sykehus. Kommunene i Fjellregionen har fått tilbud om å bruke tilbudet ved ledig kapasitet til en på forhånd avtalt pris. Kommunene vinner erfaring med hva som er behov og hvilke pasienter som vil ha nytte av tilbudet. Det er forutsatt at kommunene må avklare sitt behov og inngå en permanent avtale om bruk av etterbehandlingssenger ved Røros sykehus.

Forhandlingsutvalget anbefaler at tilbudet om etterbehandlingssenger ved Røros sykehus utvides til å gjelde et tilbud til alle kommunene i Fjellregionen og lokaliseres ved Røros sykehus.

Revmatologi:
Det er inngått en avtale mellom Sykehuset Innlandet Tynset og St. Olavs Hospital om revmatologitjenester. Avtalen innebærer at en revmatolog har poliklinikk etter fast oppsatt plan på Tynset og ivaretar det faglige ansvaret for tjenesten.

Forhandlingsutvalget anbefaler at samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet HF og St. Olavs Hospital HF fortsetter for å sikre gode revmatologitjenester i fjellregionen.

Tannbehandling
Tannbehandling kan samordnes på en plass, men på grunn av denne pasientgruppens særlige behov vil det fortsatt være tilbud begge plasser.

Forhandlingsutvalget anbefaler at tilbudet opprettholdes både på Røros og Tynset.

Medisinske servicefunksjoner
Laboratorietjenester:
En gruppe bestående av representanter fra kommunene, Røros Rehabilitering, Sykehuset Innlandet Tynset, St. Olavs Hospital og Røros kommune, har gjennomgått laboratorietjenestene for å avklare om et tettere samarbeid mellom fagmiljøene og andre organisatoriske løsninger kan bidra til et stabilt fagmiljø og et robust tilbud.

Gruppen har ikke samlet seg om ett forslag til modell for laboratorietjenester.
Tynsetmiljøet ønsker mer samarbeid der laboratorieaktiviteten for sykehusene (Tynset og Røros) ivaretas av Sykehuset Innlandet - Medisinsk service Tynset.
Laboratoriemedisinsk klinikk og Røros sykehus foreslår at det arbeides etter en modell der St. Olavs Hospital fortsatt driver laboratorietjenesten og åpner for et samarbeid med Røros kommune.

Forhandlingsutvalget anbefaler at St. Olavs Hospital HF driver laboratorietilbudet på Røros sykehus. Det innledes samarbeid med Røros kommune for å styrke og effektivisere driften.

Bildediagnostikk
Det er etablert tekniske løsninger som muliggjør overføring av bilder fra bildediagnostikk mellom Tynset og St. Olavs Hospital. Dette er en forutsetning for samhandling på flere fagområder. Tilbudet på Tynset omfatter ultralyd, CT og MR i tillegg til konvensjonell røntgen.

Forhandlingsutvalget anbefaler at fagmiljøene fra begge HF samarbeider videre for å utnytte ressursene optimalt.

Hjertesykdommer
Kardiologi finnes både på Røros og Sykehuset Innlandet Tynset, på Røros som et rent poliklinisk tilbud og på Sykehuset Innlandet Tynset som en del av det indremedisinske tilbudet. Av hensyn til tilgjengelighet bør det polikliniske tilbudet opprettholdes på Røros. St. Olavs Hospital og Sykehuset Innlandet vil vurdere om dette kan gjøres med utgangspunkt i et nærmere samarbeid mellom sykehusene.

Forhandlingsutvalget anbefaler at kardiologi ivaretas som en del av det generelle indremedisinske tilbudet på Tynset, at poliklinikktilbudet på Røros videreføres og at det arbeides videre med å forsterke det faglige samarbeid mellom sykehusene om fagområdet kardiologi.

Lungesykdommer
St. Olavs Hospital driver en lungepoliklinikk på Røros en dag pr mnd, men befolkningsgrunnlaget er for lite for videre drift. Sykehuset Innlandet Tynset har også et lungemedisinsk tilbud, inkludert poliklinikk.

Forhandlingsutvalget anbefaler at et videre faglig samarbeid mellom sykehusene om tilbudet tas opp i samarbeidsutvalget.

Hudsykdommer

St. Olavs Hospital driver en hudpoliklinikk på Røros. I tillegg gis hudpasienter lysbehandling både på Røros og Tynset.

Forhandlingsutvalget anbefaler at det forsøkes etablert en hudpoliklinikk som dekker hele Fjellregionen, lokalisert primært på Røros og at saken følges opp av Samarbeidsutvalget. Lysbehandling bør fortsatt lokaliseres både på Røros og Tynset.

Pediatri:
Det mangler et pediatritilbud i Fjellregionen. Det er et ønske fra primærhelsetjenesten og Sykehuset Innlandet at et slikt tilbud etableres på Røros i regi av St. Olavs Hospital.

Forhandlingsutvalget anbefaler at planlegging og gjennomføring av et pediatritilbud tas opp som sak i samarbeidsutvalget.

Gynekologi:
Røros sykehus har et poliklinisk og dagkirurgisk tilbud innen gynekologi for hele Fjellregionen. Det er behov for å øke tilbudet innen gynekologi.

Forhandlingsutvalget anbefaler at planlegging og gjennomføring av et utvidet gynekologitilbud tas opp som sak i samarbeidsutvalget.

Diabetes/ fedmepoliklinikk:
Det er behov for en diabetes / fedmepoliklinikk i Fjellregionen. Ved å flytte pasientbehandling nærmere pasienten og samtidig etablere et nært samarbeid med

fastlegene i regionen kan flere pasienter behandles lokalt. Dette vil forsterke samhandling og utveksling av kompetanse på dette feltet mellom helsetjenestenivåene. Fagmiljøet ved St. Olavs Hospital ønsker å etablere en poliklinikk på Røros sykehus drevet av en sykepleier med spesialkunnskap om diabetes og fedmebehandling og med faglig forankring til fagmiljøene ved St. Olav Hospital, Trondheim. En slik poliklinikk vil finansiere en slik stilling. *Det anbefales at planlegging og gjennomføring av et tilbud innen diabetes / fedme tas opp som sak i samarbeidsutvalget.*

4 Organisering av samarbeidet om spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen

I styresakene 34/13 i St. Olavs Hospital HF og sak 074-2013 i styret for Sykehuset Innlandet HF ble det vedtatt at det skal innledes forhandlinger om hvordan samarbeidet mellom St. Olavs Hospital HF og Sykehuset Innlandet HF kan formaliseres.

Å utvikle et samarbeid tar tid og vil være en kontinuerlig prosess.
Forhandlingsutvalget har diskutert muligheten for å opprette samarbeidsorgan på to nivå:

A Et fast samarbeidsutvalg for spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen på HF-nivå.
Samarbeidsutvalgets oppgaver vil i hovedsak være knyttet til å planlegge og videreutvikle tilbudet i tråd med intensjonene om å skape en spesialisthelsetjeneste som er robust og bærekraftig på lang sikt. Samarbeidsutvalget vil være overordnet i forhold til samarbeidsorganet på driftsnivå.

B Samarbeidsutvalg på driftsnivå.
Oppgavene til samarbeidsutvalget på driftsnivå vil i hovedsak være knyttet til gjennomføring av vedtak fra samarbeidsutvalget på HF -nivå.

Forhandlingsutvalget anbefaler at samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet og St. Olavs hospital formaliseres ved at det opprettes samarbeidsutvalg på HF nivå og på driftsnivå. Direktørene i foretakene oppnevner utvalgene og gir dem mandat.

DRØFTING

Å sikre gode spesialisthelsetjenester til 24000 innbyggere i Fjellregionen med lang avstand til andre spesialisthelsetjenester er en stor utfordring både med hensyn til fornuftig ressursutnytting, rekruttering av fagfolk og geografiske avstander.
På grunn av lavt befolkningsgrunnlag har vi for noen fag etablert poliklinikktilbud med lav frekvens, for eksempel en dag pr. måned. Poliklinikktilbud med så lav frekvens fører lett til fristbrudd fordi pasienter må vente til vi har nok henviste pasienter til en poliklinikkdag. En samordning av spesialisthelsetjenestene i Fjellregionen og et samarbeid med kommunen kan gi et bedre fremtidig tilbud til pasienter i Fjellregionen. Et samarbeid på tvers av HF- og RHF-grenser vil gi økt befolkningsgrunnlag. Dette gjør det mulig å øke antall poliklinikkdager og dermed legge til rette for flere og bedre spesialisthelsetjenester i Fjellregionen.
Administrerende direktør er enig i forhandlingsutvalgets vurderinger og anbefalinger innenfor områdene psykisk helsevern, voksenhabilitering, tverrfaglig spesialisert

rusbehandling, kriterier for håndtering av akutte somatiske sykdommer, elektive somatiske sykdommer og samarbeid med kommunehelsetjenesten i fjellregionen.

Administrerende Direktør foreslår at DPS-tilbudet for pasienter fra Røros og Holtålen overføres til DPS på Tynset. Ordningen betyr økt tilgjengelighet og kortere reisetid for pasienten som får behandling i DPS døgnbehandling. Dette letter også den polikliniske og ambulante oppfølgingen av slike pasienter. En ordning med at pasienter fra Holtålen og Røros skal benytte DPS på Tynset forutsetter imidlertid at DPS Tynset har godkjenning for bruk av tvang slik DPS Orkdal har. Om ikke dette er etablert vil pasienter som trenger slik behandling få et mer oppstykket og dårligere tilbud enn i dag. Direktøren foreslår derfor at DPS Tynset skal være godkjent for tvang før ordningen iverksettes, jf innstillingens punkt 1. Administrerende direktør er opptatt av at ansatte som blir berørt av den foreslåtte omstillingen innen psykisk helsevern blir ivaretatt på en god måte. Tiltaket vil derfor ikke bli iverksatt før det er gjennomført en prosess i henhold til gjeldende prosedyre for omstilling (ID:31456).
Et lokalsykehus med akuttfunksjon skal kunne håndtere/vurdere minimum de hyppigste innleggelsesdiagnosene. De politiske føringer i Samhandlingsreformen sier at pasienter skal behandles på lavest effektive omsorgsnivå, og få behandling på lokalsykehus for de tilstander som kan og bør behandles der.
Kvaliteten på akuttilbudet vil forbedres med en tydeliggjøring og avklaring av hvilke diagnoser / pasientgrupper som med fordel kan behandles på SI Tynset og hvilke diagnoser / pasientgrupper som bør få sitt tilbud henholdsvis ved St. Olavs Hospital og i Sykehuset Innlandets øvrige divisjoner. Administrerende direktør anbefaler derfor at seleksjonskriteriene som er utarbeidet for akutt medisinsk behandling legges til grunn når det det gjelder akuttilbudet for befolkningen i Fjellregionen.

Samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenenesten er nevnt under punktene som beskriver slagbehandling, geriatri og etterbehandlingssenger. Det vil være et potensiale for å utvikle bedre helsetilbud også på andre områder med et tettere samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Region Jämtland Härjedalen
Göran Hallman

2017-11-17 Dnr: RS/2485/2017

Vedtak:

1. Styret ber administrerende direktør fortsette dialogen med Sykehuset Innlandet om faglig innhold i et eventuelt DPS-tilbud på Tynset for befolkningen i Fjellregionen.
2. Styret anbefaler at seleksjonskriteriene som er utarbeidet for akutt medisinsk behandling legges til grunn når det det gjelder øyeblikkelig hjelp-tilbudet for befolkningen i Fjellregionen.
3. Styret ber administrerende direktør om å fortsette dialogen om videreutvikling av elektive somatiske spesialisthelsetjenester i Fjellregionen som beskrevet i saken.
4. Styret ber om at det opprettes et fast samarbeidsutvalg for spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen på HF-nivå og et samarbeidsutvalg på driftsnivå slik det er beskrevet i saksutredningen. Administrerende direktører ved Sykehuset Innlandet og ved St. Olavs Hospital gir utvalgene mandat og oppnevner medlemmer.

Arbe

18

Svar på initiativärende från Elin Lemon (C) om uteblivet ramavtal för köp av inhyrd personal

RS/2476/2017

2017-12-05

Ekonomi- och personalavdelningen
Lena Larsson
Tfn: 063-14 77 28
E-post: lena.larsson@regionjh.se

RS/2476/2017

Svar på initiativärende från Elin Lemon (C) om uteblivet ramavtal för köp av inhyrd personal

Ärendebeskrivning

Bakgrund

Region Jämtland Härjedalen, Västerbottens läns landsting, Region Norrbotten samt Landstinget Västernorrland samarbetar kring gemensamma upphandlingar. Uppdraget att samarbeta gällande upphandlingen av inhyrd vård har beslutats av region-/landstingsdirektör i respektive län.

I juni 2015 skickade Region Jämtland Härjedalen en fullmakt till Västerbottens läns landsting för genomförande av upphandling gällande bemanningstjänster. Regionstyrelsen i Västerbottens läns landsting stoppade arbetet med upphandlingen i april 2016 med anledning av att underlaget behövde utvecklas. Arbetet återupptogs i september och annonserades därefter. Upphandlingen avbröts igen under oktober, då det hade inkommit många frågor från leverantörerna. Det höga antalet frågor och dess svar gjorde att förfrågningsunderlaget behövde förändras i så stor utsträckning att det bedömdes utgöra ett helt nytt underlag. Kommunikation gällande upphandlingen hänvisades till landstingsdirektören i Västerbotten och fördes mellan landstings-/regiondirektörerna i respektive län.

En ny annonsering genomfördes i december 2016. Därefter har arbetet pågått fram till juni 2017 då tilldelningsbeslutet tillkännagavs och upphandlingen överprövades till Förvaltningsrätten i Umeå. Efter Förvaltningsrättens dom till vår fördel har ett par leverantörer valt att överklaga Förvaltningsrättens beslut till Kammarrätten.

En bild över handläggningens process av upphandlingen bifogas.

2017-10-30 inkom ett ärende från Konkurrensverket, RS/2402/2017, med frågor kring upphandlingen av bemanningstjänster. Frågorna ställdes till samtliga fyra län och har besvarats av respektive upphandlande myndighet. I regionens svar till Konkurrensverket har en ingående beskrivning av processen kring upphandlingen och regionens direktupphandling lämnats. Svaret skickades till Konkurrensverket 2017-11-13.

Hantering under pågående upphandlingsprocess

Region Jämtland Härjedalen har sedan 2012 en avropsfunktion för bemanningstjänster som hanterar regionens avrop utifrån verksamheternas behov.

Under 2012 genomfördes en gemensam upphandling av bemanningstjänster tillsammans med Region Norrbotten, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen (dåvarande landstinget). Västerbotten var även då ansvarigt landsting. Upphandlingen resulterade i det ramavtal vars avtalstid löpte ut 2016-12-31.

Region Jämtland Härjedalen har genomfört direktupphandling och ingått avtal om läkartjänster till följd av att den nya annonserade upphandlingen inte gått att slutföra.

I november 2016 skickades en offertförfrågan till 73 leverantörer gällande avrop av bemanningstjänster avseende läkare och till 40 leverantörer avseende sköterskor.

Avtal har tecknats för varje avrop som genomförts under året. I dagsläget 906 stycken.

Processen dokumenteras och diarieförs.

Direktupphandling har skett med utgångspunkt från de grundläggande principerna i LOU och har inte utformats i syfte att begränsa konkurrensen.

Regionen har en god överblick över priser och kvalitet och har under året utdömt vite för bristande kvalitet och bristande tillgänglighet utifrån avtalsvillkoren.

Region Jämtland Härjedalen är skyldig enligt hälso- och sjukvårdslagen att erbjuda adekvat vård för boende i länet. Regionen har haft behov av att köpa in sjukvårdspersonal för att tillgodose innevånarnas behov även under det pågående arbetet med norra regionens gemensamma upphandling.

Regiondirektörens förslag

Initiativärendet anses besvarat.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Lena Larsson
Upphandlingschef

Utdrag till

Upphandlingschef

Upphandling av bemanningstjänster

CENTERPARTIET

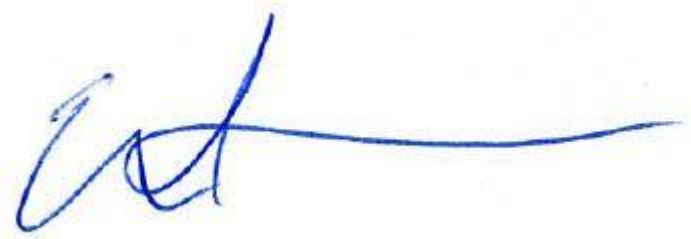
INITIATIVÄRENDE

Under regionfullmäktige ställde undertecknad frågan till regionstyrelsens ordförande om den upphandling som pågått utan ramavtal för inhyrd sjukvårdspersonal som genererade enligt uppgift en kostnad på 100 miljoner kronor.

I svaret framkom att informationen om upphandling utan ramavtal inte kommit högsta politiska ledning till del. Det bekymrar mig att ett ramavtal för en av våra absolut högsta utgifter saknas och att politisk ledning inte informerats.

Med anledning av det framkomna föreslår jag;
Regionstyrelsen ska få en djupgående information och möjlighet till kommunikation i frågan om uteblivet ramavtal för köp av inhyrd personal.

Östersund 8 november 2017



Elin Lemon (C)
Regionstyrelsens 2:e vice ordförande

19

Svar på revisorernas granskning av den interna kontrollen

RS/2218/2017

2017-11-13

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

RS/2218/2017

Svar på revisorernas granskning av den interna kontrollen

Ärendebeskrivning

Regionens revisorer har på uppdrag av regionens förtroendevalda revisorer under granskat regionstyrelsens arbete med den interna kontrollen. Granskningen har syftat till att ta reda på om den interna kontrollen är tillfredsställande och om den är organiserad på ett tillfredsställande sätt. Granskningen har visat att regionstyrelsen för närvarande inte har en helt tillfredsställande internkontroll.

Regionstyrelsen instämmer i de punkter som granskningen uppmärksammat. Med anledning av detta kommer regionstyrelsen att ytterligare förstärka sitt arbete med den interna kontrollen genom att:

- Genomföra riktade utbildnings- och informationsinsatser till chefer inom regionstaben och förvaltningarna.
- Tydliggör kopplingen mellan riskanalys och regionstyrelsens mål.
- Inkludera hälso- och sjukvårdsförvaltningen i riskinventering och riskanalys.
- Skapa bättre kontrollåtgärder för att inte felaktiga delegationsbeslut fattas.

Ett förslag till svar på granskningen har upprättats inom sekretariatet.

Regiondirektörens förslag

Upprättat förslag till svar på granskning av den interna kontrollen antas.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen
Revisionsdirektör

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

2017-10-25

RS/2218/2017

Svar på revisorernas granskning av den interna kontrollen

Regionens revisorer har på uppdrag av regionens förtroendevalda revisorer under granskat regionstyrelsens arbete med den interna kontrollen. Granskningen har syftat till att ta reda på om den interna kontrollen är tillfredsställande och om den är organiserad på ett tillfredsställande sätt. Granskningen har visat att regionstyrelsen för närvarande inte har en helt tillfredsställande internkontroll.

Regionstyrelsen instämmer i de punkter som granskningen uppmärksammat. Med anledning av detta kommer regionstyrelsen att ytterligare förstärka sitt arbete med den interna kontrollen, bland annat genom att:

- Genomföra riktade utbildnings- och informationsinsatser om internkontroll till chefer inom regionstaben och förvaltningarna.
- Tydliggör kopplingen mellan riskanalys och regionstyrelsens mål.
- Inkludera hälso- och sjukvårdsförvaltningen i riskinventering och riskanalys.
- Skapa bättre förutsättningar för att förhindra att felaktiga delegationsbeslut fattas.

Nedan följer regionstyrelsens svar på de utvecklingsområden som revisorerna pekat ut.

Det bör tydligt framgå av riskinventering och riskanalysen hur dessa kopplas till de mål regionstyrelsen har att förhålla sig till. Regionstyrelsen har inte inkluderat hälso- och sjukvårdsförvaltningen i riskanalysen.

Det är ett långsiktigt mål att kunna inkludera samtliga verksamheter i riskinventering och riskanalys. Arbetet med att förbättra internkontrollarbetet pågår alltjämt och under 2018 är målet att dels kunna inkludera hälso- och sjukvårdsförvaltningen fullt ut i riskanalysen och dels kunna inkludera internkontrollplanen i regionstyrelsens verksamhetsplan för att skapa en mer naturlig koppling till styrelsens mål och uppföljning. Med anledning av detta och för att underlätta framtagandet av planen kommer internkontrollreglementet att revideras i syfte att bli tydligare med hur arbetet ska organiseras. I internkontrollplanen för 2018 har hälso- och sjukvårdsförvaltningen två riskområden inkluderade.

Vi anser att Regionstyrelsen bör överväga en översyn av IT-stödet då det framkommer synpunkter om att det borde vara enklare att följa upp verksamhetens resultat. Ett väl fungerande IT-stöd för resultatuppföljning har betydelse för en tillfredsställande internkontrollmiljö.

Idén på ett införande av IT-stöd har funnits inom regionstaben en längre tid och staben har fått några system förevisade. Idag finns flera aktörer på marknaden som kan erbjuda ett

stöd för både verksamhetsplanering, uppföljning och internkontroll. Det är dock kostsamt och kräver avsättande av både tid och personella resurser. Arbetet med internkontroll har ännu inte implementerats fullt ut inom förvaltningarna och reglementet revideras löpande för att skapa en effektiv och givande kontrollmiljö. För Region Jämtland Härjedalens del handlar det i första hand om att skapa ett fungerande arbetssätt innan man satsar på ett införande av ett dedikerat IT-stöd.

Områdescheferna uppger att de saknar tillräckligt med tid för att ägna sig åt internkontrollarbetet. Det framkommer också ett behov av utbildningsinsatser.

Utbildning i framtagande av internkontrollplaner har tidigare år hållits för regionstabens ledningsgrupp. Internkontrollarbetet har också koncentrerats kring regionstaben, främst på grund av att de personella resurserna inte finns för att implementera arbetssättet fullt ut i verksamheterna. Det finns, som nämnts, en vilja att förbättra arbetet med internkontroll och även inkludera hälso- och sjukvårdsförvaltningen ytterligare. Ny kompetens har tillförts internkontrollarbetet inom ekonomisidan och det nuvarande arbetssättet kommer att stramas upp ytterligare under 2018. Målet är att kunna erhålla en internkontrollplan inom hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan för 2019. Således kommer det att under 2018 ske riktade utbildnings/informationsinsatser till områdeschefer inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Vi anser att det finns fortsatta brister i internkontrollen avseende beslut som fattas utan stöd i delegationsbestämmelserna. När det gäller denna brist bör regionstyrelsen omedelbart vidta åtgärder för att förhindra upprepningar.

Regionstyrelsen är medvetna om att det finns brister i verksamheternas kunskap gällande hantering av delegationsbeslut. En sådan punkt har därför funnits i internkontrollplanen i några år och styrelsen följer uppmärksamt området.
Samordningskansliet har under 2017 fått i uppdrag att revidera delegationsbestämmelserna, vilket har genomförts - regionstyrelsen har vid sammanträdet i oktober 2017 beslutat om reviderade delegationsbestämmelser för regionstyrelsen. Under oktober månad har regionstabens ledningsgrupp och hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp fått information/utbildning i delegationsbeslut/bestämmelser för att säkra att samtliga har kunskap om tillämpning av delegationsbeslut. Sekretariatet har regelbundna utbildningar inom ärendehantering och delegationsbestämmelser för nya medarbetare inom regionstaben samt nya chefer inom båda förvaltningarna. Från och med i år har ytterligare fokus lagts på avsnittet om delegationsbestämmelser och delegationsbeslut. Sekretariatet har för avsikt att fortsätta dessa utbildningsinsatser. Parallellt med detta pågår ytterligare en översyn av de regionstyrelsens delegationsbestämmelser samt delegationsbestämmelser för regiondirektören med målet att kunna sammanföra dessa dokument för att göra lättare för delegater att fatta beslut med hjälp av dokumentet.

Vi anser att regionstyrelsen bör säkerställa att en utvärdering och återrapportering av arbetet med den interna kontrollen till regionfullmäktige i slutet av året genomförs. För 2016 genomfördes ingen sådan rapportering.

Regionstyrelsen fick under novembersammanträdet 2017 en uppföljning av årets internkontrollplan. Vid styrelsesammanträdet i januari 2018 kommer en utvärdering av årets internkontrollarbete att tas upp. Detta ärende kommer därefter att skickas till regionfullmäktige i form av ett informationsärende.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson
Regiondirektör

Regionens revisorer

2017-10-09

Dnr: Rev/15/2017

Certifierad revisor Jan-Olov Undvall
Tfn: 063-147524

Regionstyrelsen

Granskning av den interna kontrollen

Regionens revisionskontor har på uppdrag av regionens förtroendevalda revisorer genomfört en granskning av den interna kontrollen inom Regionstyrelsen.

Granskningen har syftat till att ta reda på om den interna kontrollen är tillfredsställande och om den är organiserad på ett tillfredsställande sätt.

Vi ser positivt på att det finns ett internkontrollreglemente som reglerar hur internkontrollarbetet ska bedrivas. Förvaltningen har även tillförts ny kompetens inom området som ger ökade förutsättningar för förbättringar. Det finns också överlag en vilja till att genomföra förbättringar inom området. Regionstyrelsen har för 2017 tagit fram en internkontrollplan som också har följts upp.

Då internkontrollarbetet kan betraktas som en kedja som inte är starkare än sin svagaste länk[1] innebär det att de delar som inte fungerar tillfredsställande sätter nivån för bedömningen av den interna kontrollen. Detta innebär att vår samlade bedömning är att Regionstyrelsen för närvarande inte har en helt tillfredställande internkontroll.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad revisionsrapport.

Nedan följer några av de brister och rekommendationer som beskrivs i rapporten:

- Det bör tydligare framgå av riskinventering och riskanalysen hur dessa kopplas till de mål Regionstyrelsen har att förhålla sig till. Regionstyrelsen har inte inkluderat hälso- och sjukvårdsförvaltningen i riskanalysen.
- Vi anser att Regionstyrelsen bör överväga en översyn av IT- stödet då det framkommer synpunkter om att det borde vara enklare att följa upp verksamhetens resultat. Ett väl fungerande IT- stöd för resultatuppföljning har betydelse för en tillfredsställande internkontrollmiljö.
- Områdescheferna uppger att de saknar tillräckligt med tid för ägna sig åt internkontrollarbetet. Det framkommer också ett behov av utbildningsinsatser.
- Vi anser att det finns fortsatta brister i internkontrollen avseende beslut som fattas utan stöd i delegationsbestämmelserna. När det gäller denna brist bör Regionstyrelsen omedelbart vidta åtgärder för att förhindra upprepningar.
- Vi anser att regionstyrelsen bör säkerställa att en utvärdering och återrapportering av arbetet med den interna kontrollen till Regionfullmäktige i slutet av året genomförs. För 2016 genomfördes ingen sådan återrapportering.

[1] Intern styrning och kontroll – både lönsamt och säkert, Torbjörn Wiklander

Vi emotser senast den 1:a februari 2018 redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Region Jämtland-Härjedalens revisorer

Annelie Bengtsson
Ordförande

Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

Bilaga
Revisionsrapport "Granskning av den interna kontrollen" Rev/15/2017.

Kopia till

Regiondirektören

Förvaltningschef för hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Chefen för regionstaben

Ekonomidirektören

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

REVISIONSRAPPORT

GRANSKNING AV den interna kontrollen 2017

Jan-Olov Undvall

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING 3
2 INLEDNING/BAKGRUND 4
SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING 4
REVISIONSKRITERIER 5
METOD 5
3 RESULTAT 6
3.1 Riskinventering 7
3.2 Risk- och konsekvensanalys 8
3.3 Internkontrollplan och kontrollåtgärder 11
3.4 Uppföljning och återrapportering av den interna kontrollen 12
3.5 Kontrollmiljö, tid och kompetenser 13
3.6 Attestförteckning och beslutsattestanter 14
3.7 Åtgärder avseende delegationsbeslut 15
4 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA 17
5 KVALITETSSÄKRING 18
6 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE 18
7 LITTERATURFÖRTECKNING 19

1 SAMMANFATTNING

Regionens revisionskontor har på uppdrag av regionens förtroendevalda revisorer genomfört en granskning av den interna kontrollen inom Regionstyrelsen och den Regionala utvecklingsnämnden.

Granskningen har syftat till att ta reda på om den interna kontrollen är tillfredsställande och om den är organiserad på ett tillfredsställande sätt.

Vi ser positivt på att det finns ett internkontrollreglemente som reglerar hur internkontrollarbetet ska bedrivas. Förvaltningen har tillförts ny kompetens inom området som ger ökade förutsättningar till förbättringar. Det finns också överlag en vilja att genomföra förbättringar inom området. Både Regionstyrelsen och Regionala utvecklingsnämnden har för 2017 tagit fram internkontrollplaner som också har följts upp.

Då internkontrollarbetet kan betraktas som en kedja som inte är starkare än sin svagaste länk[1] innebär det att de delar som inte fungerar tillfredsställande sätter nivån för bedömningen av den interna kontrollen. Detta innebär att vår samlade bedömning är att varken Regionstyrelsen eller den Regionala utvecklingsnämnden för närvarande har en helt tillfredställande internkontroll.

Nedan följer några av de brister och rekommendationer som framkommer i rapporten:

- Det bör tydligare framgå av riskinventering och riskanalysen hur dessa kopplas till de mål Regionstyrelsen och Regionala utvecklingsnämnden har att förhålla sig till. Regionstyrelsen har inte inkluderat hälso- och sjukvårdsförvaltningen i riskanalysen.
- Regionala utvecklingsnämnden bör bli mer konkret i sin beskrivning av risk och kontrollåtgärder. Vi anser att de är för oprecisa, vilket medför svårigheter att kunna följa upp och utvärdera dessa.
- Vi anser att Regionala utvecklingsnämnden har allt för många otydliga mål för att kunna ha en god internkontrollmiljö. Vi konstaterar dock att ett arbete med att fram färre och tydligare mål har påbörjats.
- Vi anser att Regionstyrelsen bör överväga en översyn av IT- stödet då det framkommer synpunkter om att det borde vara enklare att följa upp verksamhetens resultat. Ett väl fungerande IT- stöd har betydelse för en tillfredsställande internkontrollmiljö.
- Områdescheferna uppger också att de saknar tillräckligt med tid för ägna sig åt internkontrollarbetet. Det framkommer också ett behov av utbildningsinsatser. En tredjedel av områdes- och avdelningscheferna uppger att det till liten del finns utrymme att framföra synpunkter som kan uppfattas som kritik mot förvaltning- eller regionledning.
- Vi anser att det finns fortsatta brister i internkontrollen avseende beslut som fattas utan stöd i delegationsbestämmelserna. När det gäller denna brist bör Regionstyrelsen omedelbart vidta åtgärder för att förhindra upprepningar.
- Vi anser att regionstyrelsen bör säkerställa så att en utvärdering och återrapportering av arbetet med den interna kontrollen till Regionfullmäktige genomförs i slutet av året. För 2016 genomfördes ingen sådan återrapportering.

[1] Intern styrning och kontroll – både lönsamt och säkert, Torbjörn Wiklander

2 INLEDNING/BAKGRUND

Regionens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en granskning av den interna kontrollen.

Enligt kommunallagens 6 kap 7 § är en nämnd ansvarig för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt, samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. En nämnd är också ansvarig för att den interna kontrollen är tillräckligt effektiv och tillfredsställande.

Tidigare granskningar av den interna kontrollen har visat på brister. Granskningen av styrelsens internkontrollplan från 2015 visade på otydlighet avseende vilka de bakomliggande orsakerna var till riskerna i internkontrollplanen. Det framkom också oklarheter avseende ansvarsfördelningen för återrapporteringen.

Den grundläggande granskningar av styrelsen och nämnder för verksamhetsåret 2016 visade även på brister i uppföljningen av den interna kontrollen och brister i återrapportering av den interna kontrollen till regionfullmäktige. I granskningen framkom också att delegationsbeslut fattats utan stöd i delegationsbestämmelser, samt brister i anmälan av delegationsbeslut.

Brister i den interna kontrollen ökar risken för att fullmäktiges mål inte uppnås, ökad risk för en ineffektiv organisation, samt en ökad risk för oegentligheter.

SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningen syftar till att ta reda på om regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden har en tillfredsställande intern kontroll av verksamheten, samt att kontrollen är organiserad på ett ändamålsenligt sätt.

Revisionsfrågor

Granskningen har följande revisionsfrågor:

- Sker en tillfredsställande riskinventering?
- Sker en tillfredsställande risk- och konsekvensanalys samt efterföljande riskvärdering?
- Upprättas en internkontrollplan med kontrollåtgärder med tydlig koppling till riskvärderingen?
- Genomförs kontrollåtgärder utifrån planen?
    - Vidtas tillfredsställande åtgärder när det gäller identifierade brister avseende delegationsbeslut?
- Sker en tillfredsställande uppföljning av den interna kontrollen?
- Görs uppföljning av om kontrollåtgärderna varit tillräckligt effektiva?
- Sker en tillfredsställande återrapportering av interna kontrollen till styrelse och fullmäktige?
- Finns tillfredsställande förutsättningar för en god kontrollmiljö?
- Finns tillfredsställande förutsättningar i form av tid, kompetenser etc. för att systematiskt utveckla den interna kontrollen?
- Har styrelsen/reg. utvecklingsnämnden beslutat om attestförteckning och/eller delegerat beslutanderätten om att utse beslutsattestanter?

Avgränsning

Granskningen avgränsas till regionstyrelsen och den regionala utvecklingsnämndens arbete med den interna kontrollen på övergripande nivå.

REVISIONSKRITERIER

Uppfylls kraven på:

- Kommunallagen
- Internkontrollreglementet
- Attest- och utbetalningsreglemente
- Reglemente för regionstyrelse
- Reglemente för regionala utvecklingsnämnden
- Delegationsbestämmelser

METOD

Granskningen har utförts genom dokumentstudier, intervjuer och tre enkätundersökningar.

Följande personer har intervjuats:

- Ordförande för Regionstyrelsen.
- Ordförande för Regionala utvecklingsnämnden.
- T.f regiondirektör
- Förvaltningschef för regionala utvecklingsförvaltningen
- Förvaltningschef för hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- Regionstabschef
- F.d. ekonomidirektör
- Ekonom på ekonomienheten
- Handläggare på samordningskansliet
- Controller för regionala utvecklingsförvaltningen

Tre enkätundersökning har genomförts. Målgrupper för dess enkätundersökningar har varit ordinarie ledamöter i Regionstyrelsen, Regionala utvecklingsnämnden samt alla områdes- och avdelningschefer. Svarsfrekvensen på enkätundersökningarna var för Regionstyrelsen 70 %, Regionala utvecklingsnämnden 62 % och för områdes- och avdelningschefer 100 %.

Substansgranskning har gjorts för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

3 RESULTAT

Kommunallagen

Enligt kommentarer till lagen måste den interna kontrollen utformas utifrån en helhetssyn på den kommunala verksamheten med beaktande av risk- och väsentlighetsaspekten. Syftet med den interna kontrollen ska vara att den bidrar till att bl.a. uppnå fullmäktiges mål och att verksamheten bedrivs effektivt och säkert (1).

I övrigt ger inte kommunallagen eller kommentarerna till lagen närmare vägledning för hur den interna kontrollen skall genomföras. För att ge styrelse och nämnder vägledning för hur internkontrollarbetet ska bedrivas kan fullmäktige besluta om ett reglemente för den interna kontrollen.

Internkontroll reglemente

Efter rekommendationer 2013 från dåvarande landstingsrevisionerna om att ett reglemente för den interna kontrollen med tillämpningsanvisningar borde tas fram (2) beslutade landstingsfullmäktige 2013 om ett reglemente för intern kontroll. Reglementet har därefter reviderats. Den senaste gången var 2016 (3).

Reglementet beskriver vad intern kontroll är, samt hur den interna kontrollen ska tillämpas i Region Jämtland Härjedalen. Internkontrollreglementet utgår från COSO[2] ramverk för arbetet med den interna kontrollen och framhåller betydelsen av att intern kontroll ska syfta till att ge en rimlig försäkran om att verksamhetens mål uppfylls.

COSO

COSO är ett ramverk med några grundläggande principer för hur arbetet med den interna kontrollen ska bedrivas. Dessa grundläggande principer är att den interna kontrollen ska utgå från organisationens mål, det ska finnas en fungerande kontrollmiljö, riskbedömning ska göras för att identifiera de väsentligaste riskerna för att målen inte uppfylls. Vidare skall det utifrån riskanalysen tas fram kontrollaktiviteter som är fokuserade på att minska risken för att inte nå målen och det skall också finnas en övervakning av att kontrollaktiviteterna fungerar som planerat (4).

I COSO framhålls betydelsen av att verksamhetens mål är väl preciserade för att kunna göra en bra riskvärdering. En god styr- och kontrollmiljö framhålls som den mest betydelsefulla komponenten i ramverket och det poängteras att en kontroll är meningslös om det inte finns en styr- och kontrollmiljö som kan ta emot och hantera resultatet. Ledningens styrsignaler och agerande har stor betydelse för den interna kontrollen (4).

Reglemente för regionstyrelsen

Enligt reglementet för Regionstyrelsen ansvarar styrelsen för den interna kontrollen i egenskap som hälso- och sjukvårds nämnd. Därutöver ansvarar styrelsen för den interna kontrollen avseende stöd och servicefunktioner inom regionen, t.ex. ärendehantering, ekonomifunktionen, informationssäkerhet, IT etc. Regionstyrelsen ska också följa övriga nämnders internkontrollarbete (5).

[2] The Committee of the Sponsring Organizations of the Treadway Commission.

3.1 Riskinventering

Enligt reglementet för internkontroll ska styrelsen och nämnderna utifrån sitt samlade uppdrag identifiera och hantera de väsentligaste riskerna som skulle förhindra att målen uppnås, att oegentligheter sker samt stärka organisationens varumärke (6).

Regionala utvecklingsnämnden

Enligt förvaltningschefen för Regional utveckling är det områdescheferna som gör riskinventeringen inom sina respektive områden. En sammanställning av dessa riksinventeringar sker på förvaltningens ledningsgruppsmöten, enligt förvaltningschefen. Av protokoll/minnesanteckningar från ledningsgruppsmöten framgår att en riskinventering skett.

Nämndens ledamöter deltar inte direkt i riskinventeringen, men ges möjlighet att komma med förslag på risker, enligt förvaltningschefen. Nämnden får en presentation över de riskområden som förvaltningen tagit fram. Förvaltningschefen uppger att han ställer frågan till nämnden om de anser att det är rätt risker som finns med i förslaget, eller om andra risker ska tas med.

Av internkontrollplanen framgår inte hur riskinventeringen kopplats till verksamhetens mål, risken för oegentligheter eller att stärka organisationens varumärke (7). Flera riskområden i planen är i stället sammankopplade med fortsatt finansiering från externa finansiärer t.ex. EU finansiering.

Regionstyrelsen

I regionstaben finns en utsedd handläggare med ansvar för ärenden som handlar om internkontroll. Enligt denna handläggare brukar samtliga avdelningschefer inom regionstaben genomföra en riskinventering inom sina respektive enheter. Inför framtagandet av 2017 års internkontrollplan var det dock enbart ekonomi- och personalavdelningen och samordningskansliet som genomförde några riksinventeringar. Bakgrund till detta hör samman med brister i återredovisningen av internkontrollarbetet under hösten 2016. Flera avdelningschefer redovisade då inte vilket arbete som utförts kopplat till internkontrollplanen. Utifrån detta faktum fattades beslut att frångå den normala rutinen och enbart fokusera på de avdelningar som inkommit med en redovisning inför 2017 års internkontrollplan.

Enligt handläggaren planerades i samband med beslutet ovan att en omstart av internkontrollarbetet skulle ske inför 2018 års internkontrollplan.

Riskinventering inom hälso- sjukvårdsförvaltningen saknar koppling till styrelsens internkontrollplan

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören har inte hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp genomfört någon riskinventering med koppling till regionstyrelsens internkontrollplan. Däremot sker en form av riskinventering i samband med planeringsdagarna i september då målen från regionplanen ska brytas ner i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan. Denna riskinventering har dock inte haft fokus på att identifiera risker kopplade till att uppnå verksamhetens mål.

Hälso- och sjukvårdsdirektören poängterar att det också sker en riskinventering i samband med att hon ger områdescheferna i uppdrag att identifiera risker kopplade till områ-

desövergripande processer. Dessa risker ligger till grund för olika uppdrag som skall återredovisas till ledningsgruppen. Dessa uppdrag finns inte diarieförda eller registrerade, men vi har fått tagit del av några av dessa[3].

Utifrån enkätsvaret från områdescheferna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomförs riskanalyser inom områdena. Dessa riskanalyser har dock framförallt fokus på arbetsmiljöarbetet.

Flera av de intervjuade har idéer på hur hälso- och sjukvårdsförvaltningen i högre grad ska inkluderas i internkontrollarbetet. En sådan idé är att i samband med planeringsdagarna under hösten också inrymma en riskinventering med koppling till verksamhetens mål.

Bedömning

Regionala utvecklingsnämnden

- Vår bedömning är att riskinventeringen inom den regionala utvecklingsförvaltningen är delvis tillfredsställande. Riskinventering görs av respektive områdeschef och på så sätt fångas verksamhetens samlade uppdrag in i riskinventeringen utifrån ett underifrånperspektiv. Dock saknas en redogörelse av hur riskinventeringen kopplas till de mål som nämnden har att förhålla sig till. Vi anser att ett allt för stort fokus har lagts på externa risker som ligger utanför nämndens möjlighet till påverkan i stället för inre processer med större möjlighet till påverkan.

- Vi rekommenderar nämnden att öka fokus i riskinventeringen på inre processer som är möjliga att påverka, t.ex. processer kopplat till måluppfyllelse, effektivitet och säkerhet.

Regionstyrelsen

- Vi anser inte att regionstyrelsen genomfört en tillfredsställande riskinventering inför 2017 års internkontrollplan då stora delar av verksamheten inte inkluderats i riskinventeringen.

- Vi rekommenderar regionstyrelsen att även inkludera hälso- och sjukvårdsförvaltningens olika verksamhetsområden i riskinventering för att fånga in verksamhetens samlade uppdrag utifrån ett underifrånperspektiv.

3.2 Risk- och konsekvensanalys

Enligt reglementet för intern kontroll skall regionstyrelsen och övriga nämnder göra en risk- och konsekvensanalys utifrån den riskinventering som genomförts (6).

Enligt tillämpningsanvisningarna i interkontrollreglementet ska en riskkarta användas som ett underlag för en riskvärdering. Ett risktal ska räknas fram. Styrelse och nämnd ska därefter besluta om vilka risker som ska accepteras, begränsas eller elimineras (8).

3 Uppdrag: Förvaltning av NEWS, rutiner och arbetssätt för vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Regionala utvecklingsnämnden

Enligt förvaltningschefen och controllern för Regional utveckling är det områdescheferna som genomför risk- och konsekvensanalysen, vilket också framgår av enkätundersökningen.

Enligt förvaltningschefen för Regional utveckling sker en övergripande riskanalys också i ledningsgruppen där det sker en prioritering av de risker som områdescheferna tagit fram. Detta innebär, enligt honom, att vissa risker inte tagits med i internkontrollplanen då dessa risker inte prioriterats.

Den dokumentation av riskanalysen som vi kunnat ta del av, är den som finns i nämndens internkontrollplan. Någon dokumentation över den övergripande riskanalysen har vi emellertid inte kunnat se. I riskanalysen framgår inte vilka mål som påverkas ifall riskerna faller ut.

Enligt controllern för Regional utveckling används riskkartan för att värdera riskerna. De risktal som återfinns i internkontrollplanen varierar mellan 4 och 16 där 16 indikerar på störst risk i kombination med den största konsekvensen.

Nämnden medverkar inte i riskanalysen, men får tillfälle att ta del av ett utkast av riskanalysen innan den fastställs i internkontrollplanen.

Regionstyrelsen

Enligt den handläggare på regionstaben som bereder internkontrollärenden genomförs risk- och konsekvensanalys och efterföljande riskvärdering av avdelningscheferna inom den regionstaben. Riskkartan används vid riskvärderingen.

Då det inför 2017 års internkontrollplan enbart var avdelningscheferna för ekonomi- och samordningskansliet som genomförde någon riskinventering, var det enbart dessa som också genomförde någon riskanalys.

Regionens ledningsgrupp genomför ingen övergripande riskanalys. Den riskvärdering som avdelningscheferna gjorde inför 2017 års internkontrollplan låg fast och ändrades inte av regionledningen, enligt handläggaren. Regionledningen kan dock ändra/komma med synpunkter om de anser det vara nödvändigt, enligt handläggaren.

Den riskanalys vi tagit del av är den som finns i internkontrollplanen (9). Enligt denna når samtliga risker ett risktal på 32 poäng. Detta trots att max talet är 16 poäng enligt riskartan.

Det framgår inte av riskanalysen vilka konsekvenserna blir för verksamhetens måluppfyllnad ifall risken faller ut. Chefen för regionstaben kommenterar detta med att fokus för riskanalysen har varit risker förbundna med "kamerala" processer dvs. ekonomisk intern kontroll. Med detta menar regionstabschefen att den "kamerala" internkontrollen måste alltid finnas med, men att riskanalysen bör utvidgas till ett bredare område.

Ingen riskanalys utifrån internkontrollreglementet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Någon riskanalys utifrån internkontrollsreglementet har inte genomförts inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, enligt hälso-och sjukvårdsdirektören. Däremot formuleras aktivi-

teter i verksamhetsplanen utifrån områden som behöver förbättras, vilka kan vara förknippade med risker. Ett exempel på en sådan aktivitet i verksamhetsplanen är den att minska risken för våld i nära relationer.

Hälso- och sjukvårdsdirektören påpekar att en rutin för hur riskanalys ska genomföras inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, utifrån internkontrollreglementet, behöver tas fram. Hon poängterar dock att en sådan rutin bör integreras med övrig verksamhetsplanering för att undvika dubbla planeringsprocesser.

Tanken på att integrera risk- och konsekvensanalysen med övriga planeringsprocesser framförs av flera av de intervjuade. Risk- och konsekvensanalysen skulle kunna genomföras samtidigt som verksamhetsplanerna tas fram vid planeringsdagarna i september.

Olika former av riskanalyser

Utifrån enkätresultatet sker det olika former av riskanalyser inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Dessa riskanalyser sker framförallt utifrån regelverket kring arbetsmiljöarbete och patientsäkerhetsarbete. Det sker också riskanalyser kopplade till internrevisionen, ledningens genomgång och IT- säkerhet, enligt den tillförordnade regiondirektören.

Det finns en administrativ rutin framtagen för krisberedskap, säkerhet och miljö (10). I denna rutin finns en något mer utförlig beskrivning av hur riskanalys ska göras jämfört med den tillämpningsanvisning som finns i internkontrollreglementet.

Enligt den tillförordnande regiondirektören har de risker som kopplats till styrelsens internkontrollplan i huvudsak varit sådana risker som inte fångats upp i andra kontrollsystem och inte risker utifrån verksamhetens samlade uppdrag.

Bedömning

Regionala utvecklingsnämnden

- Vår bedömning är att den risk- och konsekvensanalys som regionala utvecklingsnämnden genomför är delvis tillfredsställande. Riskkartan har använts i enlighet med reglementet och ett risktal har räknas fram. Dock är det svårt att se hur riskerna kopplas till verksamhetens mål.

- Vi rekommenderar nämnden att tydligare beskriva vad som är risken och vilka konsekvenserna blir för måluppfyllelsen om risken faller ut.

Regionstyrelsen

- Då riskanalysen enbart bygger på identifierade risker från en mycket begränsad del av regionstyrelsens samlade uppdrag kan den inte anses som tillfredsställande. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen avspeglas överhuvudtaget inte i riskanalysen. Det framgår inte av riskanalysen hur den kopplats till målen.

- Vi rekommenderar regionstyrelsen att inkludera hälso- sjukvårdsförvaltningen i sin riskanalys. Vi rekommenderar regionstyrelsen att tydligare beskriva och dokumentera hur risk- och konsekvens analysen kopplas verksamhetens mål och uppdrag, samt vilka konsekvenserna blir om risken faller ut. Vi rekommenderar styrelsen att utveckla tillämpningsanvisningen för hur riskanalysen ska genomföras.

3.3 Internkontrollplan och kontrollåtgärder

Enligt internkontrollreglementet ska regionstyrelsen och nämnderna årligen besluta om en plan för intern kontroll. Av planen skall framgå vad som ska granskas under året. För varje kontrollåtgärd ska en ansvarig tjänsteman utses (6).

Regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden fastställde årets internkontrollplan i april. I internkontrollplanen finns kontrollåtgärder med koppling till en risk. För genomförandet av kontrollåtgärder har nämnden uppgetts som ansvarig. Det finns dock en tjänstemannaversion av internkontrollplanenen där en tjänsteman är uppsatt som ansvarig. Dock är denna version inte diarieförd och politiskt behandlad.

Planen avser ett år, men för vissa risker finns kontrollåtgärder som sträcker sig flera år framåt och som förmodligen kommer att återkomma i senare planer.

Flera kontrollåtgärder är väldigt oprecisa i sin utformning. *"Att medvetengöra beslutsfattare"* är ett exempel på en kontrollåtgärd som inte har preciserats.

Regionstyrelsen

Regionstyrelsen beslutade i mars om en internkontrollplan för 2017 (9). Internkontrollplanen för 2017 omfattar hälften så många risker och kontrollåtgärder jämfört med föregående år, fem åtgärder i internkontrollplanen för 2017 (11) jämfört med 10 åtgärder 2016.

Det finns en koppling mellan kontrollåtgärder och en beskriven risk i planen. Det saknas dock en beskrivning av hur risken kopplas till de mål styrelsen har att förhålla sig till. För varje kontrollåtgärd finns det en ansvarig tjänsteman utsedd.

Bedömning

Regionala utvecklingsnämnden

- Vi anser att regionala utvecklingsnämnden har en delvis tillfredsställande internkontrollplan. Det finns en koppling mellan risk och kontrollåtgärd. Dock anser vi att kontrollåtgärderna är alltför oprecisa, vilket medför problem när åtgärderna ska följas upp och utvärderas. Vi anser också att planen beslutades allt för sent in på året.

- Vi rekommenderar regionala utvecklingsnämnden att tydligare konkretisera kontrollåtgärder och tydligare beskriva hur åtgärderna kopplas till målen.

Regionstyrelsen

- Vi anser att utformningen av regionstyrelsens internkontrollplan i stort sett är tillfredsställande. Det finns en koppling mellan risk, konsekvens och åtgärd. Det finns tydliga aktiviteter beskrivna kopplade till kontrollåtgärd och ansvarig tjänsteman finns utsedd. Dock borde det framgå tydligare i planen hur kontrollåtgärderna kopplas till de mål som gäller för regionstyrelsen.

3.4 Uppföljning och återrapportering av den interna kontrollen

Verksamheten ska två gånger per år redovisa utfört arbete för styrelsen eller nämnd. Redovisningen av internkontrollplanen ska ske i form av ett eget ärende och innehålla förslag till beslut. Uppföljningen bör visa om de utförda åtgärderna resulterade i det som avsågs (6).

Regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden följde upp sin internkontrollplan i juni som ett eget ärende (12). För stora delar av uppföljningen saknas en redovisning av vilka riskförebyggande åtgärder som genomförts och om dessa gett avsett resultat. Regionala utvecklingsnämndens uppföljning av internkontrollplanen föranledde inte något beslut.

Regionstyrelsen

Regionstyrelsen följde upp sin internkontrollplan i slutet av maj 2017 som ett eget ärende (13). I uppföljningen redovisas vilka aktiviteter som genomförts och vilka aktiviteter som planeras att genomföras. I uppföljningen redovisas det resultat åtgärderna medfört. Enligt uppgift och enligt protokollet fattade styrelsen beslut om åtgärder. Dock framgår det inte av protokollet vilka åtgärder regionstyrelsen beslutade om.

Regionstyrelsen ska årligen utvärdera regionens samlade system för intern kontroll och rapportera detta till regionfullmäktige (6). Det gjordes dock ingen återrapportering av den interna kontrollen till regionfullmäktige hösten 2016. Skälet till att det inte gjordes någon återrapportering var att internkontrollplanen inte följdes upp under hösten 2016 och berörda tjänstemän gjorde bedömning att det inte fanns så mycket att rapportera vidare till fullmäktige. På frågan om inte bristande uppföljning var information som borde ha lämnats till fullmäktige, svarar de berörda att denna information borde ha förts vidare.

Bedömning

Regionala utvecklingsnämnden

- Vi anser att den regionala utvecklingsnämndens uppföljning av internkontrollplanen är delvis tillfredsställande. Uppföljningen är genomförd som ett eget ärende och en redovisning sker per respektive åtgärd. Dock anser vi inte att syftet med uppföljning uppnåtts, nämligen att kunna utvärdera om åtgärderna resulterat i det som avsågs. Ett stort problem för uppföljningen är att det saknas konkreta aktiviteter att följa upp mot.
- Vi rekommenderar Regionala utvecklingsnämnden att bli mer konkret i utformningen av kontrollåtgärderna i internkontrollplanen. Detta är en förutsättning för att kunna utvärdera åtgärderna.

Regionstyrelsen

- Vi anser att Regionstyrelsens uppföljning av internkontrollplanen för 2017 är tillfredsställande. Uppföljningen har genomförts som ett eget ärende, det finns en uppföljning per åtgärd och en redovisning har gjorts av vilket resultat som uppnåtts. Dock anser vi det bör framgå i styrelsens protokoll vilka åtgärder som styrelsen beslutat om med anledning av uppföljningen.
- Vi anser inte att Regionstyrelsens utvärdering av regionens samlade system för den interna kontrollen och vidare återrapportering till Regionfullmäktige varit tillfredsställande.

3.5 Kontrollmiljö, tid och kompetenser

Enligt internkontrollreglementet förutsätter en god internkontroll att det finns en bra internkontrollmiljö. En internkontrollmiljö innebär bl.a. att personalen har god kompetens och att målen för organisationen är tydliga. Man betonar också i reglementet att tonen/kulturen i organisationen är viktig så den stimulerar till ett kontrollmedvetande hos personalen (6).

Regionala utvecklingsnämnden

Enligt förvaltningschefen och controllern inom Regionala utveckling behövs rent generellt mer utbildning om vad intern kontroll innebär. Sådan utbildning bör också vara återkommande.

När det gäller att målen ska vara tydliga, anser både förvaltningschefen och controllern att många mål är för otydliga, men också att målen är för många. Ett arbete för att se över målen ska enligt förvaltningschefen påbörjas. Det saknas också administrativt IT- stöd för uppföljning av målen, enligt controllern. IT framhålls rent generellt som ett förbättringsområde, enligt förvaltningschefen.

De rapporteringsrutiner som berörda departement har utfärdat uppges vara tillfredsställande. Det finns särskilda rapporteringsmallar till näringsdepartement, folkbildningsråd, kulturråd. Rapporteringsrutiner gentemot näringsdepartementet håller dock på att ses över. All återrapportering till de olika departementen går via regionala utvecklingsnämnden, enligt förvaltningschefen.

Uppföljningen av projektverksamheten och projektstöd behöver utvecklas, enligt förvaltningschefen och controllern.

På frågan om det finns en kultur som stimulerar till ett kontrollmedvetande, svarar de intervjuade att det finns en tillåtande kultur att kunna prata om fel och brister. Dock framkommer en viss tveksamhet avseende detta utifrån enkätsvaren från områdescheferna.

Regionstyrelsen

När det gäller personalens kompetens, anser flera av de intervjuade att det behövs mer utbildning om vad intern kontroll är. Dock upplever flertalet av områdeschefer att de har tillräcklig kunskap om intern kontroll, enligt enkätundersökningen, och i stället lyfter dessa fram tidsbrist som det stora problemet.

Flera intervjuade anser att det finns ett tillräckligt kompetensstöd för internkontrollarbetet då en ekonom med kunskaper inom internkontroll anställts inom ekonomienheten. Det finns planer på att denna ekonom tillsammans med den som handlägger internkontrollärenden tillsammans ska utgöra ett team för metodstöd för organisationens internkontrollarbete.

När det gäller att målen ska vara tydliga, anser de intervjuade att genom de aktiva målen som styrelsen beslutat om, har målen blivit tydligare. Därutöver finns styrelsens framgångsfaktorer fortfarande kvar. Chefen för regionstaben upplever att det är svårt att hinna med att följa upp alla mål och framgångsfaktorer.

IT- systemen nämns som ett förbättringsområde av flera intervjuade som framhåller att uppföljning och kontroll skulle underlättas om det blev enklare att ta ut färdiga rapporter.

Ett fungerande IT- system för uppföljning av verksamhetens resultat har betydelse för internkontrollmiljön (4).

De intervjuade anser överlag att det finns en tillåtande miljö att prata om fel och brister i verksamheten. Utifrån enkätundersökningen har en tredjedel av områdes- och avdelningschefer svarat att det till liten del finns utrymme att framföra synpunkter som kan uppfattas som kritik mot förvaltning eller regionledningen.

Den tidigare ekonomidirektören uppger att det tar tid att tillskapa en kultur där det är tillåtet och uppmuntras att ta upp fel och brister. Han menar vidare att förvaltningen i stort har en bit kvar avseende detta. Dock nämner han de ackrediterade verksamheterna som t.ex. laboratoriemedicin som en föregångare avseende detta. Inom dessa verksamheter har man under många år arbetat med förbättra kvalitén vilket förutsätter en tillåtande kultur att ta upp fel och brister i verksamheten.

Bedömning

Regionala utvecklingsnämnden

- Vi anser att den regionala utvecklingsnämnden har en tillfredsställande internkontrollmiljö för de delar av verksamheten där återrapporteringen framförallt styrs av berörda departement. För övrig verksamhet anser vi att det finns alltför många otydliga mål för att kunna ha en god internkontrollmiljö. Det verkar också saknas tid i tillräcklig omfattning att ägna sig åt internkontrollarbetet.

- Vi rekommenderar regionala utvecklingsnämnden att fortsätta det påbörjade arbetet med att ensa- och konkretisera de mål som styr verksamheten.

Regionstyrelsen

- Vi anser att regionstyrelsen till vissa delar har en tillfredsställande internkontrollmiljö. Vi anser att de aktiva målen som styrelsen har fattat beslut om är bra ur ett internkontrollmiljöperspektiv. Dock är det fortfarande allt för många otydliga mål. Det finns indikationer på svårigheter att framföra synpunkter som kan uppfattas som kritik till förvaltningsledningen. Det verkar också saknas tid i tillräcklig omfattning för att ägna sig åt internkontrollarbetet.

- Vi rekommenderar regionstyrelsen att fortsätta arbetet med att göra målen mer konkreta och tydliga samt att minska ner antalet mål. Vidare rekommenderar vi att regionstyrelsen bör överväga att utreda behovet om förbättrat IT- stöd så att det blir enklare att få ut färdiga rapporter. Återkommande utbildningsinsatser om vad internkontroll innebär bör genomföras.

3.6 Attestförteckning och beslutsattestanter

Enligt attest- och utbetalningsreglementet är attest ett sammanfattande begrepp för ett antal olika kontrollåtgärder avseende ekonomiska transaktioner. Av reglementet framgår att de kontroller som ska göras i samband med attest är en del i arbetet med den interna kontrollen (14).

Under början av 2017 beslutade regionstyrelsen om ett nytt attest- och utbetalningsreglemente (15). Det tidigare reglementet var från 2003 och behövde uppdateras till dagens verksamhet (16). Dåvarande ekonomidirektören ansåg och hade även uppfattat att det var regionfullmäktige som hade fastställt det nya reglementet.

Enligt attest- och utbetalningsreglementet ska styrelsen och respektive nämnd utse attestanter samt ersättare för dessa. Styrelse och nämnd får också delegera rätten att utse beslutsattestanter. Uppgifter om attestanter och ersättare ska sammanställas i en attestantförteckning (14).

Enligt dåvarande ekonomidirektör ska det tas fram en rutin som ska utgöra ett styrdokument mellan attestreglementet och attestförteckning. Denna rutin ska styrelsen besluta om under hösten 2017. Något sådant beslut har vid tidpunkten för rapportskrivandet styrelsen inte fattat.

Regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden har inte fattat något beslut om att utse beslutsattestanter eller delegerat beslutsrätten till förvaltningschefen. En revidering av delegationsbestämmelserna pågår dock.

Regionstyrelsen

Enligt den tidigare ekonomidirektören har regionstyrelsen beslutat om attestanter och även delegerat rätten om att utse beslutsattestanter. Både förvaltningschef och områdeschef har rätt att utse beslutsattestanter, enligt honom. Vi har noterat att i regionstyrelsens handlingar inför sitt sammanträde den 4:e oktober finns ett förslag till attestantförteckning med. I de reviderade delegationsbestämmelser som styrelsen också ska besluta om vid sitt sammanträde den 4:e oktober kommer regiondirektören att få delegation på att besluta om attestanter. I förslag kommer regiondirektören att få vidaredelegera denna beslutande rätt. (17).

Bedömning

- I internkontrollreglementet framgår tydligt att rätten att utse beslutsattestanter ligger hos styrelse och nämnd. Vi har noterat att regionstyrelsen har fattat beslut om attestanter. Något liknande beslut av den regionala utvecklingsnämnden har vi dock ännu inte tagit del av.
- Vi anser att ett attest- och internkontrollreglemente som reglerar regionstyrelsen och nämndernas uppgifter ska fastställas av regionfullmäktige.

3.7 Åtgärder avseende delegationsbeslut

Enligt kommunallagen (6 kap 33 §) får en nämnd delegera rätten att fatta beslut på nämndens vägnar till ett utskott, ledamot eller en anställd. Dock finns det vissa kategorier av beslut som inte får delegeras. Det är beslutsärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet (6 kap 34 §).

Förvaltningschefen har rätt att vidaredelegera beslutsrätten till annan anställd. Nämnden skall dock godkänna vidaredelegering, samt få vetskap om vem som har fått beslutanderätten (6 kap 37 §).

Regionala utvecklingsnämnden

I den grundläggande granskning av regionala utvecklingsnämnden för 2016 framkom brister när det gällde att anmäla beslut som vidaredelegerats om företagsstöd (18).

De brister som framkom vid granskningen har enligt förvaltningschefen åtgärdats. Delegationsbeslut ingår numera i samma process som all annan ärendehantering. Sekreteraren ansvarar för att lista besluten och informera nämnden i den återkommande punkten, "Anmälan om delegationsbeslut" (19).

Enligt förvaltningschefen för Regional utveckling pågår ett arbete med att se över delegationsbestämmelserna.

Regionstyrelsen

I den grundläggande granskningen av regionstyrelsen 2016 kunde vi konstatera att delegationsbeslut fattats utan stöd i regionstyrelsens delegationsbestämmelser. Dessa beslut avser förändringar av förvaltningsorganisationen (20).

Av reglementet för regionstyrelsen framgår att styrelsen har rätt att besluta om den egna förvaltningsorganisationen inom de riktlinjer som fullmäktige fastställt[4] (5). Någon delegering av denna beslutsrätt har inte regionstyrelsen gjort till regiondirektören (21).

Vi kan konstatera att även under 2017 har beslut fattats utan stöd i delegationsbestämmelserna när det gäller förändringen av styrelsens förvaltningsorganisation. Ett av dessa beslut avser delningen av ett område inom specialistsjukvården (22).

De intervjuade verkar dock inte vara medvetna om att de beslut som fattats m.a.a. förändringar av förvaltningsorganisationen inte har stöd i delegationsbestämmelserna. Den tillförordnade regiondirektören hade utgått från att besluten var korrekt fattade.

Att felaktiga beslut fattas är något som regionstyrelsen själv har iakttagit och delegationsbeslut finns med som en punkt i internkontrollplanen (9). I den uppföljning av internkontrollplanen som gjordes i slutet av maj framkom att en förbättring skett sedan föregående kontroll 2016 avseende delegat- beslutanderätt (13).

Enligt den tillförordnade regiondirektören hör de iakttagelser som ligger till grund för punkten i internkontrollplanen framförallt samman med brister i dokumentationen och rapporteringen av delegationsbeslut.

Regionstyrelsen har reviderat sina delegationsbestämmelser för både styrelse (21) och regiondirektör (23). Revideringen har inte föranlett någon förändring när det gäller beslut om förändringar av styrelsens förvaltningsorganisation (24).

Bedömning

Regionala utvecklingsförvaltningen

- Vi bedömer att de brister som hör samman med återredovisning av delegationsbeslut har rättats till.

Regionstyrelsen

- Vi bedömer att regionstyrelsen inte vidtagit tillräckliga kontrollåtgärder utifrån de identifierade bristerna avseende felaktigt fattade delegationsbeslut. De kontrollåtgärder som finns i internkontrollplanen har inte fångat upp brister avseende beslut om förändringar av styrelsens förvaltningsorganisation, då beslut utan delegation

[4] 2011 beslutade dåvarande landstingsfullmäktige att landstingsstyrelsen skulle få utforma sin verksamhet utifrån några fastställda riktlinjer .. bl.a. organisationen skall präglas av enkelhet och tydlighet, främja mål- och resultatuppfyllelse och en effektiv resursanvändning. Tidigare hade beslutsrätt om förvaltningsorganisationen legat på fullmäktige utifrån beslutet från 2004 om inriktningsdokumntet att skifta perspektiv utifrån dåvarande Karolinautredningen, se fullmäktiges protokoll från 2004-06-16 – 17 § 133.

fattats även under 2017. Regionstyrelsen bör omedelbart vidta åtgärder för att komma tillrätta med dessa brister.

4 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA

Revisionsfråga	Regionstyrelsen	Regionala utvecklingsnämnden
Sker en tillfredsställande riskinventering?	Nej	Delvis
Sker en tillfredsställande risk- och konsekvensanalys samt efterföljande riskvärdering?	Nej	Delvis
Upprättas en internkontrollplan med kontrollåtgärder med tydlig koppling till riskvärderingen?	Ja	Delvis
Vidtas tillfredsställande åtgärder när det gäller identifierade brister avseende delegationsbeslut?	Nej	Ja
Sker en tillfredsställande uppföljning av den interna kontrollen?	Ja	Delvis
Görs uppföljning av om kontrollåtgärderna varit tillräckligt effektiva?	Delvis	Nej
Sker en tillfredsställande återrapportering av interna kontrollen till styrelse och fullmäktige?	Nej	Delvis
Finns tillfredsställande förutsättningar för en god kontrollmiljö?	Delvis	Delvis
Finns tillfredsställande förutsättningar i form av tid, kompetenser etc. för att systematiskt utveckla den interna kontrollen?	Delvis	Delvis
Har styrelsen/reg. utvecklingsnämnden beslutat om attestförteckning och/eller delegerat beslutanderätten om att utse beslutsattestanter?	Ja	Nej

5 KVALITETSSÄKRING

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

6 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare:

Jan-Olov Undvall
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Kvalitetssäkring:

Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

7 LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Helena Dalman, Helena Linde, Magnus Ljung m.fl.** *Kommunallagen - Med kommentarer och praxis femte upplagan 2011.* u.o. : SKL Kommentus Media AB, 2011. ISBN:978-91-7345-224-3.

2. **Jämtlands läns landsting.** Granskning av landstingsstyrelsens interna kontroll. 2013. Dnr:Rev/25/2012.

3. **Region Jämtland Härjedalen.** Regionfullmäktiges sammanträdesprotokoll 2016 § 61 (RS/1657/2015). 2016.

4. **Wikland, Torbjörn.** Intern styrning och kontroll - både lönsamt och säkert. Stockholm : FAR Akademi AB, 2014.

5. **Region Jämtland Härjedalen.** *Reglemente för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen 2015-2018.* 2015. Dnr:RS/1684/2015.

6. —. *Reglemente för intern kontroll vid Region Jämtland Härjedalen.* 2016. Dnr: RS/1657/2015.

7. —. *Regionala utvecklingsnämndens internkontrollplan 2017.* 2017. Dnr:RUN/144/2017.

8. —. *Riskkarta för riskvärdering.* 2015. RS/1657/2015.

9. —. *Regionstyrelsens plan för intern kontroll 2017.* 2017. Dnr:RS/1989/2016.

10. —. *Riskhantering inom Region Jämtland Härjedalen.* 2015. Reg. nr. i Centuri:22515-2.

11. —. *Regionstyrelsens internkontrollplan 2016.* Dnr:RS/1772/2015.

12. —. *Protokoll 2017 Regionala utvecklingsnämnden §108.* 2017. Dnr/RUN/309/2017.

13. **Region Jämtland Härjedalen .** Regionstyrelsen §115, Regionstyrelsens uppföljning 2017 av internkontroll . 2017. Dnr:RS/896/2017.

14. **Region Jämtland Härjedalen.** Attest- och utbetalningsreglemente. 2017. Dnr:RS/2167/2016.

15. —. *Regionstyrelsens protokoll 2017 §11 - Attest och utbetalningsreglemente (RS/2167/2016).*

16. —. Regionstyrelsens protokoll 2017 § 11 - Attest- och utbetalningsreglemente. 2017. Dnr:RS/2167/2016.

17. —. Tjänsteskrivelse - beslut om attestanter. Dnr:RS/1468/2017.

18. —. *Revisionsrapport - Granskning av Regionala utvecklingsnämden 2016.* 2017. Dnr:REV/9/2017.

19. —. *Svar på revisorernas frågor om regionala utvecklingsnämdens ärendehantering.* 2017. Dnr/RUN/394/2017.

20. —. *Grundläggande granskning av regionstyrelsen.* 2017. Dnr:Rev/4/2017.

21. —. *Delegationsbestämmelser för regionstyrelsen i region Jämtland Härjedalen.* Dnr:RS/1376/2017.

22. —. *Beslut om förändrad organisation inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.* 2017. Dnr:1379/2015.

23. **Delegationsbestämmelser för regiondirektören i Region Jämtland Härjedalen. 2017. Dnr:RS/1151/2017.**

24. Region Jämtland Härjedalen. Ändringar i delegationsbestämmelser för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen. Dnr:1376/2017.

25. KPMG. *Granskning av ledningssystemet inom Region Jämtland Härjedalen.* 2017. Dnr: RS/885/2017.

26. Region Jämtland Härjedalen. *Riskhantering inom Region Jämtland Härjedalen.* 2015. Reg. nr. Centuri: 22515-2.

27. —. Delegationsbestämmelser för utvecklingsnämnden version 3. 2016. Dnr:RUN/21/2016.

28. —. Revidering av delegationsbestämmelser. 2017. Dnr:Run/405/2017.

29. Reviderig av förvaltningchefens delegationsbestämmelser för regonala utveckling. 2017. Dnr:RUN/404/2017.

30. Region Jämtland Härjedalen. Reglemente för Regionala utvecklingsnämnden i Region Jämtland Härjedalen. 2015. Dnr:RS/1684/2015.

20

Svar på remiss En generell rätt till kommunal avtalssamverkan

RS/2294/2017

2017-12-01

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

RS/2294/2017

Svar på remiss En generell rätt till kommunal avtalssamverkan

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har av Finansdepartementet getts möjlighet att lämna synpunkter på remiss En generell rätt till kommunal avtalssamverkan. Utredningen har haft i uppdrag att utarbeta en strategi för att stärka kommunernas kapacitet att fullgöra sina uppgifter och hantera sina utmaningar. Utredningen har även haft i uppdrag att utreda förutsättningarna för att ge kommunerna generella möjligheter till avtalssamverkan. Utredningen har analyserat behovet av utökade möjligheter till kommunal avtalssamverkan utifrån särskilt tre perspektiv: betydelsen för demokratin, konkurrenspolitiska effekter samt förhållandet till upphandlingslagstiftningen.

Utredningen föreslår att det i kommunallagen införs en generell möjlighet till avtalssamverkan. Regeln innebär att en kommun eller ett landsting får träffa avtal om att dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller ett annat landsting. Genom ett sådant avtal får en kommun eller ett landsting utföra uppgifter åt en annan kommun eller landsting utan hinder av lokaliseringsprincipen.

Utredningen föreslår också att kommunstyrelsen ska utöva uppsikt över kommunens eller landstingets avtalssamverkan. Styrelsen ska enligt förslaget rapportera till fullmäktige vilken avtalssamverkan kommunen eller landstinget ingår i.

Samtliga lagändringar föreslås träda i kraft den 1 juli 2018.

Ett förslag till svar har upprättats inom Sekretariatet. Synpunkterna ska vara Finansdepartementet tillhanda senast 8 januari.

Regiondirektörens förslag

Upprättat förslag till svar på remiss En generell rätt till kommunal avtalssamverkan, daterad 2017-11-24, antas.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Svar skickas till Justitiedepartementet
Regionjurist

2017-11-24 RS/2294/2017

Helge Jonsson
Samordningskansliet
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@regionjh.se

Finansdepartementet

103 33 Stockholm
Fi.remissvar@regeringskansliet.se

Svar på remiss En generell rätt till kommunal avtalssamverkan, SOU 2017:77

Region Jämtland Härjedalen tillstyrker kommunutredningens förslag.

Utredningen belyser väl de möjligheter och problem som kommunal avtalssamverkan ger upphov till. De överväganden som utredningen gör kring demokratin, konkurrenspolitiska effekter och förhållande till upphandlingslagstiftningen är väl avvägda.

Ofta framställs kommunal avtalssamverkan som ett enkelt sätt att samverka mellan kommuner och landsting. Utredningen belyser på ett bra sätt de hinder som finns, framförallt inom upphandlingsreglerna, vilket gör att möjligheterna till avtalssamverkan blir begränsade. Det gäller framför allt inom de områden där de stora behoven av samverkan finns. Det är dock bra att de kommunalrättsliga hindren röjs undan.

Avtalssamverkan innebär att kommunerna eller landstingen genom avtal reglerar samverkan bland de uppgifter som ska utföras. Tvister om avtalen löses i de allmänna domstolarna eller i privata tvistefora (skiljedomstolar) om parterna kommer överens om det. Innebörden av detta är att ytterligare rättssystem blir involverade i tolkningen av lagstiftning som berör de avtalade uppgifterna.

Idag är det förvaltningsdomstolarna som prövar besluten både de som går som laglighetsprövning och de som går som förvaltningsprocess och så ska också fortsatt ske med utredningens förslag.

Men om kommunerna är oense om avtalsinnehållet är det de allmänna domstolarna som ska tolka avtalen. Det kan innebära att de allmänna domstolarna och förvaltningsdomstolarna kan komma till olika slut om samma förhållande. Det innebär också att de allmänna domstolarna avgör innehållet i uppgifter som omfattas av avtalen. Med dagens samverkanslösningar, kommunalförbund och gemensam nämnd, avgörs frågan av det politiska organet. Denna problematik är inte tillräcklig belyst i utredningen.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson
Regiondirektör

Regeringskansliet

Remiss

2017-10-17
Fi2017/03967/K

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2017 -10- 20

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

Finansdepartementet
Avdelningen för offentlig förvaltning,
Kommunenheten
Håkan Eriksson
08-405 2684

Betänkandet En generell rätt till kommunal avtalssamverkan (SOU 2017:77)

Remissinstanser

1 Riksdagens ombudsmän
2 Riksrevisionen
3 Svea hovrätt (Mark- och miljööverdomstolen)
4 Kammarrätten i Göteborg
5 Förvaltningsrätten i Stockholm
6 Förvaltningsrätten i Karlstad
7 Svenska institutet för europapolitiska studier
8 Justitiekanslern
9 Kommerskollegium
10 Folkhälsomyndigheten
11 Socialstyrelsen
12 Länsstyrelsen i Norrbottens län
13 Länsstyrelsen i Skåne län
14 Statskontoret
15 Upphandlingsmyndigheten
16 Inspektionen för vård och omsorg
17 Göteborgs universitet (Förvaltningshögskolan)
18 Linköpings universitet (Centrum för kommunpolitiska studier)
19 Uppsala universitet (Juridiska fakulteten)

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax:
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Jakobsgatan 24
E-post: fi.registrator@regeringskansliet.se

20 Boverket

21 Jordbruksverket

22 Konkurrensverket

23 Livsmedelsverket

24 Regelrådet

25 Tillväxtverket

26 Tillväxtanalys

27 Utredningen om samordning av särskilda persontransporter (N 2016:03)

28 Bodens kommun

29 Borlänge kommun

30 Borås kommun

31 Botkyrka kommun

32 Danderyds kommun

33 Eslövs kommun

34 Fagersta kommun

35 Gnosjö kommun

36 Gotlands kommun

37 Göteborgs kommun

38 Halmstads kommun

39 Jönköpings kommun

40 Karlstads kommun

41 Krokoms kommun

42 Köpings kommun

43 Lerums kommun

44 Malmö kommun

45 Munkfors kommun

46 Mönsterås kommun

47 Norrtälje kommun

48 Partille kommun

49 Skellefteå kommun

50 Svalövs kommun
51 Södertälje kommun
52 Söderköpings kommun
53 Töreboda kommun
54 Umeå kommun
55 Västerås kommun
56 Örebro kommun
57 Örnsköldsviks kommun
58 Överkalix kommun
59 Hallands läns landsting
60 Jämtlands läns landsting
61 Stockholms läns landsting
62 Östergötlands läns landsting
63 Almega
64 Fackförbundet Vision
65 Funktionsrätt Sverige
66 Företagarna
67 Landsorganisationen
68 Pensionärernas riksorganisation
69 SmåKom (De små kommunernas samverkan)
70 Svenska Teknik och Designföretagen
71 Svenskt Näringsliv
72 Sveriges akademikers centralorganisation
73 Sveriges Kommunaljuridiska Förening
74 Sveriges Kommuner och Landsting
75 Sveriges pensionärsförbund
76 Tjänstemännens centralorganisation

Remissvaren ska ha kommit in till Finansdepartementet **senast den 8 januari 2018**. Svaren bör lämnas per e-post (gärna i både Word- och pdf-

format) till fi.remissvar@regeringskansliet.se. Ange diarienummer Fi2017/03967/K och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

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 webbplats www.regeringen.se.

Magnus Bengtson
Expeditions- och rättschef

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

2017-10-27

RS/2294/2017

Sammanfattning av remiss En generell rätt till kommunal avtalssamverkan

Länk till hela remissen

Utredningen har i uppdrag att utarbeta en strategi för att stärka kommunernas kapacitet att fullgöra sina uppgifter och hantera sina utmaningar. Utredningen har även haft i uppdrag att utreda förutsättningarna för att ge kommunerna generella möjligheter till avtalssamverkan. Utredningen ska i denna del, med beaktande av behovet av att kunna överblicka kommunens eller landstingets organisation, utreda möjligheterna att utvidga och förenkla möjligheterna till avtalssamverkan. Utredningen ska härvid utreda förutsättningarna att införa bestämmelser om en generell rätt till avtalssamverkan respektive avtalssamverkan i ärenden som avser myndighetsutövning. Utredningen ska även lämna nödvändiga författningsförslag.

Nuvarande reglering
Utredningen konstaterar att den kommunala lokaliseringsprincipen inte innebär något absolut hinder mot kommunal avtalssamverkan. Samtidigt innebär lokaliseringsprincipen en tydlig rättslig begränsning. Om nyttan inte anses proportionerlig mot åtgärden är den inte rättsligt tillåten. Den rättsliga osäkerheten kring vilka åtgärder som är förenliga med lokaliseringsprincipen kan innebära att kommuner och landsting avstår från samverkan som skulle kunna bidra till en effektivare och kvalitativt bättre verksamhet. Därutöver finns det redan i dag uttryckliga undantag från lokaliseringsprincipen på en rad områden som möjliggör kommunal avtalssamverkan.

Det finns ett behov av kommunal avtalssamverkan
Utredningen konstaterar att det finns en utbredd efterfrågan av vidgade möjligheter till kommunal avtalssamverkan. Behovet är brett, men gäller framför allt möjligheten att utnyttja den kompetens som finns hos anställda i andra kommuner. Områden som lyfts fram är bl.a. specialisttjänster som innefattar myndighetsutövning, IT och digitalisering samt administration.

Kommuner och landsting kan i kommunalförbund och gemensamma nämnder samverka kring i princip alla kommunala uppgifter. Samtidigt finns problem med dessa samverkansformer. De innebär ofta att en relativt omfattande administrativ överbyggnad skapas för samverkan. Att inrätta en gemensam nämnd för att exempelvis hantera ett fåtal ärenden där det finns ett behov av samverkan med en grannkommun kan innebära att kostnaderna överstiger nyttan. Nuvarande möjligheter att samverka i kommunalförbund och gemensam nämnd bedöms därför inte som tillräckliga.

Utredningen konstaterar att samhällsutvecklingen och kommunernas framtida utmaningar kan vara svåra att förutse. Dessa utmaningar skiljer sig givetvis åt mellan kommuner men också mellan olika kommunala verksamheter. Kompetensfördelningen mellan stat, landsting och kommun är inte heller självklar och utvecklas i takt med samhällsutvecklingen i övrigt. Sammantaget talar övervägande skäl för att möjligheterna till avtalssamverkan vidgas, men också ges en generell utformning.

Utredningen konstaterar att kommuner och landsting även upplever ett behov av utökade möjligheter till samverkan med andra aktörer. Det kan t.ex. gälla staten, idéburen sektor eller näringslivet. Utredningen har emellertid tolkat sitt uppdrag som att det omfattar interkommunal avtalssamverkan, dvs. avtalssamverkan mellan kommuner, mellan landsting, och mellan kommuner och landsting. Behovet av samverkan även med andra samhällsaktörer kan emellertid i någon mening anses ingå i utredningens vidare uppdrag. Utredningen överväger mot denna bakgrund att i sitt fortsatta arbete uppmärksamma möjligheten till samverkan med andra samhällsaktörer för att stärka kommunernas kapacitet.

Överväganden kring kommunal avtalssamverkan
Utredningen har utifrån sina direktiv, tidigare utredningar samt forskningen analyserat behovet av utökade möjligheter till kommunal avtalssamverkan utifrån särskilt tre perspektiv: betydelsen för demokratin, konkurrenspolitiska effekter samt förhållandet till upphandlingslagstiftningen.

Betydelse för demokratin
Ökad avtalssamverkan kan ha negativa kommunaldemokratiska effekter. Bl.a. blir det svårare för en enskild att överblicka den kommunala verksamheten när mycket av verksamheten bedrivs i olika samverkansformer. Samtidigt har medborgarna berättigade förväntningar på att kommuner och landsting klarar av att leverera sina tjänster med hög kvalitet och så effektivt som möjligt. Risken ökar också för att kommunen eller landstinget inte lever upp till sina skyldigheter enligt olika speciallagar. Om en kommun saknar specialistkompetens kan enskilda medborgare bli lidande. Särskilt ur rättssäkerhetssynpunkt är det givetvis av vikt att kommunerna har tillgång till den kompetens som krävs för att hantera de många och komplicerade regelverk som i dag kringgärdar den kommunala verksamheten. Vidare kräver en fungerande lokal demokrati att kommuner och landsting verkligen har en organisatorisk handlingskraft att kunna genomföra demokratiskt fattade beslut. En avtalssamverkan som gör det möjligt att genomföra politiska beslut genom att exempelvis dela på relevant kompetens medför därför även demokratiska fördelar. Utredningen konstaterar emellertid redan nu att många av de invändningar som ibland reses ur ett demokratiperspektiv synes göra sig gällande med mindre kraft vad gäller just avtalssamverkan än vad gäller andra samverkansformer. Med andra ord framstår kommunal samverkan i just avtalsformen som ett sätt att begränsa de negativa följderna ur ett demokratiperspektiv som kan följa av olika former för kommunal samverkan. Utredningen anser mot denna bakgrund att de demokratiska nackdelarna inte utgör tillräckliga skäl för att inte införa en generell möjlighet till avtalssamverkan.

Konkurrenspolitiska effekter
Med anledning av utredningens förslag kan det tänkas uppstå situationer där kommuner och landsting uppträder som leverantörer av tjänster på områden där det även finns privata

leverantörer. Utredningen bedömer emellertid att sådana situationer med anledning av utredningens förslag inte kommer förekomma i någon större utsträckning och att riskerna för konkurrenssnedvridning i sådana situationer inte heller ska överskattas. Syftet med bestämmelsen är inte att kommuner och landsting ska kunna lämna anbud i andra kommuners och landstings upphandlingar. Däremot ska de kunna bistå varandra när marknaden inte fungerar eller inte existerar, vilket t.ex. gäller vid avtalssamverkan om uppgifter som innefattar myndighetsutövning. Mot denna bakgrund anser utredningen att det inte bör införas något generellt undantag från självkostnadsprincipen för sådana situationer.

Förhållandet till upphandlingslagstiftningen
Kommunal avtalssamverkan aktualiserar frågan om tillämpligheten av upphandlingslagstiftningen. Som huvudregel är kommuner och landsting skyldiga att konkurrensutsätta kontrakt när de avtalar om köp av varor och tjänster från varandra. Från denna regel finns flera undantag, varav det viktigaste är det s.k. Hamburgundantaget som innebär att samarbete mellan kommuner och landsting är möjligt vid tillhandahållandet av offentliga tjänster. Exakt vad som avses med begreppet offentlig tjänst är oklart och kan komma att klarläggas av såväl våra nationella domstolar som av EU-domstolen.

Det är därför vare sig möjligt eller lämpligt att i lag förtydliga det upphandlingsrättsliga utrymmet för kommunal avtalssamverkan. Utredningen föreslår inte heller några ändringar av upphandlingslagstiftningen. Detta medför att kommuner och landsting som överväger att ingå kommunala samverkansavtal med andra kommuner och landsting – liksom i dag – måste ta ställning till upphandlingslagstiftningens tillämplighet.

En generell rätt till kommunal avtalssamverkan
Utredningen föreslår att det i kommunallagen införs en generell möjlighet till avtalssamverkan. Regeln innebär att en kommun eller ett landsting får träffa avtal om att dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller ett annat landsting. Genom ett sådant avtal får en kommun eller ett landsting utföra uppgifter åt en annan kommun eller landsting utan hinder av lokaliseringsprincipen. Denna rätt innebär alltså ett generellt undantag från lokaliseringsprincipen för kommunala samverkansavtal. Några ändringar av övriga regler som styr de kommunala befogenheterna föreslås inte. Det som kommuner och landsting vill samverka kring måste därför även fortsättningsvis falla inom befogenheten för samtliga samverkande kommuner och landsting. Några ändringar av övriga regler som styr den kommunala befogenheten, inklusive självkostnadsprincipen, föreslås inte heller.

Samtliga lagändringar föreslås träda i kraft den 1 juli 2018.

En generell möjlighet till extern delegation
Kommuner och landsting får inom ramen för avtalssamverkan med stöd av den nya bestämmelsen överenskomma om att uppdra åt en anställd i den andra kommunen eller i det andra landstinget att besluta på kommunens eller landstingets vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden (s.k. extern delegation). Vid sådan delegering av ärenden gäller bestämmelserna i kommunallagen om vissa begränsningar av möjligheten att delegera ärenden till anställd, vidaredelegation, brukarmedverkan och anmälan av beslut. Även bestämmelserna om jäv i kommunallagen tillämpas på anställda som fattar beslut med stöd

av sådan delegation. Möjligheten att delegera beslutanderätt till anställda i andra kommuner likställs på detta vis med möjligheten att delegera beslutanderätt inom den egna kommunen. Detta innebär bl.a. att ärenden av principiell karaktär och av större vikt inte får delegeras till anställda i andra kommuner. På några områden finns därutöver vissa särskilda begränsningar av möjligheten att delegera beslutanderätt till anställda. Även sådana begränsningar gäller vid extern delegation av beslutanderätt på det aktuella området.

Alternativa överväganden
Utredningen har i enlighet med sina direktiv övervägt om möjligheten till avtalssamverkan ska begränsas till sådana ärenden som innefattar myndighetsutövning. Utredningen bedömer emellertid att en sådan begränsning inte skulle medför en tillräcklig utvidgning och förenkling. Bl.a. finns det ett behov av avtalssamverkan vad gäller bl.a. specialistkompetens som inte gäller områden som utgör myndighetsutövning. Dessutom skulle det uppkomma vissa gränsdragningsproblem, bl.a. vad gäller uppgifter som endast delvis innefattar myndighetsutövning.

Utredningen anser vidare att möjligheten till avtalssamverkan inte heller ska begränsas till samverkan kring sådana tjänster som är ett beteckna som offentliga tjänster enligt upphandlingslagstiftningen.

Utredningen anser också att utvidgningen av möjligheten till avtalssamverkan inte heller ska begränsas geografiskt, t.ex. till angränsande kommuner eller landsting eller till kommuner i samma län.

Inga regler om hur samverkansavtal ingås eller vad de ska innehålla
Utredningen har övervägt om det bör införas särskilda regler om hur kommunala samverkansavtal ingås och vad de bör innehålla. Utredningen bedömer emellertid att övervägande skäl talar för att några sådana regler inte behövs. Däremot konstaterar utredningen att kommunala samverkansavtal åtminstone bör innehålla villkor om avtalets parter, vilka uppgifter eller tjänster som avtalet omfattar, omfattning av eventuell delegering av beslutanderätt som grundas på avtalet liksom krav på anmälan av beslut, avtalstiden och former för förlängning av denna, former för eventuella samråd och information, ordning för uppföljning av samverkansavtalet, ordning för lösandet av tvister mellan parterna, ekonomiska villkor och former för redovisning m.m., samt villkoren för avtalets upphörande.

Regleringen i speciallagstiftning
Utredningens förslag till regel om en generell rätt till kommunal avtalssamverkan medför behov av följdändringar av en rad lagar om kommunala befogenheter och uppgifter. Dessa innebär att vissa befintliga bestämmelser om avtalssamverkan och extern delegation upphävs och ersätts av den nya regeln i kommunallagen.

I några fall har utredningen valt att låta befintliga regler i sådan speciallagstiftning kvarstå oförändrade. Detta gäller sådan speciallagstiftning där nuvarande samverkansbestämmelser har utformats utifrån särskilda överväganden. Detta kan t.ex. röra sig om samverkansbestämmelser som inte bara medför en rätt till samverkan utan föreskriver en skyldighet att samverka vid utförandet av vissa uppgifter. I andra fall rör det sig om områden där utrednings- och lagstiftningsarbete pågår eller där nuvarande bestämmelser

ger rätt till samverkan på ett sätt som utvidgar den kommunala kompetensen till att även omfatta andra uppgifter.

Förslaget innebär att befintliga regler om avtalssamverkan och delegation i socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter, miljöbalken, alkohollagen (2010:1622), tobakslagen (1993:581), lagen (2013:156) om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare, lagen (2006:805) om foder och animaliska produkter, lagen (2009:1424) om kontroll av skyddade beteckningar på jordbruksprodukter och livsmedel, plan- och bygglagen (2010:900), lagen (2010:1011) om brandfarliga och explosiva varor, lagen (2013:363) om kontroll av ekologisk produktion och lagen (2014:799) om sprängämnesprekursorer ska anpassas till den nya regleringen i kommunallagen.

Utredningen föreslår att nuvarande reglering av samverkansmöjligheterna inom hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), lagen (1987:24) om parkeringsövervakning, lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, lagen (2010:1065) om kollektivtrafik, bibliotekslagen (2013:801) och museilagen (2017:563) inte anpassas till nya regleringen i kommunallagen.

Utredningen föreslår inte heller någon ändring av nuvarande reglering i skollagen (2010:800). Slutligen föreslås att reglerna om vårdnadsutredningar i föräldrabalken lämnas oförändrade.

En förtydligad uppsiktsplikt och en ny rapporteringsskyldighet för styrelsen
Enligt nuvarande regler i kommunallagen ska styrelsen ha uppsikt över den verksamhet som kommunen eller landstinget bedriver. Denna uppsiktsplikt omfattar även gemensamma nämnder och kommunalförbund. Utredningen föreslår att denna uppsiktsplikt förtydligas på så sätt att kommunstyrelsen uttryckligen ska utöva uppsikt över kommunens eller landstingets avtalssamverkan. Vidare ska styrelsen enligt förslaget rapportera till fullmäktige vilken avtalssamverkan kommunen eller landstinget ingår i. Syftet är att återrapporteringen till fullmäktige ska bidra till en samlad överblick över den verksamhet som bedrivs i samverkan med andra aktörer. Utredningen föreslår inte några särskilda formkrav för denna återrapportering, utan innehållet i, och formerna för, återrapporteringen får fastställas av varje kommun och landsting.

Stöd kring avtalssamverkan
Utredningen konstaterar att det finns en rad undantag från upphandlingslagstiftningen som möjliggör kommunal avtalssamverkan, särskilt för olika tjänster. För att generellt höja kompetensen kring upphandlingslagstiftningens tillämplighet och andra frågor föreslår utredningen att regeringen ger Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting och andra relevanta aktörer, bistå med stöd till kommuner och landsting kring avtalssamverkan. Uppdraget bör vara tidsbegränsat och påbörjas när de nya reglerna om avtalssamverkan träder i kraft. Den närmare utformningen av insatserna inom ramen för detta uppdrag bör överlämnas till Upphandlingsmyndigheten.

Avtalssamverkan är inte ensamt en tillräcklig strategi
Utredningen ska under sitt fortsatta arbete identifiera vilka utmaningar som i särskilt stor utsträckning påverkar kommunerna. Utredningen ska vidare analysera deras konsekvenser för att kunna dra slutsatser om hur kommunernas strategiska kapacitet bör stärkas.

Utredningen ska särskilt beskriva hur strategier som utökad samverkan, kommunsammanläggning, förändringar av kommunernas uppgifter och asymmetrisk ansvarsfördelning kan användas för att stärka kommunernas kapacitet. Utredningen utgår ifrån att avtalssamverkan, och de förslag som utredningen nu för fram, inte ensamt är en tillräcklig strategi för att möta samhällsutvecklingen.

Konsekvensanalys
Utredningens samlade bedömning är att kommitténs förslag leder till positiva samhällsekonomiska effekter och skapar bättre förutsättningar för kommunerna att möta nuvarande och framtida utmaningar. Genom utökade rättsliga förutsättningar för kommunal avtalssamverkan ökar kommunernas möjligheter till kostnadsbesparingar och det leder till en högre effektivitet i den kommunala verksamheten utifrån den nuvarande kommunindelningen.

Det nya kravet på styrelsen att rapportera avtalssamverkan till fullmäktige innebär ett nytt åliggande. Omfattningen av arbetsinsatsen blir beroende på hur många avtal som ingås. Första gången avtalen ska sammanställas blir detta också en större uppgift medan rapporteringen därefter framför allt behöver beakta tillkommande avtal. Kostnaden för den kommunala sektorn är därför mycket begränsad.

Förslagen bör också leda till att en mer kostnadseffektiv verksamhet kan utvecklas och det blir lättare att behålla eller anställa personer med olika typer av specialistkompetens. Förslagen kan ha en viss påverkan på den privata marknaden. I vilken mån detta kommer ske beror på i vilken utsträckning kommuner och landsting väljer att använda den nya regleringen. Förslaget medför att den kommunala servicen gentemot företagen kan skötas effektivare och leder inte till några administrativa kostnader för företagen.

Utredningen bedömer att förslaget är fördelaktigt ur sysselsättningssynpunkt, inte minst i de delar av landet där kommunerna har ogynnsamma förutsättningar. Avtalssamverkan kan här innebära att olika typer av kommunal verksamhet kan bibehållas eller utvecklas genom att kostnaderna kan delas på flera kommuner.

21

Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-12-12

RS/3/2017

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2017-12-04

Sekretariatet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 76
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/3/2017

Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-12-12

Ärendebeskrivning

1. Protokoll: Utskottet för ekonomi 2017-11-13.

2. Protokollsutdrag § 60 Utskottet för ekonomi: Svar på uppdrag till regiondirektören om att undersöka hur Region Jämtland Härjedalen i större utsträckning kunna upphandla begagnade inventarier.

   Rapport: Svar på uppdrag till regiondirektören om hur Region Jämtland Härjedalen i större utsträckning kan upphandla begagnade inventarier.

3. Protokollsutdrag § 59 Vårdvalsnämnden: Rapport vårdvalsnämndens internkontrollplan 2017.

   Rapport: Vårdvalsnämndens interkontrollplan 2017.

4. Protokoll: Pensionärsrådet 2017-10-17.

5. Protokoll: Utskottet för infrastruktur 2017-10-20.

6. Protokoll: Vårdvalsnämnden 2017-11-16.

7. Cirkulär 17:57 från SKL Ny kommunallag

Regiondirektörens förslag

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

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

22

Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2017

RS/2/2017

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2017-12-04

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**

   Inga beslut att anmäla.

2. **Beslut fattade av ordförande/vice ordförande/ 2:e vice ordförande**

   Svar på remiss Konsultation i frågor som rör det samiska folket (RS/2074/2017).

3. **Beslut fattade av områdeschef**

   Löneöversyn 2017, område Kirurgi (RS/678/2017).

   Löneöversyn 2017, 2017-2018, område Barn och Unga vuxna (RS/204/2017).

   Löneöversyn 2017, område Barn- och ungdomsmedicin (RS/205/2017).

   Löneöversyn 2017, område Akutvård (RS/676/2017).

   Löneöversyn 2017, område Psykiatri (RS/206/2017).

4. **Beslut fattade av chefer**

   Anställningsbeslut för perioden 2017-10-27 – 2017-11-30 (RS/602/2017).

Regiondirektörens förslag

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

24

Rekommendation om att resultat från hälsoundersökningar av placerade barn och unga återkopplas till socialtjänsten kostnadsfritt

RS/2260/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
(Regionstyrelsen)

2017-12-04

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

RS/2260/2017

Rekommendation om att resultat från hälsoundersökningar av placerade barn och unga återkopplas till socialtjänsten kostnadsfritt

Ärendebeskrivning

Styrelsen för Sveriges kommuner och landsting har vid sammanträde i oktober 2017 beslutat rekommendera landsting/regioner att kostnadsfritt återkoppla medicinska bedömningar, från hälsoundersökningar av barn och unga när samhällsvård inleds, till socialtjänsten.

För att säkerställa att barn och unga personer som vårdas utanför hemmet får ta del av samma goda förebyggande hälsovård som andra barn har en ny bestämmelse införts i socialtjänstlagen. Den anger att socialnämnden ska underrätta landstinget om att ett barn eller ung person 18–20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, ska erbjudas en *hälsoundersökning*. Samtidigt infördes en ny lag som reglerar landstingets skyldighet att erbjuda hälsoundersökning av barn och unga vid placering, lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Landstingen tillförs enligt den kommunala finansieringsprincipen 10 miljoner årligen för att utföra hälsoundersökningarna, motsvarar ca 100-150 000 kronor för Region Jämtland Härjedalen. Lagändringarna bedömdes inte orsaka kommunerna extra kostnader.

För att de barn som vårdas utanför hemmet ska säkerställas samma goda vård som sina jämnåriga och för att socialtjänsten ska kunna uppfylla de lagkrav som ställs på dem behöver hälso- och sjukvården överföra resultaten från hälsoundersökningar till socialtjänsten. Landstingen föreslås göra detta kostnadsfritt.

För närvarande finns en länsövergripande överenskommelse om hälsoundersökning för placering i familjehem eller hem för vård och boende gällande från 1 december 2013. Den är just nu under revidering. Varken i nuvarande överenskommelse eller i samtal i anslutning till revideringen diskuteras de ersättningar som SKLs rekommendation avser, dvs Region Jämtland Härjedalen gör redan detta kostnadsfritt.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Region Jämtland Härjedalen antar SKLs rekommendation om att kostnadsfritt återkoppla medicinska bedömningar, från hälsoundersökningar av barn och unga när samhällsvård inleds, till socialtjänsten.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Planeringschef

Utdrag till

Chef område barn, unga vuxna
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Referensgruppen för avgiftsfrågor

Sveriges Kommuner och Landsting

MEDDELANDE FRÅN STYRELSEN NR 15/2017

Vårt ärendenr: 17/00003

2017-10-13

Kommunstyrelserna
Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

Rekommendation om att resultat från hälsoundersökningar av placerade barn och unga återkopplas till socialtjänsten kostnadsfritt

Ärendenr: 17/02846

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 13 oktober 2017 beslutat

att rekommendera landsting/regioner att kostnadsfritt återkoppla medicinska bedömningar, från hälsoundersökningar av barn och unga när samhällsvård inleds, till socialtjänsten, samt

att i en skrivelse informera landstingen, regionerna och kommunerna om rekommendationen

Bakgrund

Barn och unga personer 18-20 år som vårdas utanför hemmet har som grupp avsevärt mycket sämre hälsa än genomsnittet. Det gäller före placering men också under tiden i vård. Ohälsan gäller både fysisk och psykisk hälsa samt tandhälsa.

Många av dessa barn och unga personer har inte fått del av den basala hälsovård som är till för alla. Det beror bl.a. på uteblivna hälsokontroller, ofta med anledning av föräldrarnas omsorgsbrist.

För att säkerställa att barn och unga personer som vårdas utanför hemmet får ta del av samma goda förebyggande hälsovård som andra barn har en ny bestämmelse införts i socialtjänstlagen. Den anger att socialnämnden ska underrätta landstinget om att ett barn eller ung person 18–20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, ska erbjudas en *hälsoundersökning*. Samtidigt infördes en ny lag som reglerar landstingets skyldighet att erbjuda hälsoundersökning av barn och unga vid placering, lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Landstingen tillförs enligt den kommunala

Sveriges Kommuner och Landsting
Post: 118 82 Stockholm, *Besök*: Hornsgatan 20
Tfn: växel 08-452 70 00, *Fax*: 08-452 70 50
info@skl.se, *Org nr:* 222000-0315, www.skl.se

finansieringsprincipen 10 miljoner årligen för att utföra hälsoundersökningarna. Lagändringarna bedömdes inte orsaka kommunerna extra kostnader.

Många barn som placeras i samhällsvård har på grund av föräldrarnas bristande omsorgsförmåga fått ett sämre hälsoomhändertagande och behöver kompenserande åtgärder. För två år sedan fick därför socialtjänsten ett utökat ansvar för att placerade barn får den hälso- och sjukvård de behöver (6 kap. 7 § SoL). I betänkandet som föreslår hälsoundersökningar (SOU 2015:71) betonar man ytterligare socialtjänstens ansvar för barnens hälsa. ”När barn och unga placeras utanför det egna hemmet är det särskilt viktigt att utredningen innehåller tillräcklig information om barnets utveckling, fysiska och psykiska status samt tandstatus. Syftet är att upptäcka tecken på ohälsa och säkerställa att barnet får den hälso- och sjukvård som alla barn har rätt till.” Och i proposition (2016/17:59) skriver regeringen att den medicinska bedömning som hälsoundersökningen ska leda fram till både kan användas för socialnämndens planering av vården och för hälso- och sjukvårdens fortsatta kontakt med barnet.

För att de barn som vårdas utanför hemmet ska säkerställas samma goda vård som sina jämnåriga och för att socialtjänsten ska kunna uppfylla de lagkrav som ställs på dem behöver hälso- och sjukvården överföra resultaten från hälsoundersökningar till socialtjänsten. Landstingen föreslås göra detta kostnadsfritt.

Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Micko
Ordförande

Sektionen för socialtjänst
Fredrik Hjulström

Rekommendation om att resultat från hälsoundersökningar av placerade barn och unga återkopplas till socialtjänsten kostnadsfritt

Bakgrund

Barn och unga personer 18-20 år som vårdas utanför hemmet har som grupp avsevärt mycket sämre hälsa än genomsnittet. Det gäller före placering men också under tiden i vård. Ohälsan gäller både fysisk och psykisk hälsa samt tandhälsa. I olika studier där man undersökt barn och unga som placerats har mellan en tredjedel och hälften av de undersökta barnen behövt vidare kontakt med hälso- och sjukvården. Liknande siffror gäller även för tandvården. Enligt en nyligen publicerad studie av barn och unga på särskilda ungdomshem (SiS-institutioner) hade de extrema förekomster av hälsoproblem. Av flickorna var det 93 procent och av pojkarna två tredjedelar som behövde vidare kontakt med vården.

Barn som varit placerade utanför hemmet har även i vuxen ålder olika hälsorelaterade problem. De har bland annat en kraftigt förhöjd risk för suicid, psykisk ohälsa, missbruk, allvarlig kriminalitet och behov av långvarigt försörjningsstöd.

Man kan konstatera att många barn som socialtjänsten möter inte fått del av den basala hälsovård som är till för alla. Det beror bl.a. på uteblivna hälsokontroller ofta med anledning av föräldrarnas omsorgsbrist, men ibland även under tiden i vård t.ex. på grund av upprepade omplaceringar.

Frivilliga överenskommelser om hälsoundersökningar inför placering

Alla län har idag frivilligt tecknade överenskommelser eller annat avtal mellan kommuner och landsting om att barn och unga ska erbjudas en hälsoundersökning av läkare i samband med att vård utanför hemmet inleds. Hur detta organiserats och finansierats har skiljts sig åt mellan länen. Andelen hälsoundersökta barn och unga har ökat något mellan 2014 och 2016 men fortfarande är det en minoritet av barnen som undersöks.

Ny lagstiftning

För att säkerställa att barn som vårdas utanför hemmet får ta del av samma goda förebyggande hälsovård som andra barn har en ny bestämmelse införts i socialtjänstlagen. Den anger att socialnämnden ska underrätta landstinget om att ett barn eller ung person 18–20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet

Sveriges Kommuner och Landsting
Post: 118 82 Stockholm, *Besök:* Hornsgatan 20
Tfn: växel 08-452 70 00, *Fax:* 08-452 70 50
Org nr: 222000-0315, info@skl.se, www.skl.se

inleds, ska erbjudas en *hälsoundersökning*. Samtidigt infördes en ny lag som reglerar landstingets skyldighet att erbjuda hälsoundersökning av barn och unga vid placering, lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. I samband med detta infördes också bestämmelser om att kommuner och landsting ska ingå *överenskommelser* om samarbete om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Landstingen tillförs enligt finansieringsprincipen 10 miljoner årligen för att utföra hälsoundersökningarna.

Socialtjänstens behov av information om hälsa

Många barn som placeras i samhällsvård har på grund av föräldrarnas bristande omsorgsförmåga fått ett sämre hälsoomhändertagande och behöver kompenserande åtgärder. För två år sedan fick därför socialtjänsten ett utökat ansvar för att placerade barn får den hälso- och sjukvård de behöver (6 kap. 7 § SoL). I betänkandet som föreslår hälsoundersökningar (SOU 2015:71) betonar man ytterligare socialtjänstens ansvar för barnens hälsa. ”När barn och unga placeras utanför det egna hemmet är det särskilt viktigt att utredningen innehåller tillräcklig information om barnets utveckling, fysiska och psykiska status samt tandstatus. Syftet är att upptäcka tecken på ohälsa och säkerställa att barnet får den hälso- och sjukvård som alla barn har rätt till.” Och i proposition (2016/17:59) skriver regeringen att den medicinska bedömning som hälsoundersökningen ska leda fram till både kan användas för socialnämndens planering av vården och för hälso- och sjukvårdens fortsatta kontakt med barnet.

Det är mycket tydligt att regeringen avser att informationen från hälsoundersökningarna ska komma socialtjänsten till del, men man har inte explicit reglerat detta. I flera län och regioner pågår nu en diskussion om landstingen kan och ska ta betalt av kommunerna för att återkoppla den medicinska bedömningen skriftligt.

Förslag till rekommendation

SKL rekommenderar Landsting/regioner att återkopplingen av den medicinska bedömningen från hälso- och sjukvården till socialtjänsten är kostnadsfri. Återkopplingen är central för att de barn som vårdas utanför hemmet ska säkerställas samma goda vård som sina jämnåriga och för att socialtjänsten ska kunna uppfylla de lagkrav som ställs på dem. Återkopplingen kan till exempel vara kopia av en sammanfattande journalanteckning eller annat skriftligt underlag.

25

Svar på motion från Elin Hoffner (V) om ökad kunskap kring Sepsis och att rutiner och register upprättas

RS/1493/2017

§46

Svar på motion från Elin Hoffner (V) om ökad kunskap kring Sepsis och att rutiner och register upprättas (RS/1493/2017)

Sammanfattning

Elin Hoffner (V) har lämnat in en motion om rutiner och register för sepsis. Elin Hoffner yrkar i sin motion om att ett arbete med ökad kunskap kring sepsis inleds och att rutiner och register upprättas.

Region Jämtland Härjedalen har idag en god beredskap och organisation för sepsis (blodförgiftning) och det finns sedan något år tillbaka en rutin för hur man slår larm vid misstanke på akutmottagningen, redan från ambulansen. Syftet med denna rutin är att:

- Tidigt få en snabb och samlad bedömning av patientens tillstånd samt påbörja adekvat utredning och behandling.
- Förkorta tiden till första dos antibiotika.
- Direkt kunna styra patienten till optimal vårdnivå.

Det finns ett nationellt sepsisregister där de patienter som drabbats av samhällsförvärvad svår sepsis/septisk chock och som hamnar på IVA inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus registreras. Tiden till identifiering av behandling av dessa sjukdomstillstånd är avgörande för prognosen. Det är således viktigt att studera hur handläggningen har gått till redan i ambulansen men framförallt på akutmottagningen. Region Jämtland Härjedalen är med i detta register.

Infektionsläkarnas programgrupp för sepsis har satt upp nationella kvalitetsmål för handläggningen av dessa patienter. Dessa kvalitetsmål följs upp genom det nationella sepsisregistret.

Idag saknas dock delvis resurser inom Region Jämtland Härjedalen för att fullt ut hålla registret uppdaterat med Jämtland Härjedalens patienter, vilket gör att Regionen har en låg täckningsgrad och inte kan följa upp kvalitetsmålen fullt ut.

Framledes är målsättningen att regionen ska kunna integrera olika kvalitetsregister med journalsystemet Cosmic, så att journaldokumentationen automatiskt förs över från Cosmic till kvalitetsregistren. Då behövs ingen resurs som gör överföringen manuellt som idag. Integration av kvalitetsregister är en fråga som är högt på den nationella agendan. Om det skapas nationella lösningar för integration så kommer Regionen att ansluta sig till dessa.

Cirka 2 % av samtliga patienter som inkommer till Östersunds sjukhus har allvarlig sepsis eller septisk chock. Denna grupp utgör således en väldigt liten patientkategori. Region Jämtland Härjedalen deltar i en stor mängd kvalitetsregister och måste aktivt prioritera de stora registren, t.ex. strokeregistret, Swedeheart och nationella diabetesregistret där Regionen

har en stor mängd patienter. Den prioriteringen påverkar också i vilken takt Regionen väljer att satsa på egna integrationer mellan kvalitetsregister och Cosmic. De stora registren går före.

Sammanfattningsvis:

- Region Jämtland Härjedalen har idag en väl fungerande organisation för sepsis och vårdprogram som fungerar bra.
- Diagnosen är känd hos verksamheterna.
- Utbildningsinsatser har genomförts under de senaste åren.
- Regionen är idag med i det nationella kvalitetsregistret (men kan bli bättre på att underhålla registret.)

Motionen bör således anses besvarad.

Förslag till beslut

Utskottet för hälso- och sjukvård föreslår regionstyrelsen

Motionen anses besvarad.

Beslut

Utskottet för hälso- och sjukvård föreslår regionstyrelsen

Motionen anses besvarad.

Protokollsanteckning

Elin Lemon (C) deltog inte i beslutet

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse svar på Motion från Elin Hoffner (V) om ökad kunskap kring Sepsis och att rutiner och register upprättas
- Motion från Elin Hoffner (V) om ökad kunskap kring Sepsis och att rutiner och register upprättas

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2017 -06- 22

Dnr RS /1493/20 17

Motion till Regionfullmäktige
19/6-2017
Region Jämtland/Härjedalen

Rutiner och register, Sepsis

Varje år drabbas 40 000 svenskar av sepsis, eller blodförgiftning som det också kallas. Dödligheten är 15-20 procent. Trots att sjukdomen är nästan lika vanlig som cancer är det få svenskar som känner till den. Även inom sjukvården är kännedomen om sepsis låg vilket har flera förklaringar. Det kan drabba vem som helst. Du kan få sepsis efter en förlossning, i hemmet eller efter en operation på ortopeden. Får du cancer hamnar du hos en cancerläkare, men när det gäller sepsis så är det många olika specialiteter som hanterar sjukdomen eftersom den kan dyka upp överallt. Har man då andra primära intressen så blir det lätt att man förbiser sepsis. Symtomen för sepsis är väldigt lömsk och ospecifik vilket försvårar ytterligare.
I Sverige har bara vart tredje sjukhus en organisation för hur man tar hand om sepsispatienter på akuten. Sepsis har låg status i jämfört med andra diagnoser så som t.ex. misstänkt stroke eller hjärtinfarkt. England har kommit betydligt längre där man i massiva informationskampanjer uppmanat patienter att fråga, kan det vara sepsis, om symtomen är oklar.
Sepsis är starkt förknippat med antibiotikaresistens vilket innebär att vi snarare förväntas se en ökning i framtiden.
Sepsispatienter får ofta amputera kroppsdelar, skador på organ, eller i värsta fall dör.
Region Jämtland Härjedalen behöver öka kunskapen kring sepsis, skapa rutiner och skapa register.

Vänsterpartiet Yrkar att: Ett arbete med ökad kunskap kring sepsis inleds och att rutiner och register upprättas.

Elin Hoffner för Vänsterpartiets Regiongrupp

Vänsterpartiet

Region Jämtland/Härjedalen

26

Svar på motion från Margareta Mahmoud Persson och Lars-Erik Olofsson (KD) om subventionering av medicinska kompressionsstrumpor

RS/1494/2017

2017-12-05

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

RS/1494/2017

Svar på motion från Margareta Mahmoud Persson och Lars-Erik Olofsson (KD) om subventionering av medicinska kompressionsstrumpor

Ärendebeskrivning

Margareta Mahmoud Persson och Lars-Erik Olofsson (KD) har inkommit med en motion till regionfullmäktige om subventionering av medicinskt förskrivna kompressionsstrumpor klass 2 och uppåt. De framhåller att många patienter har stora problem med cirkulation i ben av olika orsaker och att kompressionsstrumpor rekommenderas/ordineras för att förebygga sår, obehag och smärta, invaliditet med mera.

Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län har kommit överens om att samverka i en gemensam nämnd med syfte att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel åt kommunerna och Region Jämtland Härjedalen. Nämndens uppgifter regleras i ett reglemente som fastställts av fullmäktige i länets kommuner och i Region Jämtland Härjedalen. Ett styrdokument för nämndens verksamhet är också den nya hjälpmedelspolicyn som fastställts av parternas fullmäktigeförsamlingar under våren 2017. I policyn finns en beskrivning av synsätt och viljeinriktningen för hjälpmedelsförsörjningen i Jämtland Härjedalen.

När den nya hjälpmedelspolicyn fastställdes reviderades också nämndens reglemente. I det reviderade reglementet framgår att nämnden får besluta om vilka hjälpmedel som ska finnas och till vilken hjälpmedelsgrupp de ska tillhöra. Nämnden får också besluta om tillämpningsanvisningar och rutiner för verksamheten, tolkning av hjälpmedelsfrågor där oklarheter råder och övergripande prioriteringsärenden.

Sedan 2009 finns i Jämtlands län ett gemensamt arbetssätt för Region Jämtland Härjedalen och alla kommuner för ordnat införande av nytt sortiment inom hjälpmedelsverksamheten. Förslag på nya produkter kommer in från brukare, leverantör eller vårdpersonal och utreds av beredningsgruppen, eller av en utsedd arbetsgrupp. Utifrån ändringen i reglementet pågår just nu ett arbete i nämnden med att ta fram rutiner och tillämpningsanvisningar för införande av nytt sortiment inom hjälpmedelsverksamheten samt se över övriga rutiner kring hjälpmedel.

Sammantaget innebär ovanstående att den gemensamma nämnden har delegation på att besluta om vilka hjälpmedel som ska finnas. Det är ett enhetligt beslut av länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen och ett resultat av den samverkan som parterna kommit överens om vad gäller hjälpmedel. Nämnden beslutar också om rutiner och tillämpningsanvisningar kring hjälpmedel. Utifrån det är det inte lämpligt att i nuläget besluta om specifika hjälpmedel som kompressionsstrumpor. Motionen bör därför avslås.

Gemensamma nämnden för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel behandlade ärendet 2017-11-27 § 42 och föreslår regionfullmäktige att motionen ska avslås.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker gemensamma nämndens förslag.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§42

Motion från Margareta Mahmoud Persson och Lars-Erik Olofsson (KD) om subventionering av medicinska kompressionsstrumpor (GNU/7/2017)

Sammanfattning

Margareta Mahmoud Persson och Lars-Erik Olofsson (KD) har inkommit med en motion till regionfullmäktige om subventionering av medicinskt förskrivna kompressionsstrumpor klass 2 och uppåt. De framhåller att många patienter har stora problem med cirkulation i ben av olika orsaker och att kompressionsstrumpor rekommenderas/ordineras för att förebygga sår, obehag och smärta, invaliditet med mera.

Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län har kommit överens om att samverka i en gemensam nämnd med syfte att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel åt kommunerna och Region Jämtland Härjedalen. Nämndens uppgifter regleras i ett reglemente som fastställts av fullmäktige i länets kommuner och i Region Jämtland Härjedalen. Ett styrdokument för nämndens verksamhet är också den nya hjälpmedelspolicyn som fastställts av parternas fullmäktigeförsamlingar under våren 2017. I policyn finns en beskrivning av synsätt och viljeinriktningen för hjälpmedelsförsörjningen i Jämtland Härjedalen.

När den nya hjälpmedelspolicyn fastställdes reviderades också nämndens reglemente. I det reviderade reglementet framgår att nämnden får besluta om vilka hjälpmedel som ska finnas och till vilken hjälpmedelsgrupp de ska tillhöra. Nämnden får också besluta om tillämpningsanvisningar och rutiner för verksamheten, tolkning av hjälpmedelsfrågor där oklarheter råder och övergripande prioriteringsärenden.

Sedan 2009 finns i Jämtlands län ett gemensamt arbetssätt för Region Jämtland Härjedalen och alla kommuner för ordnat införande av nytt sortiment inom hjälpmedelsverksamheten. Förslag på nya produkter kommer in från brukare, leverantör eller vårdpersonal och utreds av beredningsgruppen, eller av en utsedd arbetsgrupp. Utifrån ändringen i reglementet pågår just nu ett arbete i nämnden med att ta fram rutiner och tillämpningsanvisningar för införande av nytt sortiment inom hjälpmedelsverksamheten samt se över övriga rutiner kring hjälpmedel.

Sammantaget innebär ovanstående att den gemensamma nämnden har delegation på att besluta om vilka hjälpmedel som ska finnas. Det är ett enhetligt beslut av länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen och ett resultat av den samverkan som parterna kommit överens om vad gäller hjälpmedel. Nämnden beslutar också om rutiner och tillämpningsanvisningar kring hjälpmedel. Utifrån det är det inte lämpligt att i nuläget besluta om specifika hjälpmedel som kompressionsstrumpor. Motionen bör därför avslås.

Förslag till beslut

Gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås

Beslut

Gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås

Expedieras till

Motionärerna, Enhetschef Hjälpmedel och MA-enheten

Beslutsunderlag

- Svar på motion från Margareta Mahmoud och Lars-Erik Olofsson (KD)
- Motion från Margareta Mahmoud Persson och Lars-Erik Olofsson (KD) om subventionering av medicinska kompressionsstrumpor

Motion från Kristdemokraterna
Region Jämtland Härjedalen

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2017 -06- 22
Dnr. RS /1494 /20 17

Sveg,Östersund 170610

Motion om subventionering av medicinska kompressionsstrumpor

Många patienter har stora problem med cirkulation i ben av olika orsaker som t ex inte fungerande venösa klaffar, lymfödem etc. Kompressionsstrumpor rekommenderas/ordineras för att förebygga sår, obehag och smärta, invaliditet m.m. Kompressionsstrumpor stimulerar vadmuskelns arbete i benet, ökar det venösa flödet och minskar därmed svullnad i vävnaderna.

Tyvärr är detta en betydande kostnad för många patienter som på grund av detta avstår behandling och riskerar långvariga lidanden. Svåra sår kan kräva omläggningar under flera år och är en stor samhällskostnad. Att ge subventioner av förskrivna kompressionsstrumpor för att förebygga svullnad, smärta, sår och sårrecidiv, förbättra ärrläkning, ge ökad rörlighet samt undvika återkommande behov av annan ödemreducerande behandling är en besparing på sikt. Enligt uppgift är det endast regionerna i Uppsala och Jämtland/Härjedalen som inte infört några subventioner alls för denna behandling.

Medicinska kompressionsstrumpor upprätthåller korrekt kompression i minst sex månader vid korrekt skötsel. Normalförbrukning är två par strumpor per år, alternativt två stycken strumpor om behov finns för endast ett ben. Enstaka personer kan behöva ytterligare kompressionsstrumpor. Kostnaden i andra landsting/regioner brukar vara förenad med en egenavgift.

Kristdemokraterna yrkar att Region Jämtland/Härjedalen

-inför subventioner av medicinskt förskrivna kompressionsstrumpor klass 2 och uppåt.

Margareta Mahmoud Persson

Margareta Mahmoud Persson

Lars-Erik Olofsson

Kristdemokraterna