

Tid: kl. 08:30-17:00

Plats: Hörsalen 08.30-12.20 Musslan 13.20-17.00

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)

Elin Hoffner (V)

Bengt-Åke Arendolf (SD)

Ersättare

Carina Fröberg (S)

Maria Jakobsson (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)

Marie Svensson (V)

Thomas Johansson Nordqvist (-)

Övriga

1. Program för regionstyrelsen 28 augusti 2018

Beslutsunderlag

- Program för styrelsen 28 augusti 2018

2. Val av justerare och tid för justering

3. Fastställande av föredragningslista (RS/99/2018)

Ärendebeskrivning

Enligt reglemente för regionstyrelsen har preliminär föredragningslista över de ärenden som avses bli behandlade vid sammanträdet gjort tillgängliga för ledamöter och ersättare.

Förslag till beslut

Preliminär föredragningslista fastställs som slutlig föredragningslista.

4. Regiondirektörens rapport 2018 (RS/4/2018)

Ärendebeskrivning

- Bemanningsprojektet
- Resultatförbättrande åtgärder, åtgärdspaketet och ekonomisk krisledning
- Uppföljning av läget i vården under sommaren samt uppföljning av bränderna
- Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplanering 2019
- Information om Akutsjukvård i extrem glesbygd, AXG
- Information om avtal med Fjällhälsan

5. Månadsrapport maj och juni 2018 (RS/5/2018)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens ackumulerade resultat uppgick till -144,9 miljoner kronor till och med juni 2018.

Nettokostnadsutvecklingen för perioden januari till och med juni 2018 var 113,5 miljoner kronor högre jämfört med motsvarande period 2017, vilket ger en nettokostnadsökning med 5,5 procent. Nettokostnadsutvecklingen har dock minskat jämfört med årets första månader.

Region Jämtland Härjedalens bruttokostnader har efter juni månad ökat med 6,1 procent, motsvarande 147,7 miljoner kronor jämfört med samma period 2017.

Den positiva trenden att kostnader för bemanningsföretag minskar håller fortsatt i sig även efter juni och har minskat med 25,5 procent, motsvarande 23,4 miljoner kronor.

Personalkostnaderna har ökat med 102,8 miljoner kronor, motsvarande 8,1 procent jämfört med juni 2017. Kostnad för läkemedel har ökat med 18 miljoner kronor.

Intäkterna har ökat med 9,1 procent, motsvarande 34 miljoner kronor, främst i form av ökade bidrag.

Likviditeten förstärktes under juni med ytterligare 50 miljoner kronor i lån från Kommuninvest. Den totala låneskulden uppgår därefter till 200 miljoner kronor, inkluderat föregående års lån. Ytterligare låneutrymme finns under året med 81 miljoner kronor.

Helårsprognosen ligger kvar oförändrad på -200 miljoner kronor.

Förslag till beslut

Månadsrapport juni 2018 godkänns.

Expedieras till

Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - månadsrapport juni 2018
- Månadsrapport maj 2018
- Månadsrapport juni 2018

6. Regionstyrelsens uppföljning av kunskapsbaserad styrning och ledning (RS/2807/2017)

Ärendebeskrivning

Handlingar kompletteras senare

7. Regionstyrelsens uppföljning av tvångsvård (RS/2789/2017)

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2018 ska regionstyrelsen på sitt sammanträdet den 28 augusti följa upp tvångsvården.

Vid område psykiatri bedrivs tvångsvård i enlighet med Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT 1991:1128) respektive Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV 1991:1129). Patienter under 18 år tillhörande Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) erhåller tvångsvård vid VUP eller vid avdelning 108 inom Område Barn.

I lagen regleras även vilka tvångsåtgärder som är godkända att använda. Dessa är fastspänning, avskiljning, tvångsmedicinering och inskränkning i användande av kommunikationsutrustning. Tvångsvård bedrivs vid alla avdelningar vid område psykiatri. Rapport bifogas.

Förslag till beslut

Rapport utifrån regionstyrelsens uppföljning av tvångsvård godkänns.

Expedieras till

Chef Område Psykiatri

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Regionstyrelsens uppföljning av tvångsvård
- Regionstyrelsens uppföljning av tvångsvård 2016-2017

8. Regionstyrelsens uppföljning av samverkan med kommunerna: Samverkansrådet (RS/2797/2017)

Ärendebeskrivning

I regionstyrelsens verksamhetsplan ingår att följa upp de verksamheter som ingår i styrelsens ansvarsområden. Detta innefattar Region Jämtland Härjedalens samverkan med länets kommuner. Regionstyrelsen har årligen följt upp den samverkan som sker inom samrådsgrupperna Barnarenan och SVOM (Sociala vård- och omsorgsgruppen), men detta är den första uppföljning som görs av regionens samverkansråd.

Regionens samverkansråd inrättades i samband med regionbildningen, och reglemente för rådet antogs av dåvarande landstingsstyrelsen under våren 2014, § 78. Samverkansrådet är ett organ för information, samråd och samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner i frågor av gemensamt intresse. Rådet består av 11 ledamöter; tre utses av Region Jämtland Härjedalen och en utses av respektive kommun i länet och sammanträder åtta gånger per år.

Regionens samverkansråd ingick inte i den översyn av den politiska organisationen som genomförts inför den nya mandatperioden. Förutsättningarna för samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner har förändrats sedan samverkansrådets inrättande 2014. Nu finns en gemensam nämnd för samverkansfrågor mellan Region Jämtland Härjedalen och alla länets kommuner som till skillnad från samverkansrådet har beslutsmandat. Utöver detta så kommer det att från och med den 1 januari 2019 finns en hälso- och sjukvårdsnämnd, vars representation i rådet behöver beaktas. Med anledning av att detta föreslås en översyn av regionens samverkansråd och dess reglemente.

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsens uppföljning av regionens samverkansråd godkänns.
2. Regiondirektören får i uppdrag att tillsammans med regionens samverkansråd se över samverkansrådets roll i förhållande till övriga samverkansformer mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner samt samverkansrådets roll och sammansättning i förhållande till övriga nämnder inom organisationen.

Expedieras till

Regionens samverkansråd

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Regionstyrelsens uppföljning av samverkan med kommunerna: Samverkansrådet
- Rapport Uppföljning av samverkan med kommunerna: Samverkansrådet

9. Regiondirektörens Direktiv för verksamhetsplaner 2019 (RS/1134/2018)

Ärendebeskrivning

Med utgångspunkt från övergripande politiska mål och planeringsförutsättningar fastställer regiondirektören varje år direktiv för verksamhetsplaner. Regionstyrelsen ska informeras om innehållet i direktiven och direktiven ska även anmälas till Vårdvalsnämnden. Direktiven innehåller strategiskt prioriterade inriktningar. Syftet med direktiven är att ge ledning och styrning av, och medskick till verksamheternas planering för nästa år. Regiondirektören har nu gett ut direktiv för den planering av verksamheterna som behöver ske under hösten 2018.

2018 är ett valår. Från 1 januari 2019 gäller också en ny politisk organisation för Region Jämtland Härjedalen, bland annat inrättas en ny nämnd – Hälso- och sjukvårdsnämnden. Mot bakgrund av det har regionfullmäktige beslutat att inte hantera regionplan och finansplan för 2019-2021 förrän efter valet, dvs finansplan i november 2018 och regionplan i februari 2019. Det betyder i sin tur att Regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner för 2019 inte kommer att beslutas förrän i februari-mars 2019.

Från 1 januari 2019 har Region Jämtland Härjedalen också en ny förvaltningsorganisation som innebär att hälso- och sjukvårdsförvaltningen och regionala utvecklingsförvaltningen upphör. Hälso- och sjukvård och Regional utveckling kommer istället att ingå i regionstyrelsens förvaltning och utgöra förvaltningsområden. Regionstaben kommer att finnas kvar i nuvarande form.

Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplaner 2019 utgår från regionplan 2018-2020 och finansplan 2018-2020, planeringsförutsättningar 2019-2021, samt faktadelen i finansplan 2019-2021, som fastställdes av regionstyrelsen den 30 maj 2018.

Direktiven, de politiska planerna och andra uppdragsbeskrivningar och överenskommelser är underlag som direktörens närmaste chefer har att följa i sin planering och uppföljning. I verksamhetsplaneringen ska också övergripande handlingsplaner och länsövergripande mål, strategier, handlingsplaner och program beaktas.

De prioriterade inriktningarna för verksamhetsplaner 2019 är tillgänglighet, effektivitet=kvalitet och produktivitet, attraktiv arbetsgivare samt mer inflyttning. Begynnelsebokstäverna bildar ordet TEAM, som är symbol för det arbetssätt som ska präglade regionen.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen har tagit del av information om innehållet i Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplanering 2019.

Expedieras till

Regiondirektör, Planeringschef, Biträdande regiondirektör, Hälso- och sjukvårdsdirektör och Regionstabschef.

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut om Regiondirektörens Direktiv för verksamhetsplaner 2019
- RDs direktiv 2019 180824

10. Uppdrag att upprätta en Långsiktig utvecklingsplan för psykisk ohälsa (RS/1437/2018)

Ärendebeskrivning

Den psykiska ohälsan ökar mest av alla diagnoser i länet och utgör en stor andel av primärvårdsbesöken. Det får stora konsekvenser för den enskilde samtidigt som vården belastas och samhällskostnaderna ökar. För att åstadkomma en varaktig förändring när det gäller psykisk ohälsa i länet måste aktiviteter samordnas och genomföras på flera plan. Regionens arbetssätt med långsiktiga utvecklingsplaner (LUP) passar för att skapa detta. Ett antal aktiviteter har genomförts eller är under genomförande, men det har saknats en samordning och tydlig gränsdragning mellan vården och andra aktörer som gjort att effekterna inte optimerats. Det planeras också för fler statliga satsningar inom området. Fler insatser på kort och lång sikt är nödvändiga för att vända trenden.

Fokus psykisk ohälsa vs hälsa

Eftersom vården i normalfallet kommer i kontakt med befolkningen efter att de fått symtom på ohälsa bör LUP:en fokusera på att motverka ohälsan. En stor del av det förebyggande arbetet sker i kommunerna, vilket också gör det angeläget att framtagandet av denna LUP görs i god samverkan med länets kommuner. Svårare psykiatriska diagnoser hanteras i specialistsjukvården och har sina givna resurser, rutiner och vårdprogram. Det är i gränslandet ohälsa och första linjens vård som det främst behövs insatser för att möta den ökande psykiska ohälsan och förhindra svårare sjukdom och längre sjukdomsförlopp där det är möjligt.

Förslag på prioriterade områden:

- Motverka barn och ungas psykiska ohälsa i primärvård samt specialiserad vård.
- Motverka psykisk ohälsa hos barn och unga i gruppen asylsökande och nyanlända
- Motverka psykisk ohälsa för gruppen vuxna och äldre i primärvård.
- Brukarsamverkan
- Strukturer för kunskapsutveckling och kunskapsstyrning
- Struktur för samverkan

Enligt regionens styrmodell beslutad av Regionfullmäktige 2017-06-20 § 72 ska en långsiktig utvecklingsplan fastställas av regionfullmäktige. En LUP beskriver vad som ska genomföras under en tolvårsperiod. Planerna upprättas för områden där det

finns behov av en längre planeringshorisont. De utgår från policyer, vision och övergripande strategidokument och planer. För närvarande finns långsiktiga utvecklingsplaner inom områdena God ekonomisk hushållning, Miljö och Sjukskrivningar.

Förslag till beslut

1. Regiondirektören får i uppdrag att ta fram en Långsiktig utvecklingsplan för psykisk ohälsa.
2. Regiondirektören ska i det arbetet beakta att samverkan med länets kommuner sker på lämpligt sätt.

Expedieras till

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppdrag att upprätta en långsiktig utvecklingsplan - Psykisk ohälsa
- Upplägg tidsplan LUP psykisk ohälsa

11. Plan för finansiering och utveckling av Rakel (RS/354/2018)

Ärendebeskrivning

Rakel betyder radiokommunikation för effektiv ledning och är ett gemensamt radiokommunikationssystem för alla organisationer i Sverige med funktioner inom områdena allmän ordning, säkerhet och hälsa. Region Jämtland Härjedalen har använt Rakel sedan 2011 och det infördes initialt i ambulanssjukvården för "blåljuskommunikation". Fortfarande är ambulanssjukvården de stora användarna av Rakel i regionen. Övriga funktioner som tillkommit och använder Rakel i regionen är Tjänsteman i beredskap (TiB), Regional krisledning, hälsocentralerna i Åre och Funäsdalen samt egen vaktpersonal.

När Rakel infördes i landstingen fanns fram till 2012 ett avgiftstak för abonnemang för att främja en bred anslutning. För Jämtlands läns landsting låg detta avgiftstak på 304 000 kr/år. De ekonomiska förutsättningarna ändrades radikalt, då avgiftstaket togs bort 2012. From 2013 mer än fördubblades kostnaderna för landstingen som följde. Den kostnadsökning som uppstod samt Regionens ekonomiska förutsättningar har inneburit att utvecklingen av Rakel stannat av.

Det finns idag ingen inomhustäckning på sjukhuset vilket är en allvarlig brist. Förutom att det är ett hinder för utveckling och utbyggnad av systemet så skapar det problem för vakter samt räddningstjänst och polis och ambulans vid insatser på sjukhuset.

I primärvården är det endast Åre och Funäsdalen som har infört Rakel. Planering finns även för Strömsund, Sveg och Bräcke (ev Hammarstrand). Önskemål finns även för Lugnviks HC, då den planeras att kunna användas vid allvarliga händelser.

Region Jämtland Härjedalen saknar en plan för utveckling och budget för

finansiering vilket uppmärksammades av Regionstyrelsen vid uppföljning av krisberedskaps- och säkerhetsarbetet för 2017. Regiondirektören fick i februari i uppdrag att utarbeta en plan för finansiering av Rakel samt en planering för utveckling av Rakelanvändandet inkluderat behoven i primärvården.

Sammantaget finns oprioriterade behov på ca 1 358 500 kr. Högst prioriterat för åtgärd är inomhustäckningen för sjukhuset. Krisberedskap föreslår därför att en förstudie görs under 2018. Detta bedöms kräva ett utökat budgetanslag på 500 000 kr till krisberedskap. Ansvariga på krisberedskap bör ges uppdraget. Resursperson från ambulanssjukvården behöver lånas in på 40% för att hålla i förstudien vilket också kräver finansiering. Förstudiens resultat får sedan beaktas i utarbetande av finansplanen 2019–2021. Beslut om genomförande av inomhustäckning behöver tas och det bör vara åtgärdat senast 2020.

Vidare föreslås att införande i primärvården genomförs hösten 2018 i Strömsund, Sveg och Bräcke (ev Hammarstrand). För Lugnviks HC krävs mer utredning. Inlånad resursperson från ambulanssjukvården får ansvara för införandet samt att utbildning genomförs. Övriga primärvården avvaktas tills arbetet med civilt försvar kommit längre. För ambulanssjukvården har inköp gjorts av 19 nya Rakelenheter 2018 och det är viktigt med komplettering med inköp av monofoner och hörsnäckor. Det behöver också tas höjd för utbyte av rakelenheter i alla fordon inför 2019–2020.

Förslag till beslut

1. Plan för utveckling och finansiering av Rakel godkänns.
2. Kostnader för förstudie avseende inomhustäckning för Rakel på Östersunds sjukhus ca 580 000 kr, inköp raklar 85 000 kr, ökade driftskostnader 2018 för krisberedskap avseende abonnemang på 122 500 kr samt installation av Rakel på Svegs HC och Näva för 90 000 kr, inköp i ambulanssjukvården för 293 000 kr bekostas via Regionstyrelsens anslag. Totalt 1 170 500 kr.
3. Kostnader för installation av inomhustäckning på sjukhuset (ännu ej kostnadsberäknat), ökade abonnemangskostnader 122 500 samt utbyte av fordonsenheter kräver ökat budgetanslag till krisberedskap under 2019 – 2020 samt 200 000 kr till akutområdet och ska beaktas och prioriteras vid framtagande av förslag till Finansplan 2019–2021.

Expedieras till

Enhetschef krisberedskap
Regionstabschef
Chef Område Akutverksamhet
Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Plan för finansiering och utveckling av Rakel
- Plan för finansiering och utveckling av Rakel

12. Svar på uppdrag till regiondirektör om att utreda införande av swish som betalsätt (RS/946/2018)

Ärendebeskrivning

På regionstyrelsens sammanträde den 21 mars 2018, § 71, behandlades ärendet om Månadsrapport februari 2018. Utifrån rapporten och pågående arbeten med resultatförbättrande åtgärder fick Regiondirektören i uppdrag att utreda införande av Swish som betalsätt och möjligheten att använda till exempel Kivra för digital posthantering. En rapport har upprättats som redogör för möjligheten att använda Swish som betalningsmetod, både vad gäller vårdfakturor och som betalningsmetod i andra verksamheter.

Sammantaget visar rapporten att ett införande av Swish som betalningssätt inom vården inte är möjligt just nu. Med det svåra ekonomiska läge som Region Jämtland Härjedalen befinner sig i skulle kostnaderna för det vara för höga, både vad gäller personalresurser och investeringskostnader. Ännu är det heller ingen annan region eller landsting som infört Swish betalningsmetod för vårdbesök. Som ett mindre landsting är det en fördel att avvakta andra regioners/landstings erfarenheter och pågående utredningar innan det är aktuellt att införa en lösning som passar Region Jämtland Härjedalens teknik och IT-miljö. Redan nu finns upprättade samarbeten och kontaktnät där regionen får statusuppdateringar. Swish finns däremot som betalningsmetod för annan verksamhet inom regionen, exempelvis inom Ungdomsmottagningen för betalning av kondomer. Det skulle kunna införas även på annan verksamhet och frågan om vilka möjligheter som finns ska ses över under hösten.

För det andra uppdraget om möjligheten att använda digital posthantering pågår en utredning inom område Diagnostik, teknik och service. Utredningens slutsatser kommer att redovisas för regionstyrelsen i september 2018.

Förslag till beslut

Rapport om införande av swish som betalsätt godkänns och läggs till handlingarna.

Expedieras till

Chef för ekonomi- och löneservice

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på uppdrag till regiondirektör om att utreda införande av swish som betalsätt
- Svar på uppdrag om att införa Swish som betalsätt

13. Utvecklingsprogram för COSMIC 2019-2023 – redovisning av extra kostnader (RS/1222/2018)

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen beslutade 2018-06-25 §182 att regiondirektören får i uppdrag att till regionstyrelsen i augusti redovisa de extra kostnader med anledning av förstärkt organisation för effektivt stöd till hälso- och sjukvården som Cosmics utvecklingsprogram kommer att kräva.

Nedanstående kalkyl innehåller prognos över tillkommande kostnader, till följd av beslut om en utökad ambitionsnivå för utveckling vårdssystemet COSMIC.

Prognos kostnad kopplat till Cosmic 500" satsning, mkr	20 19	20 20	20 21	20 22	20 23
Utvecklingskostnad 500 mkr , direktavskrivning	6	6	6	6	6
Underhållsavgift Cambio	1	1	2	2	2
Utökning teknisk IT-infrastruktur	1	1	1	1	1
Löner utökning COSMIC förvaltningsorganis ation	2	2	2	2	2
Summa	10	10	11	11	11

Kommentarer kalkyl:

- Utvecklingskostnad är totalt för samtliga COSMIC-kunder, 500 mkr under åren 2019-2023. Regionens andel av kostnaderna är 6%, d v s totalt 30 mkr under femårsperioden. I kalkylen har kostnaden fördelats jämt över åren. Viss förskjutning av kostnader kan dock uppstå, till följd av utvecklingsplaner och leveranstidpunkter (Kostnad enligt avtal).
- Tillkommande underhållsavgift för de 30 mkr, regionens andel är 480 tkr 2020, 1 020 tkr 2021, 1 620 tkr 2022 och 2 280 tkr 2023 (Kostnad enligt avtal).
- Utökning teknisk IT-infrastruktur omfattar kostnader till följd av ökade krav på infrastruktur, servrar, licenser mm (Prognostiserad kostnad).
- Löner utökning COSMIC förvaltningsorganisation, omfattar ytterligare 3 tjänster under 5 år för IT och verksamhet. (Prognostiserad kostnad).

Kostnader för utbildning och implementering saknas i kalkylen, p g a av svårigheter att prognostisera och osäkerhet avseende tillkommande behov. COSMIC är ett modernt system som ständigt utvecklas, för att bidra till digitalisering och möjliggöra nya och effektivare flöden. Att hålla sig informerad, ta del av e-learning mm är därmed en del av arbetet och nödvändigt för utveckling av verksamheten. Hur mycket ytterligare utbildningstid den utökade satsningen kommer att kräva är beroende av, vad som utvecklas, hur det påverkar funktionalitet och gränssnitt mm. Det är en stor skillnad i omfattning av de insatser som krävs vid byte till ett helt nytt system, jämfört med vidareutveckling av befintligt system.

Förutsättningarna för stöd till vården vid utbildning och implementering, bedöms kunna förstärkas genom:

- E-learning COSMIC finns tillgänglig för både befintligt system och som en del av leverans av nya versioner
- COSMIC förvaltningsorganisation utökas med 3 tjänster under 2019-2023
- Superanvändare i verksamheten har nu 3 års erfarenhet och en högre kompetens, för att lokalt stödja vårdpersonal i den egna organisationen
- Arbetet med verksamhetsutveckling och rutiner, sker i en nära samverkan mellan verksamhet och IT-organisationen.

Förslag till beslut

Redovisning av extra kostnader med anledning av förstärkt organisation för effektivt stöd till hälso- och sjukvården för COSMIC utvecklingsprogram 2019-2023, godkänns och läggs till handlingarna.

Expedieras till
IT-chef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Utvecklingsprogram för COSMIC 2019-2023 - redovisning av extra kostnader
- §182 Regionstyrelsen Utvecklingsprogram för Cosmic 2019–2023

14. Återredovisning av KPP-analys och Fallolycksanalys (RS/785/2017)

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen beslutade 2017-12-12 § 307

1. Ytterfallsanalys ska göras och åiterrapporteras till regionstyrelsen våren 2018.
2. Fördjupad analys av ortopedens kostnader ska göras med hjälp av kostnad per patientdata 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.

Under våren har den enda ekonom som regionen har som kan göra analyser av KPP (kostnad per patient) -materialet och ytterfalls-materialet varit fullt upptagen med inrapporteringar till SKL, och SCB kring räkenskapsunderlag inkl. 2017 års KPP-uppgifter. Om analyserna skulle ha skett under våren 2018 skulle de behövt göras med externa resurser och på sifferunderlag från 2016. Därför har analyserna senarelagts och kommer att göras under hösten 2018 med interna resurser och nu kan analyserna göras med sifferunderlag från 2017.

Analysen av fallolyckor i Jämtlands län som gjorts på uppdrag av SVOM hanterades av SVOM i februari och juni 2018. Analysen av Fallolyckor visar att Jämtland har många fallolyckor och att det är stor variation på kommunnivå. Riket har i genomsnitt 60 personer som vårdats i slutenvård pga fallskada per 1000 invånare 80 år och äldre.

Medelvärde i Norrbotten är 40, i Västerbotten 67, i Västernorrland 67 och i Jämtland 65. Lägsta antal har Ödeshög: 33 personer. Högsta antal i Ragunda och Stockholm:

83 personer. Under 2013–2015 hade Berg 54, Bräcke 66, Härjedalen 53, Krokom 60, Ragunda 83, Strömsund 60, Åre 55, och Östersund 72.

Analysen har inget svar på varför Jämtland har så många fallskador, men rapporten diskuterar orsakssambanden nutrition, läkemedel, alkohol, osteoporos och fallriskmedvetenhet.

Vid SVOMs möte i juni beslutades om följande aktiviteter på kort sikt:

- Modell Trygg och säker hemma bifogas
 - För underlättande av implementering. Representant för Bergs kommun föreslås informera om hur de arbetat vid sitt införande av Trygg och säker hemma.
 - Använda personella resurser som har kunskap inom området
 - Implementering av modell Trygg och Säker hemma sker via de lokala samverkansarenorna, som inkluderar riskidentifiering kring nutrition, läkemedel och alkohol.
- Informationsmaterial till personer med risk ses över, med syfte att alla huvudmän använder samma informationsmaterial. För distribution av informationsmaterial föreslås olika alternativa vägar, t.ex. via pensionärsorganisationer, utskick tillsammans med fakturor från kommunerna eller via monitorer på hälsocentraler.
- Former för hur information ska kunna nå till ännu fler t ex via sociala medier.
- Aktivering och säkerhetsbesök
- Aktiviteter under Socialstyrelsens nationella kampanj ”Balansera mera” genomförs vecka 40, den 1-7 oktober. Kampanjen har tre teman: mat, motion och medicin. Kampanjen uppmärksammar personer i åldern 55 år och uppåt om hur man själv kan minimera risken att falla.

SVOM beslutade också att de vill ha förslag på långsiktiga aktiviteter till sitt möte i oktober 2018.

Slutligen fastställde SVOM mål för fallolyckor i Jämtland så här:

En minskning med 10 olycksfall under rikssnittet som just nu är 61. SVOM rekommenderar respektive kommun att som riktmärke till 2022 minska antalet fallskador bland 80 år och äldre till 51/1000 invånare.

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsen godkänner att KPP-analysen och ytterfallsanalysen görs under hösten 2018. Analyserna ska presenteras senast vid regionstyrelsens möte i december.
2. Regionstyrelsen noterar informationen om SVOMs beslutade mål och aktiviteter för att minska antalet fallskador och uppdrar till regiondirektören att aktivt arbeta för att regionens verksamheter ska bidra till att målet med att sänka antalet fallskador till 51/1000 invånare år 2022 kan uppnås.

Expedieras till
Planeringschef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Återredovisning KPP-analys och Fallolycksanalys

- Utdrag ur SVOMs protokoll 20180209+0601
- fallskador_fallprevention_180209 (2)
- Strategi för hälsa fallprevention 180602
- §307 Regionstyrelsen Fördjupning utifrån SKLs analys av regionens ekonomi och styrning

15. Digital utomlänsfakturering för utförd vård (RS/1194/2018)

Ärendebeskrivning

Det finns ett behov av att landsting och regioner effektivt kan fakturera varandra för utförd vård av patienter som bor i annat landsting/region. I och med det fria vårdvalet har dessutom antalet utomlänspatienter ökat. Likaså ökar antalet besök hos läkare på nätet snabbt och därmed antalet utomlänsfaktureringar. Genom att hantera ett digitalt fakturaunderlag som en faktura refererar till kan hanteringen göras effektivare och säkrare. Ekonomidirektörerna har därför initierat frågan och fortlöpande varit involverad i hur arbetet fortskridit. Det är en arbetsgrupp bestående av 7 landsting och regioner som har utarbetat ett förslag till information i fakturaunderlaget jämte en handledning. Detta har sedan sänts på remiss till redovisningschefsnätverket och ekonomidirektörerna. Alla landsting och regioner har vidare varit med i arbetet genom det nätverk kring utomlänsfakturering som bildades inom SKL 2016.

SKL:s arbetsgrupp gav 2016 Inera i uppdrag att genomföra en förstudie gällande en nationell digital kommunikationslösning för vårdinformation i form av fakturaunderlaget kopplat till fakturering vid utomlänsvård.

Slutsatsen och rekommendationen från Inera blev att överföra fakturaunderlag via säkra tjänster i Ineras tjänsteplattform. Fakturaunderlaget ska därefter inte lagras i ekonomi-eller annat fakturahanteringssystem utan i separat databas eller system med mycket begränsad åtkomst för de få som hanterar fakturor för utomlänsvård och dess underlag. Alla landsting och regioner har därefter avgett s.k. avsiktsförklaring till Inera om att ansluta sig till tjänsten.

Innan Ineras tjänst kan börja användas har pilottester utförts och dessa beräknas vara klara i juni i år. Därefter kan alla landsting och regioner påbörja anslutningen till tjänsten. Ekonomidirektörerna har fastställt som målsättning att alla landsting och regioner ska kunna ta emot det digitala fakturaunderlaget under hösten 2017. Mot bakgrund av de förseningar som uppkommit vid testerna lär denna tidpunkt flyttas fram något.

Utbyte av patientrelaterade individuppgifter kräver en hantering i enlighet med gällande lagstiftning. Det kräver att landsting/region som sänder informationen också kan utgå från att informationen hanteras hos mottagande landsting/region på ett sätt som också överensstämmer med gällande lagstiftning och fastslagna principer. När Ineras tjänst för utomlänsfakturering används finns ett regelverk framtaget med gemensamma principer för utbyte av personuppgifter för faktureringsändamål. En nationell tjänst som den nu aktuella kräver samordning och att alla landsting och regioner nu ansluter sig till tjänsten. I regelverket görs en genomgång av gällande regelverk och tolkningen av bestämmelserna utifrån användning av ett digitalt

fakturaunderlag och den information i detta som får lämnas ut.

Regelverket har remisshanterats genom Ineras Programkontor. Frågor har hanterats och nu finns inga erinringar mot regelverket från landsting och regioner. Ineras VD ska därmed fastställa regelverket. Den 8 juni har även SKL:s sjukvårdsberedning informerats om utomlänsfaktureringen och regelverket.

Den juridiska bedömning som gjorts i regelverket innebär i korthet följande (regelverket samt bilagor till detta bifogas).

Hälso-och sjukvårdssekretessen är som utgångspunkt en "stark" sekretess. Det finns dock lättnader kring utbyte av patientrelaterade individuppgifter bl. a för administration på verksamhetsområdet. Som exempel anges i förarbetena faktureringsunderlag. Bestämmelse till stöd härför finns i 25 kap. 11 § 5 p. offentlighets- och sekretesslagen (OSL). Utgångspunkten är att uppgifterna kan lämnas ut men sekretess råder om det kan antas att patienten eller närstående kan lida men om uppgifterna röjs.

Som regel ska en myndighet göra en konkret och individuell prövning av ett utlämnande, uppgift för uppgift. Ibland kan dock en sådan procedur vara praktiskt ogenomförbar, något som aktualiseras vid utomlänsfakturering. I sådana situationer får istället en myndighet göra en schabloniserad menprövning. Utgångspunkten i OSL är att menprövningen ska göras av den som förfogar över uppgifterna, t.ex. hälso-och sjukvårdspersonalen eller annan befattningshavare inom nämnden. Även myndigheten själv kan fatta beslut om utlämnande, t.ex. nämnd.

Det görs bedömning att det inte finns några hinder för den nämnd som ansvarar för uppgifterna hos en vårdmyndighet att göra en schabloniserad skadeprövning. Inte heller torde det finnas rättsliga hinder för att lägga "menprövningsbeslutet" till grund för återkommande och automatiserade utlämnanden förutsatt att beslutet är tillräckligt specifikt. Prövningen ska göras med hänsyn bl.a. till uppgifternas art, det sekretesskydd uppgifterna kommer att få hos mottagaren samt den tekniska utformningen av informationssystemet (behörighetskontroll m.m.).

I Region Jämtland Härjedalen har vi gått igenom regelverket samt den patientrelaterade individinformation som kommer att lämnas ut och som förväntas hanteras i Ineras tjänsteplattform på ett säkert sätt samt av mottagaren i enlighet med gällande lagstiftning och regelverk. Vi bedömer att en schabloniserad menprövning kan göras och att de uppgifter som finns angivna i fakturaunderlaget kan lämnas ut.

För Region Jämtland Härjedalens del innebär en anslutning till tjänsten avseende utomlänsfakturering en kostnad på 3 miljoner kronor och finansieras genom medel från Personalmiljarden.

Förslag till beslut

1. Fakturaunderlag avseende utförd vård av patient tillhörande annat landsting/region kan lämnas ut och sändas genom Ineras tjänst för utomlänsfakturering.

2. Utlämnandet ska ske med stöd av schablonmässig menprövning samt principer som fastställts i Ineras regelverk.
3. Inera uppdras att, i rollen som personuppgiftsbiträde, verkställa beslut om utlämnande till angiven mottagare.
4. Ineras regelverk för digital utomlansfakturerings fastställs.

Expedieras till

Ekonomidirektör

Ekonomistrateg

Inera

Kerstin Wiss Holmdahl kerstin.wissholmdahl@skl.se för kännedom

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Digital utomlansfakturerings för utförd vård
- regelverk_digital_utomlansfakturerings_version_1.2
- bilaga_1_pm_uppgiftsutlämnande_vid_landstingsfakturerings_fo
- bilaga_2_forstudierapport_kommunikationslosning_utomregiona
- bilaga_3_sa_fungerar_tjansten_utomlansfakturerings_version_1

16. Ramverk avseende personuppgiftsansvar och gallring av information i 1177 Vårdguidens e-tjänster (RS/1318/2018)

Ärendebeskrivning

Med hänsyn till principen om uppgiftsminimering enligt den nya dataskyddsförordningen samt verksamhetsövergången till Inera har ett ramverk avseende personuppgiftsansvar och gallring tagits fram för 1177 Vårdguidens e-tjänster. Se bifogat ramverksdokument "Ramverk för gallring av information i 1177 Vårdguidens e-tjänster" (v 1.0, 2018-06-18). Ramverket ersätter det tidigare beslutsunderlaget "Gallring invånarsidan 1177 Vårdguidens e-tjänster" som skickades till landsting/regioner den 31 augusti 2017 och då godkändes via passivitet. Ramverket skiljer sig jämfört med tidigare beslutsunderlag främst i att ramverket avser både invånarsidan och vårdsidan, personuppgiftsansvaret i visst avseende är justerat och att tiden från avslutad kommunikation i ett ärende/meddelande till gallring är förlängd.

Ramverket kommer att läggas till grund för instruktioner till Inera för behandlingen av personuppgifter i 1177 Vårdguidens e-tjänster. Instruktionerna tas fram av Inera och utgör del av den tjänstebeskrivning som varje vårdgivare, inklusive sjukvårdshuvudman, kan teckna för att ansluta sig till 1177.

Ramverket har förankrats i Ineras Juridik- och informationssäkerhetsråd samt externa arkitekturråd.

Landsting och regioner rekommenderas att ställa sig bakom ramverkets målbild och styrande principer. Återkoppling från varje landsting och region önskas så snart som

möjligt, dock senast den 28 september 2018. Ramverket kommer därefter att godkännas av Ineras VD.

Förslag till beslut

Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom målbild och styrande principer i Ramverk avseende personuppgiftsansvar och gallring av information i 1177 Vårdguidens e-tjänster.

Expedieras till

Inera
Kommunikationsdirektör
IT-chef
Regionjurist

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Ramverk avseende personuppgiftsansvar
- Ramverk gallring 1177 Vårdguiden e-tjänster
- Gallring av information på invånarsidan i 1177 Vårdguidens e-tjänster (2017-08-30)

17. Trombektomi vid akut stroke (RS/1192/2018)

Ärendebeskrivning

Diskussionerna kring trombektomi i norra sjukvårdsregionen har pågått under en längre tid. Förbundsdirektören sammanfattade 2017-03-30 situationen för den akuta strokevården i Norra sjukvårdsregionen med följande reflektioner:

"Den akuta strokevården kräver samarbete i hela regionen för att bli långsiktigt hållbar och av hög kvalitet.

Förutom trombektomi finns det ett antal andra faktorer som påverkar resultatet av den akuta strokevården för hela patientgruppen. Allt från kunskapen hos patienter och anhöriga att söka hjälp till transporttider och handlägningsrutiner är viktigt för utfallet.

Akut strokevård är under stark utveckling såväl nationellt som internationellt och den kunskap som vi idag gör våra avvägande utifrån kan komma att ändras relativt snabbt.

I det enskilda patientfallet finns det två principiella faktorer som påverkar resultatet av en eventuell intervention. Det första är tiden som innefattar hela förloppet från insjuknande och första kontakten med sjukvården ända fram till avgörandet om intervention är aktuell. Tidsfönstrets storlek kan variera. Den andra faktorn är kompetensen i genomförandet som innefattar såväl beslut om att intervention ska göras, teknisk skicklighet liksom strategiska avgöranden under behandlingens gång. Här finns ett samband mellan volym och kompetens.

För den samlade gruppen patienter med behov av intervention i regionen finns det dessutom behov av ett excellent centrum som driver uppföljning, utveckling, utbildning och forskning inom området."

Mot bakgrund av ovanstående reflektioner drogs slutsatsen att utformandet av den akuta strokevården i norra Sverige är en utvecklingsprocess som kräver återkommande utvärderingar och ställningstaganden. Samsyn rådde på tjänstemannaledningsnivå kring ett antal utvecklingspunkter utom en punkt som angav att i väntan på ytterligare evidens skulle trombektomi vid stroke endast genomföras vid Norrlands Universitetssjukhus.

Arbetet med de nationella riktlinjerna för stroke har fortsatt och hösten 2017 presenterade Nationella programrådet för strokeriktlinjer kring hur vården bör utformas nationellt och vilka organisatoriska och kompetensmässiga krav som bör uppfyllas vid centra där trombektomi vid stroke genomförs. Nationella kunskapsstyrningsrådet godkände vid en första presentation inte riktlinjerna utan gav programrådet i uppdrag att ytterligare belysa internationellt arbete och evidens. När programrådet så vid årsskiftet 2017/2018 återkom med en kompletterad rapport var Norrlands representanter inte nöjda med rapporten. Rapporten innehöll vissa sakfel gällande Västernorrland och skriftlig reservation lämnades därutöver med följande innehåll.

”Den kompletterande rapporten ger inte svar på de frågor som ställs i uppdraget. Följande frågor är inte tillräckligt belysta.

Pågående aktiviteter i omvärlden vad avser uppbyggnad av verksamheter med trombektomi vid stroke i samarbete med PCI-enheter. Enligt den information vi har fått är sådan verksamhet under uppbyggnad i ett antal länder, både i Europa och i andra världsdelar. Detta gör att man i högre grad bör beakta möjligheterna att bygga upp sådan verksamhet även i Sverige och då inbegripa en utveckling på länssjukhusnivå.

Detta framkommer inte i den kompletterande rapporten.

Jämlikhetsaspekterna.

De stora avstånden i Sverige, inte minst i Norrland, medför stora svårigheter vid diagnoser och akuta tillstånd där prognosen är starkt beroende av ett mycket snabbt omhändertagande.

Denna situation löses inte heller med ett ökat antal ambulanshelikoptrar eller ambulansflygplan. Avstånden är fortfarande för långa vid den här typen av diagnos som kräver ett mycket snabbt omhändertagande. Även nyare typer av helikoptrar och flygplan måste rätta sig efter vädrets makter.

Ytterligare vetenskaplig evidens har sedan dess tillkommit som både styrker metodens värde och också visar att tidsfönstret då behandlingen kan förväntas vara framgångsrik för vissa patienter kan ökas till 16 timmar i utvalda fall, men fortfarande är det så att majoriteten av patienterna måste behandlas inom några timmar för att få någon effekt alls.

Med anledning av ovanstående har representanter för tjänstemannaledningarna i Norra regionen gemensamt utarbetat en gemensam utvecklingsplan. Norrlandstingens regionförbund beslutade 2018-05-16, § 38, att rekommendera

landstinget/regionerna att ställa sig bakom förslaget avseende utveckling av behandling av trombeaktomi vid akut stroke i Norra sjukvårdsregionen.

Förslag till beslut

1. Region Jämtland Härjedalen godkänner den gemensamma utvecklingsplanen för trombeaktomi i norra sjukvårdsregionen.
2. Regiondirektören får i uppdrag att kontakta St Olavs universitetssjukhus för att säkerställa att patienter kan skickas dit när väder eller andra omständigheter gör det omöjligt att skicka patient till NUS.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Trombeaktomi vid akut stroke
- Protokollsutdrag Förbundsdirectionen 2018-05-16 § 38 Trombeaktomi vid akut stroke
- Bifogad fil: "Trombeaktomi utvecklingsplan.pdf"

18. Förslag till ändrat samarbetsavtal mellan Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling (Skandionkliniken) och Sveriges landsting och regioner (RS/1326/2018)

Ärendebeskrivning

Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling (KAS) bildades 2006 av de sju landsting och regioner som innehar universitetssjukhus för att uppföra och driva en nationell anläggning för protonstrålning, Skandionkliniken. Målsättningen är att kunna tillhandahålla jämlik tillgång till denna högspecialiserade behandlingsform till alla patienter som behöver, oavsett bostadsort i Sverige.

År 2012 slöts ett samarbetsavtal mellan KAS och Sveriges landsting och regioner angående finansieringen av kommunalförbundets kostnader. Enligt samarbetsavtalet ska hälften av de budgeterade kostnaderna täckas genom abonnemangsentäkter och hälften genom ett fast pris per fraktion.

I augusti 2015 behandlades den första patienten på Skandionkliniken. Remitteringen av patienter har därefter inte ökat i den takt som förutsågs, dels i utredningarna inför uppförandet av Skandionkliniken och dels inför att samarbetsavtalet utformades. Intäkterna har därför blivit betydligt lägre än kostnaderna med underskott som följd. År 2017 var resultatet -52,2 mkr och år 2016 var det -37,7 mkr. För 2018 är prognosen ett resultat på omkring -50 mkr.

Skandionkliniken har höga fasta kostnader i form av kapitalkostnader för materiella anläggningstillgångar och hyra för fastigheten samt även för personal, medan de rörliga kostnaderna för att behandla ytterligare en patient är låga. Samtidigt är kapacitetsutnyttjandet lågt och Skandionkliniken skulle behöva få in fler patienter. Bedömningen är samtidigt att det finns ett behov av protonbehandling som inte tillgodoses i dag.

Under de förutsättningar som råder kommer det inte vara möjligt för

kommunalförbundet att få en ekonomi i balans endast genom kostnadsminskningar. Bedömningen är att en höjd abonnemangsavgift är att föredra framför ett höjt pris per fraktion. Det motsvarar bättre den kostnadsbild som Skandionkliniken har samtidigt som den styr remissflödet på ett mer korrekt sätt. Mot bakgrund av detta föreslår kommunalförbundet och medlemmarna gemensamt att samarbetsavtalet ska omförhandlas så att abonnemangsavgiften höjs till 70 procent av kostnaderna för Skandionkliniken.

När kapacitetsutnyttjandet är lågt medför varje extra utförd fraktion låga extra kostnader för Skandionkliniken men betydande intäkter. För att uppmuntra landstingen och regionerna att remittera många fler patienter i nuvarande situation anser kommunalförbundet och dess medlemmar att direktionen ska ha möjlighet att införa en mängdrabatt. Således föreslås möjligheten för direktionen att besluta att priset sänks till hälften för fraktioner utöver landstingets/regionens kvot under året, beräknat på befolkningsandel och de antal fraktioner som budgeten baseras på.

Skandionkliniken har uppförts för att ge högspecialiserad behandling för patienter i hela landet. Det förutsätter att landstingen och regionerna remitterar de patienter för vilka protonstrålning har förutsättningar att ge ett bättre behandlingsresultat med färre biverkningar än fotonstrålning, ”traditionell strålbehandling”.

Sammanfattningsvis innehåller det nya samarbetsavtalet följande förändringar:

- Abonnemangsavgiften höjs till 70 procent av kostnaderna från och med år 2019.
- Priset per fraktion räknas upp med LPIK exklusive läkemedel.
- Direktionen ges möjlighet att vid lågt kapacitetsutnyttjande införa en mängdrabatt. Rabatten innebär att priset per fraktion sänks till hälften för beställda fraktioner utöver landstingets/regionens kvot, beräknad som befolkningsandel multiplicerad med antalet budgeterade fraktioner.
- Det tydliggörs i avtalet att landstingen och regionerna har ansvar för att aktuella patienter i det egna landstinget/regionen remitteras till universitetssjukhusens onkologkliniker, som i sin tur ansvarar för att patienter remitteras till Skandionkliniken.

För Region Jämtland Härjedalen innebär detta att abonnemangsavgiften som debiteras enligt regionens befolkningsandel höjs från 1 133 000 kronor per år till 1 586 200 kronor dvs en ökning med 485 000 kronor.

För alla fyra norrlandstingen har Norrlandstingens Regionförbund har i sin uppföljning noterat följande rörliga kostnader och patienter. Hur volymen patienter är från Jämtland Härjedalen framgår inte av den uppföljningen.

Se tjänsteskrivelsen för tabell

Tabell 5. Antal patienter och rörlig kostnad mnkr, Skandionkliniken

Källa: Skandionkliniken

Vid ekonmidirektörsnätverkets möte i maj presenterades denna förändring där delgavs information om patientvolymen 2017. Av den framgår att i Norra sjukvårdsregionen kom 1 patient från Norrbotten, 1 patient från Västerbotten, 3 från Västernorrland och 1 patient från Jämtland. Andra områden har större nyttjande t ex Dalarna 20, Gävleborg 11 och Uppsala 16 patienter.

Av denna beskrivning framgår att det är stora skillnader i landet kring nyttjandet av denna resurs. Det bör diskuteras i norra sjukvårdsregionen vad som ligger bakom de stora skillnaderna i nyttjandet.

Förslag till beslut

1. Region Jämtland Härjedalen godkänner det förändrade samarbetsavtalet med Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling (KAS).
2. Den ökade kostnaden ska beaktas när förslag till finansplan 2019-2021 utarbetas.
3. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att till kommande NRFdirektionens möte be om fördjupad analys kring norra sjukvårdsregionens nyttjande av Skandionkliniken.

Expedieras till

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Norrlandstingens regionförbund
Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling (KAS)

Beslutsunderlag

- Förslag till ändrat samarbetsavtal mellan Skandionkliniken och Sveriges regioner och landsting
- Missiv: Förslag till ändrat samarbetsavtal mellan Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling och Sveriges landsting och regioner
- Förslag till ändrat samarbetsavtal mellan Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling och Sveriges landsting och regioner
- Presentation i Kalmar 17-18 maj 2018_skandion

19. Riktlinje för intern styrning och kontroll (RS/598/2018)

Ärendebeskrivning

Vid regionfullmäktiges sammanträde den 19—20 juni 2018, antogs ett reviderat reglemente för intern styrning och kontroll. Denna riktlinje beskriver hur reglementet ska tillämpas i verksamheten i form av övergripande arbetssätt. Riktlinjen beskriver vad arbetet med intern styrning och kontroll innebär för Region Jämtland Härjedalen och tydliggör hur processen för intern styrning och kontroll är integrerad med planeringen, genomförandet, uppföljningen och förbättringen av verksamheten. Det åligger Regionstyrelsen, nämnderna och förvaltningarna att riktlinjen för intern styrning och kontroll efterlevs.

Förslag till beslut

Riktlinje för intern styrning och kontroll antas.

Expedieras till

Handläggare sekretariatet
Regionala utvecklingsnämnden, Vårdsnämnden, Patientnämnden

Beslutsunderlag

- Rjänsteskrivelse Riktlinje för intern styrning och kontroll
- Riktlinje för intern styrning och kontroll

20. Svar på begäran om förtydligande av svaret på granskning av det suicidpreventiva arbetet (RS/207/2018)

Ärendebeskrivning

Regionens revisionskontor har genomfört en granskning av det suicidpreventiva arbetet 2017. Granskningen har syftat till att svara på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av att det sker ett systematiskt förbättringsarbete för att närma sig fullmäktiges nollvision för suicid. Regionstyrelsen besvarade den granskningen 2018-05-30 § 115.

Revisorerna har nu begärt förtydliganden av svaret i fyra punkter och det ska besvaras senast 31 augusti. Paragrafen bör därför justeras omedelbart.

Ett förslag till svar har upprättats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Förslag till beslut

1. Upprättat förslag till svar på begäran om förtydliganden av svar på granskning av det suicidpreventiva arbetet 2017 antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Områdeschef Psykiatri

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på förtydligande av svar på granskning av det suicidpreventiva arbetet
- Svar på förtydligande av svaret på granskning av det suicidpreventiva arbetet 2017
- Begäran om förtydligande av svaret på granskning av det suicidpreventiva arbetet 2017

21. Svar på granskning av geriatrisk kompetens (RS/756/2018)

Ärendebeskrivning

PwC har på uppdrag av och under ledning av revisionskontoret utfört en granskning av den geriatriska kompetensen inom Region Jämtland Härjedalen. Syftet med granskningen har varit att granska om regionstyrelsen har tillfredsställande kontroll

av att det finns en tillräcklig geriatrisk kompetens för att upprätthålla en god och säker vård för multisjuka äldre.

Revisorerna vill att regionstyrelsen senast den 1 juni redovisar vilka åtgärder som styrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet. Regionstyrelsen har begärt och medgett förlängd svarstid så att svaret kan behandlas på styrelsens sammanträde 28 augusti.

Ett förslag till svar har upprättats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Förslag till beslut

1. Upprättat förslag till svar på granskning av geriatrisk kompetens antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Utdrag och svar skickas till regionens revisorer
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Vårdstrateger

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på granskning av geriatrisk kompetens
- Svar på granskning av geriatrisk kompetens
- Granskning av geriatrisk kompetens
- Revisionsrapport Granskning av geriatrisk kompetens

22. Svar på granskning av Region Jämtland Härjedalens anläggningsregister (RS/757/2018)

Ärendebeskrivning

Deloitte AB har under ledning av revisionskontoret, på uppdrag av regionens förtroendevalda revisorer, genomfört en granskning av regionens rutiner för hantering av anläggningsregistret. Granskningen har velat ta reda på om regionen har ändamålsenliga rutiner för att anläggningsregistret avseende att materiella anläggningstillgångar hanteras på ett korrekt sätt.

Granskningen har visat att löpande inventering inte skett och att information saknas för att på ett tillfredsställande sätt kunna identifiera de materiella tillgångarna.

Regionstyrelsen instämmer i stort sätt med de punkter som granskningen uppmärksammat. Med anledning av detta har regionstyrelsen ytterligare förstärkt sitt arbete med den interna kontrollen genom att upprätta en inventerings- och avstämningsrutin för anläggningsregistret.

Revisorerna vill att regionstyrelsen senast den 31 augusti redovisar de åtgärder som regionstyrelsen vidtagit eller avser att vidta med anledning av granskningsresultatet. Paragrafen bör därför justeras omedelbart.

Ett förslag till svar har upprättats inom ekonomiavdelningen.

Förslag till beslut

1. Upprättat förslag till svar på granskning av anläggningsregister antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Svar och utdrag skickas till Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen
Peter Rönnholm, Ekonomidirektör
Helen Persson, chef ekonomi- och löneservice
Solbritt Wennerberg, Redovisningsansvarig

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på granskning av Region Jämtland Härjedalens anläggningsregister
- Svar till Region Jämtland Härjedalens revisorer angående anläggningsregistret
- Granskning av anläggningsregister
- Revisionsrapport Granskning av anläggningsregister

23. Svar på granskning av folkhälsoarbetet (RS/758/2018)

Ärendebeskrivning

Regionens revisorer har med stöd av konsultresurser från KPMG granskat Region Jämtland Härjedalens folkhälsoarbete. Syftet har varit att svara på om regionstyrelsen har en god överblick och styrning av folkhälsoarbetet i relation till fattade beslut samt tidigare rekommendationer efter genomförd granskning 2015. Region Jämtland Härjedalens revisorer har därför uppdragit till revisionskontoret att genomföra en uppföljande granskning av folkhälsoarbetet utifrån den granskning som gjordes 2015 (Rev/15/2015).

Rapporten pekar ut ett antal förbättringsområden där fortsatt fokus på insatser för att stödja kommunerna med centrala resurser från regionens folkhälsoenhet behövs men även att genomföra ett antal insatser inom egen verksamhet för att förtydliga det gemensamma uppdraget. Uppdraget är att utveckla goda levnadsvanor samt i ett samhällsperspektiv skapa en jämnare fördelning av resurserna för att garantera goda levnadsförhållanden.

Revisorerna vill att regionstyrelsen senast den 1 juni redovisar vilka åtgärder styrelsen vidtar eller avser att vidta med anledning av granskningsresultatet. Styrelsen har dock fått förlängd svarstid så att svaret kan behandlas på regionstyrelsens sammanträde 28 augusti.

Ett förslag till svar har upprättats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen tillsammans med chef för folkhälsoenheten.

Förslag till beslut

1. Upprättat förslag till svar på granskning av folkhälsoarbetet antas.

2. Regiondirektören får i uppdrag att revidera de politiska organens reglementen så att det politiska ansvaret för folkhälsofrågorna tydliggörs när den politiska organisationen förändras 1 januari 2019.

3. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Utdrag och svar skickas till regionens revisorer
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Folkhälsopolitisk strateg
Chef Folkhälsoenheten
Biträdande primärvårdscchef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på granskning av folkhälsoarbetet
- Svar på granskning av folkhälsoarbetet
- Granskning av folkhälsoarbetet
- Slutrapport uppföljande granskning Folkhälsoarbetet

24. Svar på remiss Indelningskommitténs betänkande Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå (2018:10) (RS/729/2018)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har beretts möjlighet att besvara en remiss kring Indelningskommitténs betänkande Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå (2018:10).

Kommittén tillsattes i juli 2015 och fick i uppdrag att föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebar att Sverige skulle delas in i väsentligt färre län och landsting. Den 30 juni 2016 överlämnades delbetänkandet Regional indelning – tre nya län (SOU 2016:48), i vilket kommittén föreslog att tre nya län skulle bildas fr.o.m. 2018 och att motsvarande landsting skulle bildas fr.o.m. 2019. Regeringen valde att inte fortsätta bereda förslagen i delbetänkandet.

Den 22 juni 2017 beslutade regeringen om ett tilläggsdirektiv där uppdraget att dela in Sverige i färre län och landsting utgick. Uppdraget i fråga om statliga myndigheters regionala indelning förtydligades och kommittén fick i uppdrag att föreslå en samordnad regional indelning för relevanta myndigheter.

Kommittén behöll uppdraget i fråga om beteckningen för kommuner på regional nivå och fick även i uppdrag att föreslå ändringar indelningslagen om vilken hänsyn som ska tas till berörda landstings och kommuners samt befolkningens synpunkter vid ändringar i landstingsindelningen.

Kommittén fick även i uppdrag att kartlägga landstingens samverkan och redogöra för hur landstingen ser på den framtida utvecklingen när det gäller samverkan.

Kommittén föreslår bland annat en myndighetsgemensam regional indelning för tio

statliga myndigheter och att Region blir ny beteckning på landstingen.

Remissen ska besvaras senast 31 augusti, paragrafen bör därför justeras omedelbart.

Förslag till beslut

1. Upprättat förslag till svar på remiss Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå (2018:10) antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Svar skickas till Finansdepartementet
Planeringschef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på remiss Indelningskommitténs betänkande Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå (2018:10)
- Svar på remiss: Indelningskommitténs betänkande Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå (2018:10)
- Remissmissiv: Myndighetsgemensam indelning – Samverkan på regional nivå (2018:10)
- Sammanfattning av Remiss: Indelningskommitténs betänkande Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå (2018:10)

25. Svar på remiss Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land (Ds 2018:26) (RS/1137/2018)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har av Finansdepartementet beretts tillfälle att avge yttrande över remiss, Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land (Ds 2018:26).

I promemorian föreslås att en person som, i ett land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, har politiska uppdrag på lokal eller regional nivå ska ha rätt till tjänstledighet från anställning i Sverige. Detta föreslås regleras i en ny lag. Det föreslås även att riksdagen godkänner ett avtal mellan Sverige och Danmark om gränspendlares rätt till tjänstledighet från arbete för att kunna fullgöra politiska uppdrag på lokal och regional nivå. Den nya lagen föreslås träda i kraft den 1 mars 2019.

Ett förslag till svar har upprättats inom samordningskansliet där Region Jämtland Härjedalen tillstyrker promemorians förslag till lagstiftning. Remissen ska besvaras senast 21 augusti men vi har beviljats förlängd svarstid till 29 augusti. Paragrafen bör därför justeras omedelbart.

Förslag till beslut

1. Upprättat förslag till svar på remiss Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land antas.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Svar skickas till Finansdepartementet
Regionjurist

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på remiss Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land (Ds 2018:26)
- Svar på remiss Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land (Ds 2018:26)
- Missiv Remiss Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land - undanröjande av ett gränshinder (Ds 2018:26)
- Remiss Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land - undanröjande av ett gränshinder (Ds 2018:26)

26. Svar på remiss Förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination (RS/1226/2018)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på EU-kommissionens förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination. Förslaget ska behandlas i rådet med målsättningen att kunna antas före årets slut. Förhandlingarna i rådsarbetsgruppen för hälsa inleds under juli och fortsätter sedan i oktober 2018.

Rekommendationen syftar till att stärka samarbetet och samordning mellan EU-länder, näringslivet och andra berörda relevanta aktörer för att hjälpa till att öka vaccinationstäckningen, främja möjligheten till anpassning av vaccinationsscheman i hela EU, främja acceptansen av vaccination, stödja vaccinforskning och utveckling och stärka tillgången på, upphandling och förvaltning av lagren av vaccin, bland annat i nödsituationer.

De åtgärder som förslås bör i slutändan minska förekomst av sjukdomar som kan förebyggas med vaccination, öka medborgarnas hälsa och förbättra hälsoskyddet inom EU som helhet.

Ett förslag till svar har upprättats inom Område Patientsäkerhet med stöd av smittskyddsläkaren. Remissen ska besvaras senast 10 september.

Förslag till beslut

Upprättat förslag till svar på remiss Förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination antas.

Expedieras till

Svar på remiss skickas till Socialdepartementet
Chef Område Patientsäkerhet
Smittskyddsläkaren

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på remiss Förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination
- Svar på remiss Förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination
- Missiv till Remiss: Förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination
- Förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination

27. Uppdrag till regiondirektören om svar på remiss avseende förslag till Socialstyrelsens föreskrifter om nationell högspecialiserad vård (RS/1296/2018)

Ärendebeskrivning

Den 1 juli 2018 genomförs ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som innebär att en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården kommer till. Den nya processen ersätter systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Syftet är att skapa förutsättningar för en ökad koncentration av den högspecialiserade vården och därigenom även för en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård.

För att få bedriva nationell högspecialiserad vård kommer det att krävas tillstånd. Beslut om sådana tillstånd ska fattas av en ny nämnd, Nämnden för nationell högspecialiserad vård, som inrättas som ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen. Nämndens uppgift är att efter ansökningar från landstingen, besluta om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Besluten ska baseras på en bedömning av i vilken mån ett landsting uppfyller de uppdrags- och kravbeskrivningar som Socialstyrelsen tillsammans med sakkunniggrupperna har tagit fram. Tillstånden ska gälla tillsvidare, vara förenade med villkor och kunna återkallas under vissa förutsättningar.

Ett syfte med den föreslagna författningen är att säkerställa att de landsting som bedriver högspecialiserad vård uppfyller de olika kvalitetskrav som är förenade med att bedriva sådan vård. Regler behövs t.ex. om landstingens ansvar, när verksamheten ska påbörjas samt skyldigheten att anmäla förändringar av verksamheten. När det gäller den möjlighet som Socialstyrelsen har att återkalla tillstånd finns det behov av att meddela föreskrifter om t.ex. uppsägningstid.

En alternativ lösning till den nu föreslagna regleringen är att vara mer detaljerad och specifik i föreskrifterna. Socialstyrelsen bedömer att det inte är lämpligt i nuläget. Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen kommer att träda i kraft den 1 juli 2018 och Socialstyrelsens författning föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

Författningen vänder sig till landsting som har för avsikt att ansöka om tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård eller på något annat sätt är berörda av den nya beslutsprocessen. Förutom landstingen är Socialstyrelsen berörd. Andra grupper

och aktörer som berörs är exempelvis patienterna, de privata vårdgivare som eventuellt har avtal med ansvarigt landsting att kunna bedriva högspecialiserad vård samt företrädare för forskningen. Även de landsting som inte bedriver högspecialiserad vård kan genom författningen få en uppfattning om de krav som ställs på verksamheten.

Eftersom detta främst är föreskrifter som inte direkt berör Region Jämtland Härjedalen räcker det med ett tjänstemannasvar på denna remiss. Men eftersom detta är första beskrivningen av den nya hanteringen av beslutsprocessen för nationella högspecialiserad vård är det av intresse att regionstyrelsen får ta del av föreskriften.

Regiondirektören kommer framföra att Region Jämtland Härjedalen inte har några synpunkter på de föreslagna föreskrifterna, men kommer med intresse att följa hur Socialstyrelsen utformar kraven. Däremot kommer regiondirektören att uppmärksamma Socialstyrelsen att i utvärdering av denna förändrings betydelse för landstingen måste också hemlandstingens kostnader, reseplanering och resekostnader vägas in.

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsen noterar med intresse informationen om beslutprocessen för den nationella högspecialiserade vården.
2. Regionstyrelsen uppdrar till regiondirektören att avge remissvar.

Expedieras till

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Regionöverläkare

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppdrag till regiondirektören att svara på remiss avseende förslag till Socialstyrelsens föreskrifter om nationell högspecialiserad vård
- Remiss - missiv - Föreskrifter om nationell högspecialiserad vård (Dnr 4.1-15563/2018)
- Remiss: Förslag till föreskrifter om nationell högspecialiserad vård (Dnr 4.1-15563/2018)
- Remiss: Föreskrifter om nationell högspecialiserad vård - Formulär
- Konsekvensutredning Remiss: Föreskrifter om nationell högspecialiserad vård -

28. Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2018

Delegeringsbeslut

- RS/844:2/2018 Delegationsbeslut Dokumenthanteringsplan - Allmän administration
- RS/992:11/2018 Beslut - Rutin för registerutdrag och klagomålshantering enligt dataskyddsförordningen
- RS/714:4/2018 Delegationsbeslut Svar på remiss av SOU 2018:4 Framtidens biobanker
- RS/714:5/2018 Svar på remiss av SOU 2018:4 Framtidens biobanker

- RS/610:13/2016 Delegationsbeslut Revidering av avgiftshandbok
- RS/1185:4/2018 Upphandlingsuppdrag - Laser för behandling av njursten och tumörer i urinvägarna
- RS/664:1/2018 Delegationsbeslut om fördelning av ansvar för informationssäkerhet
- RS/254:3/2018 Delegationsbeslut Personalmiljarden beslutsomgång 2
- RS/254:6/2018 Delegationsbeslut Regionstabschefens fördelningsutrymme statliga medel, personalmiljarden
- RS/519:6/2018 Delegationsbeslut fattade av chefer - Anställningar 180517-180815
- RS/1307:1/2018 Upphandlingsuppdrag - Arkivering och scanning av patientjournaler
- RS/1091:1/2018 Upphandlingsuppdrag - Percutana coronara interventioner

29. Anmälan av inkomna handlingar till regionstyrelsen 2018

Anmälningar

- RS/1191:1/2018 Framtagande av gemensam målbild för samverkan i Norra sjukvårdsregionen
- RS/1191:2/2018 Bifogad fil: "Målbild för sjukvårdsregional samverkan.pdf"
- RS/95:5/2018 Finansrapport Mars 2018
- RS/95:6/2018 Riskkontrollrapport Mars 2018
- RS/95:7/2018 Finansrapport April 2018
- RS/95:8/2018 Riskkontrollrapport April
- RS/95:9/2018 Finansrapport Maj
- RS/95:10/2018 Riskkontrollrapport Maj
- RS/1484:2/2018 Information om Handlingsplan Agenda 2030
- RS/1484:1/2018 Handlingsplan Agenda 2030. 2018-2020
- RS/2771:4/2017 Tilläggsöverenskommelse mellan staten och SKL till Patientmiljarden 2018
- RS/729:4/2018 Remissyttrande från Tankesmedjan Framtid för Jämtland

30. TILL FULLMÄKTIGE

31. Revidering av reglemente för kulturpris och stipendier (RS/1189/2018)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har delat ut årliga kulturstipendier sedan 1966, ett årligt kulturpris sedan 1990 och ett årligt samiskt stipendium sedan 1999 som regleras genom Reglemente för kulturpris och stipendier (LS/927/2014). Under processen för en ny Kulturplan för Region Jämtland Härjedalen 2019-2022 (RUN/363/2017) så har

behov framkommit att inrätta arbetsstipendier för professionella kulturskapare.

På nationell nivå finns stöd till enskilda kulturskapare och flera regioner, exempelvis Västerbotten och Norrbotten, har infört motsvarande stödsystem för att främja kulturskapers möjligheter till konstnärligt skapande. Förslaget innebär att komplettera Region Jämtland Härjedalens reglemente för priser och stipendier med sökbara arbetsstipendier inom bild- och formkonst, litteratur och scenkonst. Syftet är att möjliggöra konstnärlig utveckling för professionella kulturskapare i länet. För detta avsätts 50 000 årligen per stipendium inom tilldelad budgetram. Förslaget innebär även justering av nuvarande regler för kulturpriset där kravet på den konstnärliga gärningen lyfts fram, samt för stipendierna till unga kulturutövare där fokus ska ligga på utbildning.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2018-06-12 § 108 och föreslår regionfullmäktige:

1. Regler för Region Jämtland Härjedalens stipendier och pris inom kulturområdet antas.
2. De nya reglerna ersätter Reglemente för kulturpris och stipendier (LS/927/2014).

Förslag till beslut

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

Expedieras till

Regionfullmäktige

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Revidering av reglemente för kulturpris och stipendier
- Förslag till Regler för Region Jämtland Härjedalens stipendier och pris inom kulturområdet
- §108 Regionala utvecklingsnämnden Revidering av reglemente för kulturpris och stipendier

32. Svar på medborgarförslag om att förkorta långa väntetider på akutmottagningen (RS/944/2018)

Ärendebeskrivning

Det har inkommit ett medborgarförslag om att förkorta långa väntetider på akutmottagningen. Förslagsställaren exemplifierar sitt förslag genom att lyfta fram Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och ett pilotprojekt där lediga akutläkare kan gå in och arbetar under vissa timmar på ackord för att frigöra tid för ordinarie tjänstgörande läkare att ta sig an mer komplicerade vårdfall. Något som visat sig förkorta väntetiderna.

Alla patienter som kommer till akutmottagningen bedöms, triageras, utifrån de besvär och symtom man söker för. Triageringen görs av sjuksköterska enligt bedömningsstödet RETTS. RETTS ger då en rekommendation om prioriteringsnivå. Låg prioritering innebär att patienten, tyvärr, kan få vänta länge vid hög belastning medan högprioriterade tas omhand brådskande.

Region Jämtland Härjedalen anser, likt förslagsställaren, att det är angeläget att förkorta väntetiderna. Olika arbetssätt har därför testats över tid för att hitta lösning med syfte att korta väntetiderna. I de olika arbetssätten har oftast inte läkarbemanningen ingått, istället är det sjuksköterskors och undersköterskors arbetssätt som har varit aktuella för förändringar. Det ökade inflödet av patienter på akutmottagningen har till viss del krävt en ökad bemanning av läkare men då är det klinikerna som ökat sin läkarbemannning.

Ett sätt för att minska väntetider är att akutmottagningen har ”snabbspår” för vissa svårare sjukdomstillstånd, t.ex. patienter med höftfrakturer, hjärtsvikt eller stroke. Detta frigör tid för övriga patienter.

Införandet av lättakuter i primärvården under våren 2018 är också en åtgärd som ska ge effekt på akutmottagningen. Patienter med enklare besvär, vilka ofta blir lågprioriterade med längre väntetider, har nu möjlighet att uppsöka primärvården utan att boka tid. Akutmottagningen har också möjlighet att hänvisa lämpliga patienter som kommer till akutmottagningen till en lättakut.

Att arbeta enligt projektet på Sahlgrenska sjukhuset kräver en läkarkompetens som inte akutmottagningen vid Östersunds sjukhus har tillgång till. För att klara av att handlägga patienter enligt streamteam krävs läkarkompetens med bred kunskap om akuta sjukdomar och hur de ska handläggas. Eftersom klinikernas läkare inte har rätt kompetens är det inte möjligt för dem att bemanna ett streamteam under sin jourledighet.

Akutläkarspecialiteten är en ny basspecialitet inom sjukvården sedan år 2015, tidigare fanns möjlighet till fortbildning från annan specialitet, och de stora sjukhusen har ofta varit föregångare jämfört med mindre sjukhus att införa specialiteten. Akutläkare har kompetensen att bedöma och handlägga patienter med akut uppkomna besvär utan någon begränsning till organsystem eller diagnoser. Efter att det blev en egen basspecialitet har många mindre sjukhus påbörjat införande av akutläkare. Funktion och arbetssätt för akutläkare skiljer sig åt mellan olika sjukhus, man försöker hitta bästa lösningen för just den mottagningens behov.

Att införa akutläkare innebär inte att man kan ta bort andra läkarkompetenser på akutmottagningen. Det behövs specialister med djup kunskap i medicin, ortopedi, kirurgi, barnmedicin, gynekologi mm. Det perspektivet måste vägas in vid ett eventuellt införande av läkare som är bredare i sin kompetens men inte har samma fördjupade kunskap i många av de sjukdomstillstånd som förekommer på akutmottagningen.

Funktion och arbetssätt för akutläkare skiljer sig åt mellan olika sjukhus, man försöker hitta bästa lösningen för just den mottagningens behov. Akutmottagningen i Östersund följer utvecklingen av bemanning med akutläkare på olika sjukhus men sammanfattningsvis konstateras att Region Jämtland Härjedalen för närvarande inte har förutsättningarna att införa akutläkare vid akutmottagningen.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget avslås.

Expedieras till
Förslagsställaren
Chef Område Akutvård
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse svar på medborgarförslag om att förkorta långa väntetider på akutmottagningen
- Svar på medborgarförslag om att förkorta långa väntetider på akutmottagningen
- Medborgarförslag om att korta långa väntetider på akutmottagningen (utan personuppgifter)

33. Informationer

Ärendebeskrivning

Redovisning från konferenser, utskott mm



1

Program för regionstyrelsen 28 augusti 2018

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

2018-08-27

Program för styrelsen 28 augusti 2018

Tid: Tisdag 28 augusti 08.30 – 12.20 Hörsalen - Öppet sammanträde
13.20 – 17.00 Musslan

Tisdag den 28 augusti

- | | | |
|-------|---|----------------------------|
| 08.30 | Regiondirektörens rapport | Hans Svensson |
| | - Bemanningsprojektet | |
| | - Resultatförbättrande åtgärder, åtgärdspaketen och ekonomisk krisledning | |
| | - Uppföljning av läget under sommaren i vården samt bränderna | |
| | - Akutsjukvård i extrem glesbygd, AXG | |
| 09.30 | Paus | |
| 10.00 | Månadsrapport maj och juni samt prel. resultat juli | Peter Rönnholm |
| 10.30 | Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplanering 2019 | |
| 10.45 | Svar på remiss om högspecialiserad vård | Urban Tirén |
| 11.00 | Uppföljning tvångsvård | Ylva Drevstad Frid |
| 11.20 | Plan för utveckling av Rakel | Göran Zackrisson |
| 11.40 | Svar på granskning av geriatrisk kompetens | Anna Frisk
Anna-Kerstin |
| | Lejonklou | |
| 12.00 | Svar på remiss Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå | Ingela Jönsson |
| 12.20 | Lunch | |
| ----- | | |
| | Musslan | |
| 13.20 | Regiondirektörens rapport | Hans Svensson |
| | - Information om avtal med Fjällhälsan | |
| 13.40 | Utvecklingsplan för Cosmic | Marit Nilsson |

- 14.00 Digital utomlänsfakturerings för utförd vård Peter Rönnholm
- 14.20 Redovisning från konferenser, utskott mm
- 14.30 Partigrupper
- 16.00 Beslutsärenden
- 17.00 Slut

Offentligt sammanträde

Dagens information till regionstyrelsen den 28 augusti 08.30-12.20 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 maj och juni 2018

RS/5/2018



2018-07-12

Ekonomi- och personalavdelningen

Jennie Eriksson

Tfn:

E-post: jennie.a.eriksson@regionjh.se

RS/5/2018

Månadsrapport juni 2018

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens ackumulerade resultat uppgick till -144,9 miljoner kronor till och med juni 2018.

Nettokostnadsutvecklingen för perioden januari till och med juni 2018 var 113,5 miljoner kronor högre jämfört med motsvarande period 2017, vilket ger en nettokostnadsökning med 5,5 procent. Nettokostnadsutvecklingen har dock minskat jämfört med årets första månader.

Region Jämtland Härjedalens bruttokostnader har efter juni månad ökat med 6,1 procent, motsvarande 147,7 miljoner kronor jämfört med samma period 2017.

Den positiva trenden att kostnader för bemanningsföretag minskar håller fortsatt i sig även efter juni och har minskat med 25,5 procent, motsvarande 23,4 miljoner kronor. Personalkostnaderna har ökat med 102,8 miljoner kronor, motsvarande 8,1 procent jämfört med juni 2017. Kostnad för läkemedel har ökat med 18 miljoner kronor.

Intäkterna har ökat med 9,1 procent, motsvarande 34 miljoner kronor, främst i form av ökade bidrag.

Likviditeten förstärktes under juni med ytterligare 50 miljoner kronor i lån från Kommuninvest. Den totala låneskulden uppgår därefter till 200 miljoner kronor, inkluderat föregående års lån. Ytterligare låneutrymme finns under året med 81 miljoner kronor.

Helårsprognosen ligger kvar oförändrad på -200 miljoner kronor.

Regiondirektörens förslag

1. Månadsrapport juni 2018 godkänns.

I tjänsten
Hans Svensson

Peter Rönnholm

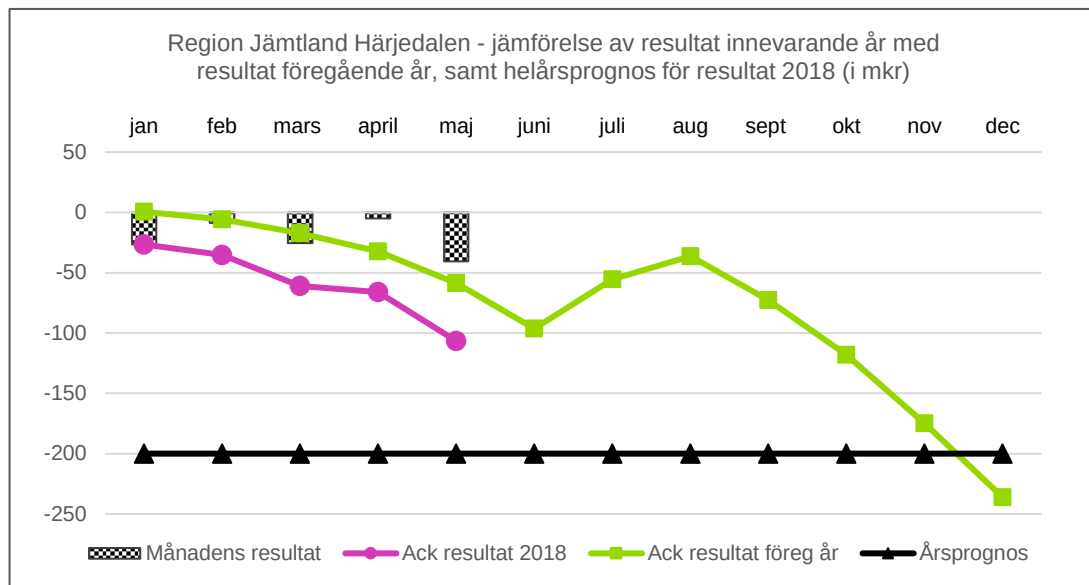
Regiondirektör

Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör

Månadsrapport maj 2018



Sammanfattning

Ekonomi

Resultatet efter maj månad uppgick till -106,6 miljoner kronor.

Nettokostnadsutvecklingen uppgick till 6,1 procent. De största kostnadsökningarna avser fortsatt personalkostnader och läkemedel.

Bruttokostnaderna har ökat med 6,1 procent, motsvarande 123,1 miljoner kronor. Verksamhetens intäkter har ökat med 6,2 procent, främst avseende statsbidrag och övriga bidrag.

Helårsprognosen ligger kvar oförändrad på -200 miljoner kronor.

Personal

Utförda tiden rullande 12 månader har ökat med 34 årsarbetare.

Kostnaden för inhyrda sjuksköterskor har minskat med 8,9 miljoner kronor jämfört med samma period föregående år. Kostnaderna för inhyrda läkare har minskat med 2,9 miljoner kronor.

Sjukfrånvaron fortsätter minska och framförallt i den längre frånvaron.

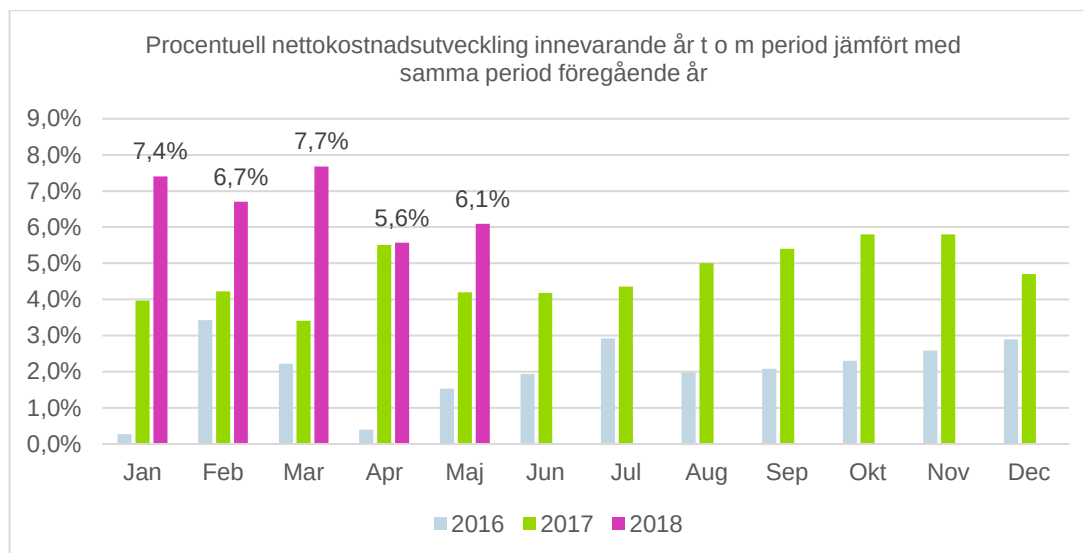
Verksamhet

Andel barn och unga som får ett första besök inom 30 dagar har förbättrats något uppgick efter maj till 58 procent.

Målen för tillgänglighet till vård nås fortsatt inte, dock visar Primärvården på förbättrad tillgänglighet.

Hans Svensson
Regiondirektör

Utvecklingen av regionens ekonomi januari-maj 2018



Region Jämtland Härjedalens ackumulerade resultat uppgick till -106,6 miljoner kronor till och med maj 2018, vilket var 48,2 miljoner kronor sämre jämfört med föregående år, då det ackumulerade resultatet uppgick till -58,4 miljoner kronor.

Nettokostnadsutvecklingen för perioden januari till och med maj 2018 var 102,8 miljoner kronor högre än under motsvarande period 2017, vilket ger en nettokostnadsökning med 6,1 procent. Även om nettokostnaden är långt ifrån målet på -2,5 procent så har nettokostnaden minskat något jämfört med årets första tre månader.

Den positiva trenden att kostnader för bemanningsföretag minskar håller i sig även efter maj månad. Jämfört med föregående år har en minskning skett med 13,5 miljoner kronor, 18,3 procent. Personalkostnaderna och läkemedelskostnaderna var efter maj fortsatt betydligt högre än föregående år.

Intäkterna fortsätter att öka och efter maj var ökningen 6,2 procent jämfört med föregående år.

Helårsprognosen ligger kvar oförändrad på -200 miljoner kronor. Åtgärder som pågår i verksamheten beräknas få effekt under hösten.

Verksamhetens bruttokostnader

Verksamhetens bruttokostnader fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden januari-maj	2017	2018	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt i miljoner kronor	2 014,9	2 138,0	123,1	6,1%
Varav personalkostn inkl pensionskostnad	1 052,1	1 144,4	92,2	8,8%
Varav riks- och regionvård	134,4	141,8	7,4	5,5%
Varav övrig köpt vård	38,4	43,0	4,6	12,0%
Varav läkemedel	171,8	190,3	18,4	10,7%
Varav sjukresor	28,3	30,2	1,9	6,7%
Varav bemanningsföretag	73,5	60,0	-13,5	-18,3%
Varav lokaler och övriga fastighetskostnader	52,3	58,6	6,3	12,0%
Varav reparation och underhåll	17,2	17,7	0,5	2,9%
Varav lämnade bidrag	121,0	121,5	0,5	0,4%
Varav övriga verksamhetsnära kostnader	171,6	176,6	5,0	2,9%
Varav övriga kostnader och avskrivningar	154,2	154,0	-0,2	-0,1%

Region Jämtland Härjedalens bruttokostnader har efter maj månad ökat med 6,1 procent, motsvarande 123,1 miljoner kronor jämfört med samma period 2017.

Kostnaden för bemanningsföretag fortsätter att minska och efter maj var minskningen 13,5 miljoner kronor, där kostnad för sjuksköterskor står för en minskning motsvarande 8,9 miljoner kronor medan kostnader för läkare har minskat marginellt med 2,9 miljoner kronor. Övrig hyrpersonal har minskat med 1,6 miljoner kronor.

Kostnader för läkemedel har ökat med 18,4 miljoner kronor jämfört med föregående år, motsvarande 10,7 procent. Ökningen beror främst på ökade kostnader inom lungmedicin samt inom reumatologi och hjärtsjukvård. Nya indikationer och tillkomst av ytterligare läkemedelsalternativ bidrar också till de ökade kostnaderna. Hjärtenhetens kostnader för läkemedel har också ökat. Även kostnader inom monoklonala antikroppar som används vid olika onkologiska indikationer har ökat, vilket också är ett av de dyraste läkemedlen. Läkemedlet ingår i nationellt ordnat införande och får allt fler indikationer.

Personalkostnaderna har ökat med 92,2 miljoner kronor, motsvarande 8,8 procent jämfört med maj 2017. Kostnadsökningen börjar dock att avta något, då ökningen var 10,7 procent i mars 2018 jämfört med 8,8 procent efter maj 2018.

Verksamhetens intäkter

Verksamhetens intäkter fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden januari-maj	2017	2018	Förändring	i %
Verksamhetens Intäkter totalt i miljoner kronor	327,4	347,7	20,2	6,2%
Varav patientavgifter exkl tandvård	28,6	29,4	0,8	2,7%
Varav statsbidrag och övriga bidrag	109,4	125,0	15,6	14,3%
Varav försäljning hälso- och sjukvård	101,5	97,1	-4,4	-4,3%
Tandvård	21,7	21,8	0,1	0,5%
Övrig försäljning, hjälpmedel och förråd	66,2	74,3	8,1	12,2%

Verksamhetens intäktsökning håller i sig och har efter maj ökat med 20,2 miljoner kronor jämfört med samma period 2017. Den största ökningen avsåg statsbidrag och övriga bidrag som har ökat med 15,6 miljoner kronor jämfört med föregående år.

Försäljning av hälso- och sjukvård har däremot minskat med 4,4 miljoner kronor jämfört med föregående år. Patientavgifterna exklusive tandvård har ökat med 0,8 miljoner kronor.

Tandvård har nu ökat marginellt mot föregående år och övrig försäljning har ökat med 8,1 miljoner kronor.

Verksamhetens resultat jämfört med budget

Verksamhet i miljoner kronor, per förvaltning/nämnd	Utfall maj 2018	Budget maj 2018	Avvikelse ack utfall mot ack budget maj 2018	Årsprognos 2018 budget- avvikelse	Utfall maj 2017
Akutvård	-157,5	-144,4	-13,0	-38,0	-140,0
Barn- och ungdomsmedicin	-59,8	-51,8	-8,0	-5,3	-46,6
Kirurgi	-150,5	-145,7	-4,8	-11,0	-143,7
Hud, infektion och medicin	-229,9	-205,0	-24,9	-23,0	-207,5
Psykiatri	-103,2	-102,8	-0,3	0,0	-105,9
Hjärta, neurologi och rehab	-166,8	-160,9	-5,9	-12,0	-164,7
Kvinna	-41,5	-43,5	2,0	0,0	-43,3
Barn och unga vuxna	-47,4	-39,5	-7,9	-6,9	-39,1
Ortopedi	-88,4	-85,2	-3,3	-5,0	-83,2
Ögon öron	-62,9	-54,1	-8,7	-10,0	-53,7
Hälso- och sjukvårdsdirektör	-28,0	-30,7	2,7	-5,2	-23,6
Underskott häls-och sjukvård	0,0	85,4	-85,4	-153,8	
Patientsäkerhet	-7,1	-7,6	0,5	0,0	-6,8
Folk tandvård	-22,6	-18,0	-4,6	-10,0	-19,2
Primärvård	-56,3	-15,0	-41,3	-44,6	-45,2
Diagnostik, teknik och service	-11,1	-11,8	0,6	-1,2	-11,4
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	-1233,0	-1030,7	-202,3	-326,0	-1133,8
Regionala utvecklingsförvaltningen	-134,4	-135,1	0,7	0,0	-129,8
Regionstaben	-89,1	-131,3	42,2	62,6	-95,6
Patientnämnden	-1,1	-1,4	0,2	0,0	-1,2
Förtroendevalda politiker	-9,7	-10,6	0,8	0,0	-10,1
Landstingsrevision	-1,9	-2,1	0,2	0,0	-2,0
Vårdvalsnämnd	-284,3	-289,8	5,5	0,0	-271,9
Gemensam IT-nämnd	0	0	0,0	0,0	0,4
Motsedda utgifter	-35,5	-105,2	69,7	73,2	-42,6
SUMMA VERKSAMHET	-1789,0	-1706,0	-83,0	-190,3	-1686,7
Finansförvaltningen	1682,5	1688,2	-5,7	-9,8	1628,3
TOTAL AVVIKELSE MOT BUDGET REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN	-106,6	-17,8	-88,7	-200,0	-58,4

Störst avvikelse mot budget efter maj månad återfinns inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen och uppgick till -202,3 miljoner kronor. De största differenserna mot budget var kostnader för personal och läkemedel, vilket också gäller för avvikelser mot utfall föregående år, det är även där som prognoserna främst har ökat.

Många aktiviteter pågår dock ute i verksamheten. Den nya ambulanshelikoptern togs i drift i januari. Verksamheten för robotkirurgi har startas upp och operationer med den nya kirurgroboten påbörjades under mars månad.

Ett flertal aktiviteter för samverkan mellan ambulans och primärvård är påbörjade i arbetet med Nära vård. Nära vård innebär att primärvården och ambulanssjukvården utökar sitt

samarbete utifrån tillgängliga resurser lokalt. Det förväntas framförallt ge effekter med färre ambulanstransporter till Östersunds sjukhus, och därmed bidra till att det kan bli färre patienter på akutmottagningen och att antalet vårddygn på sjukhuset kan minska. Med minskat antal vårddygn på sjukhuset minskar också hanteringen kring utskrivningar, vilket kan ge en positiv effekt även för primärvården. Inom arbetet med Nära vård finns även flertalet aktiviteter och projekt inom digitalisering, vilket förväntas ge tryggare befolkning och en mer tillgänglig sjukvård i hela Jämtland och Härjedalen.

Koordinatorcenter (KC) för standardiserade vårdförlopp (SVF) är i full produktion. Lättvårdsavdelningen öppnade 2 maj med 10 vårdplatser. Besparingsåtgärder har initierats och har påbörjats under senare delen av våren.

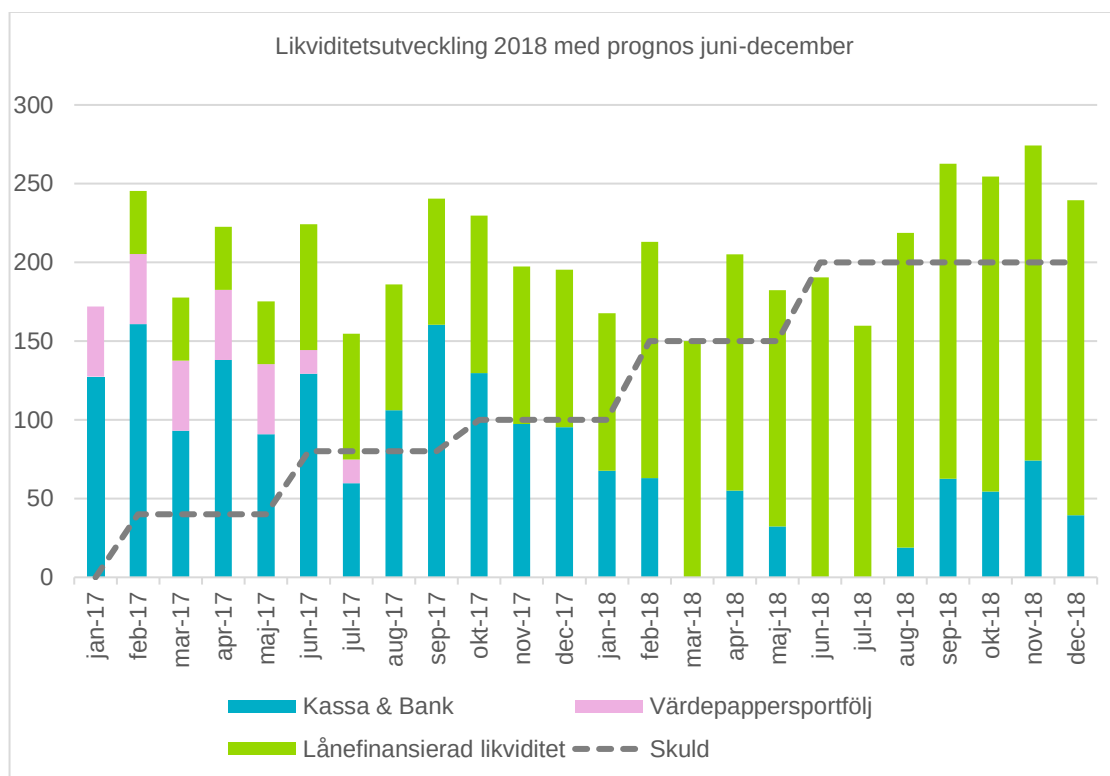
Vad gäller regional utveckling så har rapporten Läget i länet 2017 publicerats tillsammans med länsstyrelsen. Den visar att det går fortsatt bra för länet med en växande besöksnäring och en industri med bra efterfrågan. Den demografiska utmaningen är dock fortsatt stor.

Likviditetsutveckling

Likviditeten förstärktes under februari med 50 miljoner kronor från Kommuninvest. I denna prognos inkluderas även ytterligare lån i juni på 50 miljoner kronor. Den totala låneskulden uppgår därefter till 200 miljoner kronor, inkluderat föregående års lån. Likviditeten har minskat med 13 miljoner kronor sedan årsskiftet.

I nedanstående diagram visas en prognos på likviditetsutvecklingen under året som baseras på en resultatprognos på -200 miljoner kronor. Även utbetalningar för planerade investeringar enligt beslutad finansplan ingår. Ytterligare låneutrymme finns under året med 81 miljoner kronor men ingår inte i diagrammet. Dock är prognosen svår att bedöma under senare halvan av året, då det beror på när investeringar görs och även verksamhetens resultat i övrigt.

Den beslutade låneramen i Finansplanen är totalt 181 miljoner kronor innevarande år. Upplåningen ska användas för att finansiera investeringar i verksamheterna, enligt fördelningen: Cook and Chill 77 miljoner kronor, Kommunalförbundet svenskt ambulansflyg (KSA) 8 miljoner kronor och övriga verksamhetsinvesteringar 96 miljoner kronor. Fram till och med maj har investeringar gjorts för 55,8 miljoner kronor.

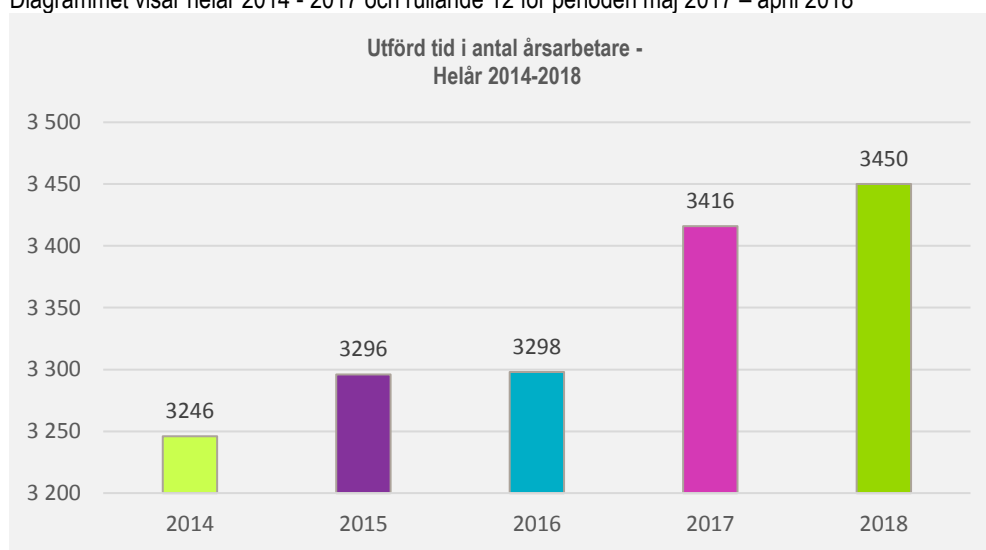


Medarbetare

Utförd tid anställda

Utförda tiden rullande 12 månader för perioden maj 2017 – april 2018 har ökat med 34 årsarbetare. Från föregående månad en ökning med ytterligare 10 årsarbetare. Rullande 23 månader har en vardag mer än 2017 vilket motsvarar cirka 11 årsarbetare. Med en vardag ytterligare inberäknat så är antalet årsarbetare i princip i nivå med föregående månads antal.

Diagrammet visar helår 2014 - 2017 och rullande 12 för perioden maj 2017 – april 2018



Minskning av inhyrda sjuksköterskor och läkare har inneburit anställning av tio sjuksköterskor på HIM, anställning av ST-läkare inom primärvården. Det i sin tur bidrar till ökningen av utförd tid. I vilken omfattning framgår ej.

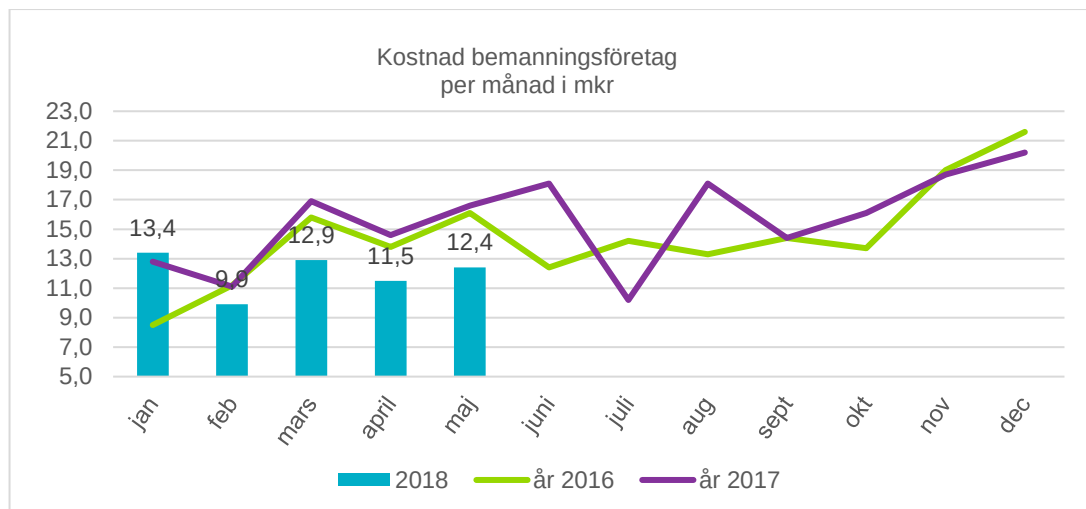
Ökning av antal årsarbetare enligt årsbokslut för 2017:

Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har den utförda tiden ökat med 107 årsarbetare. Den utförda tiden har ökat förutom inom områdena folktandvård och akutvård.

Orsaker till ökning av utförd tid är utökad verksamhet såsom införande av

- mobilt närvårdsteam, avdelning för utskrivningsklara patienter och diagnostiskt centrum, område Hud Infektion Medicin
- slutenvård och IKB-team, område Barn Unga Vuxna (cirka 14 årsarbetare)
- specialistvård Campus, område Ortopedi (närmare 5 årsarbetare)
- ökade förlossningstal som inneburit anställning av barnmorskor. Det har finansierats via statliga medel, område Kvinna (cirka 4 årsarbetare)
- utökning av ST-läkare för att minska hyrläkarberoendet område Primärvård (cirka 10 årsarbetare)

Bemanningsföretag



Kostnaderna för inhyrd personal under maj är lägre jämfört med 2016 och 2017. Precis som antalet vardagar påverkar utförd tid, borde det också påverka kostnaderna för inhyrd personal. Perioden januari till maj 2018 har en vardag mer än motsvarande period 2017 vilket kan förklara en viss skillnad i kostnaderna mellan åren.

Kostnad bemanningsföretag	Jan-maj 2017 i mkr	Jan-maj 2018 i mkr	Förändring i mkr	Motsvarar antal åa jan-maj 2017	Motsvarar antal åa jan-maj 2018
Övrig personal	2,5	0,9	-1,6		
Läkare	51,0	48,1	-2,9	48	45
Sjuksköterskor	19,9	11,1	-8,8	42	27
Totalt	73,5	60,0	-13,5	90	72

Nyttjande av bemanningsföretag

En minskning ses både för inhyrda sjuksköterskor och läkare, vilket är positivt. Områden som har ökat kostnaderna för hyrläkare är Hud Infektion Medicin, Diagnostik Teknik Service, Psykiatri och Hjärta Neuro Rehab. Övriga områden har oförändrade kostnader eller minskade kostnader varav primärvården har minskat med 8,9 miljoner mot föregående år.

Vad gäller kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor har samtliga områden minskat sina kostnader, förutom område Ortopedi som har oförändrade kostnader för inhyrda sjuksköterskor.

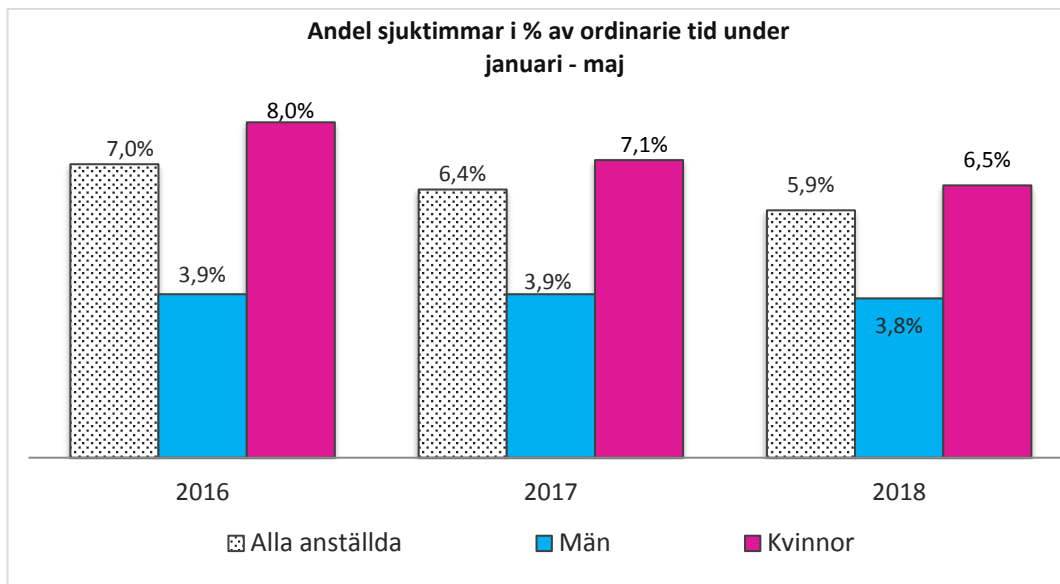
Kostnad omräknat till årsarbetare

Totala kostnaden för inhyrda läkare och sjuksköterskor har delats med en genomsnittskostnad per timme och omräknats till årsarbetare.

Det betyder inte att verksamheten haft bemanningsläkare och 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.

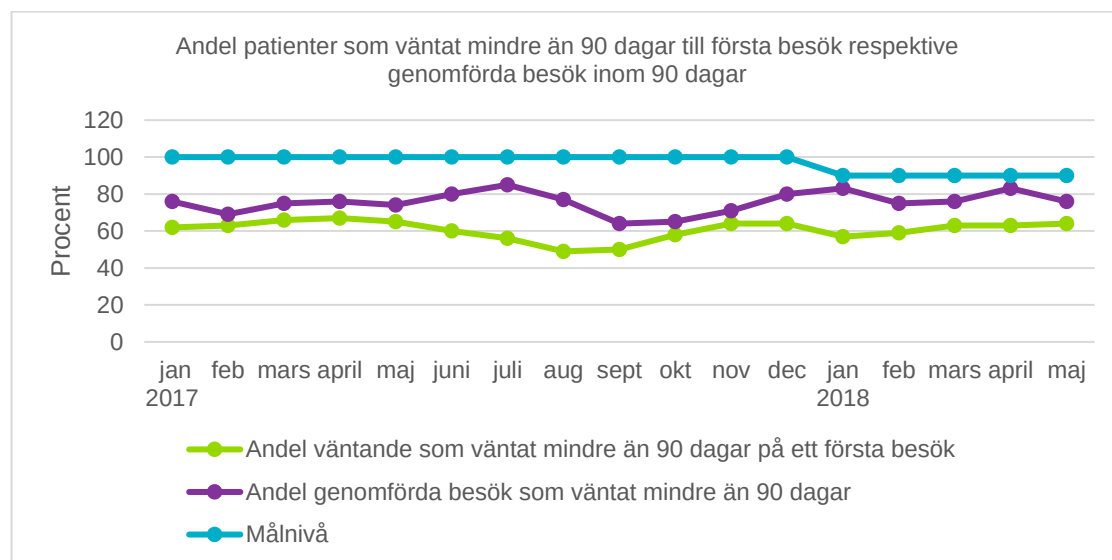
Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron ska minska, målet för regionstyrelsen är högst 5,5 procent eller att bibehålla den nivå som är lägre.



Verksamhet inom hälso- och sjukvården

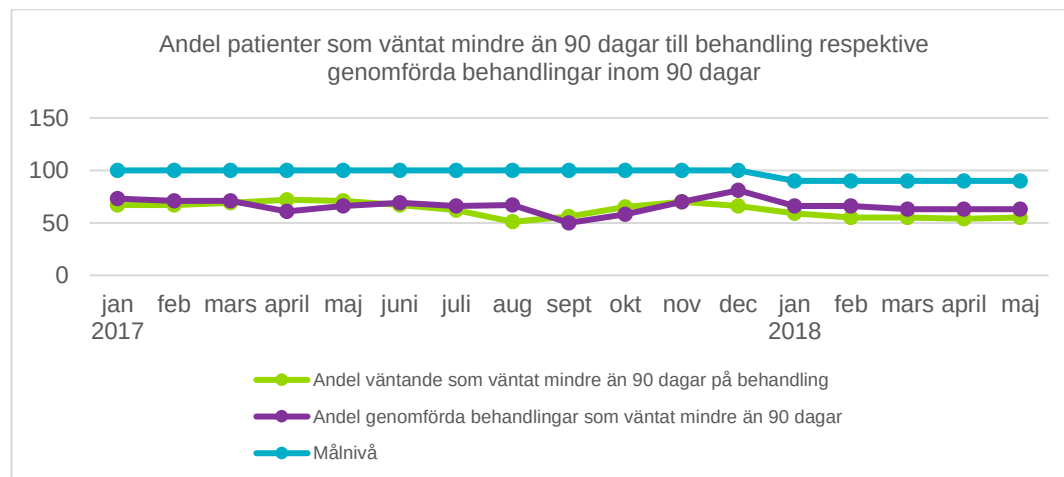
Tillgänglighet inom 90 dagar, vårdgarantin



Könsuppdelad statistik för maj månad 2018:

Väntande till 1:a besök, totalt: 64 procent varav kvinnor 67 procent och män 61 procent

Genomförda 1:a besök, totalt: 76 procent varav kvinnor 76 procent och män 75 procent.



Könsuppdelad statistik för maj månad 2018:

Väntande till behandling, totalt: 56 procent varav kvinnor 57 procent och män 55 procent.

Genomförd behandling, totalt: 63 procent varav kvinnor 63 procent och män 63 procent.

Tillgänglighet primärvården

Telefontillgänglighet samma dag, 0:an

0:an	Maj
Myrvikens hc	97
Svenstavik hc	91
Bräcke hc	87
Kälarne hc	94
Funäsdalens hc	96
Sveg hc	100
Föllinge hc	98
Krokoms hc	91
H-strands hc	96
Backe hc	98
S-sunds hc	87
Hallens hc	93
Järpens hc	95
Åre hc	96
Brunflo hc	91
Frösö hc	92
Lits hc	94
Lugnviks hc	82
O-sala hc	78
Torvalla hc	93
Z-gränds hc	90

Maj månad

Totalt antal påringningar 26 307 varav besvarade samtal 23 752, motsvarande 90 procent besvarade samtal (att jämföra med 88 procent samma period 2017)

De systemförbättringar och ändrade arbetssätt i callguide visar stadigt på förbättrade resultat samt att arbetet med lättakut och öppna mottagningar har kommit igång under våren vilket också påverkar tillgängligheten.

Kommentarer från hälsocentraler med röda utfall under maj:

Odensala: Nylistade cirka 400 patienter under maj månad, leder till mindre tillgänglighet på telefon. Ändå bättre siffror i år. Lättakuten har inte fått full effekt ännu.

Läkarbesök inom 7 dagar, 7:an

7:an	Maj
Myrvikens hc	93
Svenstavik hc	86
Bräcke hc	79
Kälarne hc	74
Funäsdalens hc	91
Sveg hc	98
Föllinge hc	78
Krokoms hc	72
H-strands hc	59
Backe hc	99
S-sunds hc	82
Hallens hc	69
Järpens hc	96
Åre hc	99
Brunflo hc	76
Frösö hc	60
Lits hc	78
Lugnviks hc	93
O-sala hc	92
Torvalla hc	73
Z-gränds hc	75

Maj månad

Totalt antal läkarbesök (nybesök) 5975 varav besök inom 7 dagar 4920 motsvarande 82 procent (att jämföra med 86 procent samma period 2017). Besöken i maj 2018 var drygt 300 färre än 2017.

Uppstart av lättakut i Östersunds NVO gjordes under april månad, en effekt av att maj månad har sämre resultat än föregående år kan vara implementering och uppstart av arbetssättet.

Kommentarer från hälsocentraler med röda utfall under maj:

Bräcke: En läkare har semester och många röda dagar/ klämdagar i maj.

Kälarne: i.u.

Föllinge: i.u.

Krokom: Svårt att hålla siffrorna då ett flertal läkare jobbar deltid och då är det inte möjligt att boka inom sju dagar, flera läkare jobbar varannan vecka till exempel.

Hammarstrand: Handlar mest om felregistreringar, återbesök bokas som nybesök, patientvald väntan bokas som nybesök.

Hallen: Troligen registreringsfel. Lätt glömma bort vid ombokningar att man måste avboka och boka nytt för att inte hamna utanför 7 dagars väntan.

Brunflo: Saknas personal och då syns det i resultaten.

Frösön: Arbeta pågår med att se över tidböcker och arbetssätt.

Lit: Låg bemanning på läkarsidan, restriktioner med bemanningsläkare.

Torvalla: i.u.

Zätagränd: Lägre bemanning på läkare under perioden.

Aktiva mål 2018 i regionstyrelsens verksamhetsplan

Samhälle

Aktiva mål	Målvärde	Utfall maj-18 och kommentar
Andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar.	90% inom 30 dagar	Ack utfall maj 1:a besök inom 30 dagar = 58 % Utfall maj månad = 58 % Ack utfall 1:a besök inom 60 dgr = 83 % (månad 79 %)
Minskning av sjukpenningtal hos länets medborgare	minska med 1 dag jmf år 2014, 12,4 dagar.	Efter april är utfallet 9,5 dagar.

Patient

Aktiva mål	Målvärde	Utfall maj-18 och kommentar
Andel vårdskador ska minska.	7 %	8% främst blåsöverfyllnad, vårdrelaterade infektioner.
Minska återinskrivningar.	Lägre andel än 2014 <15 %	17-20 % efter april.

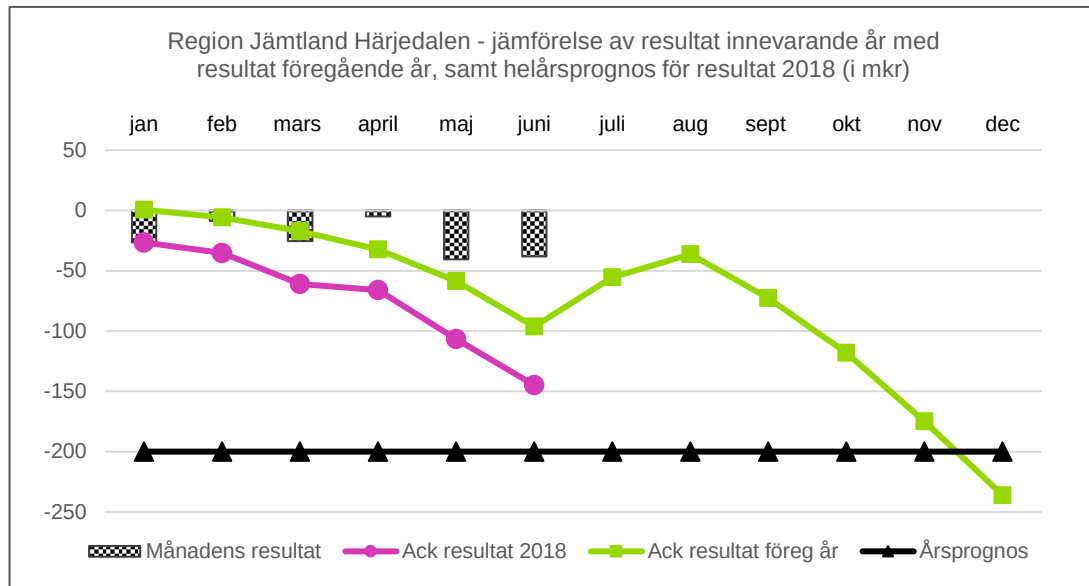
Medarbete

Aktiva mål	Målvärde	Utfall maj-18 och kommentar
Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska.	5,5 %	5,9 %
Beroendet av bemanningsföretag ska minska.	2015 års nivå = 125,6 mkr T.o.m maj 2015 =42,3 mkr	60,0 mkr ackumulerat efter maj, en fortsatt minskning men når inte målet.

Verksamhetsresultat

Aktiva mål	Målvärde	Utfall maj-18 och kommentar
Nettokostnadsförändringen ska minska.	Minus 2,5%	6,1 %, kraftig ökning jämfört med föregående år.
Vårdgarantin ska vara uppfylld	100% 0:an-7:an 90% 90-90	0:an; 90% 7:an; 82% Väntande, 1:a besök; 64% Genomförda, 1:a besök; 76% Väntande på behandling; 56% Genomförd behandling; 63%

Månadsrapport juni 2018



Sammanfattning

Ekonomi

Resultatet efter juni månad uppgick till -144,9 miljoner kronor.

Nettokostnadsutvecklingen uppgick till 5,5 procent. De största kostnadsökningarna avser fortsatt personalkostnader och läkemedel.

Bruttokostnaderna har ökat med 6,1 procent, motsvarande 147,7 miljoner kronor. Verksamhetens intäkter har ökat med 9,1 procent, främst avseende statsbidrag och övriga bidrag.

Helårsprognosen ligger kvar oförändrad på -200 miljoner kronor.

Personal

Kostnaden för inhyrda sjuksköterskor har minskat med 11,6 miljoner kronor jämfört med samma period föregående år.

Kostnaderna för inhyrda läkare har minskat med 10,3 miljoner kronor.

Sjukfrånvaron fortsätter minska.

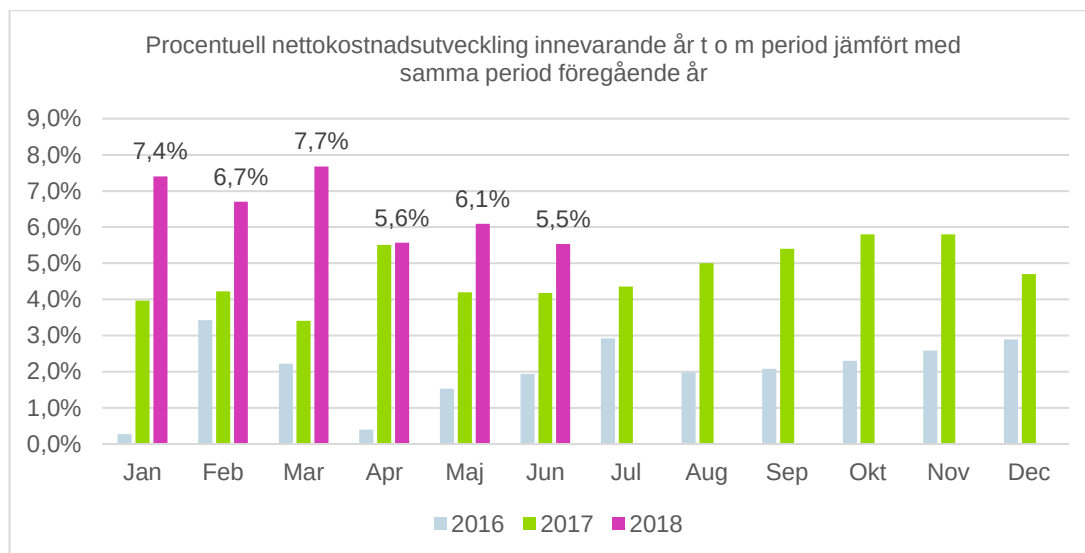
Verksamhet

Andel barn och unga som får ett första besök inom 30 dagar har fortsatt förbättrats efter juni och uppgick till 61 procent.

Målen för tillgänglighet till vård nås fortsatt inte, dock visar Primärvården på förbättrad tillgänglighet. Även andelen genomförda första besök har ökat något, och var efter juni 85 procent.

Hans Svensson
Regiöndirektör

Utvecklingen av regionens ekonomi januari-juni 2018



Region Jämtland Härjedalens ackumulerade resultat uppgick till -144,9 miljoner kronor till och med juni 2018, vilket var 48,5 miljoner kronor sämre jämfört med föregående år, då det ackumulerade resultatet uppgick till -96,4 miljoner kronor.

Nettokostnadsutvecklingen för perioden januari till och med juni 2018 var 113,5 miljoner kronor högre än under motsvarande period 2017, vilket ger en nettokostnadsökning på 5,5 procent. Trenden visar en något lägre ökningstakt än tidigare månader, främst genom ökade bidrag, då bruttokostnadsökningen ligger kvar på samma nivå.

Den positiva trenden att kostnader för bemanningsföretag minskar håller i sig även efter juni månad. Jämfört med föregående år har en minskning skett med 23,4 miljoner kronor, 25,5 procent. Personalkostnaderna och läkemedelskostnaderna var efter juni fortsatt betydligt högre än föregående år.

Intäkterna fortsätter att öka och efter juni var ökningen 9,1 procent jämfört med föregående år.

Helårsprognosen ligger kvar oförändrad på -200 miljoner kronor. Åtgärder som pågår i verksamheten beräknas få effekt under hösten.

Verksamhetens bruttokostnader

Verksamhetens bruttokostnader fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden januari-juni	2017	2018	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt i miljoner kronor	2 426,9	2 574,6	147,7	6,1%
Varav personalkostn inkl pensionskostnad	1 263,4	1 366,2	102,8	8,1%
Varav riks- och regionvård	163,6	175,7	12,1	7,4%
Varav övrig köpt vård	49,5	55,3	5,8	11,7%
Varav läkemedel	207,6	225,6	18,0	8,7%
Varav sjukresor	34,7	36,9	2,2	6,3%
Varav bemanningsföretag	91,6	68,3	-23,4	-25,5%
Varav lokaler och övriga fastighetskostnader	62,8	69,7	6,9	11,0%
Varav reparation och underhåll	21,1	21,4	0,3	1,4%
Varav lämnade bidrag	142,4	154,2	11,8	8,3%
Varav övriga verksamhetsnära kostnader	203,8	213,8	10,0	4,9%
Varav övriga kostnader och avskrivningar	186,4	187,6	1,2	0,6%

Bruttokostnaderna efter juni månad ligger kvar på samma ökning som efter förra månaden, det vill säga 6,1 procent, motsvarande 147,7 miljoner kronor jämfört med samma period 2017.

Kostnaden för bemanningsföretag fortsätter att minska och var efter juni 23,4 miljoner kronor lägre än föregående år, där kostnad för sjuksköterskor står för en minskning motsvarande 11,6 miljoner kronor, kostnader för läkare har minskat med 10,3 miljoner kronor. Övrig hyrpersonal har minskat med 1,5 miljoner kronor.

Kostnader för läkemedel har ökat med 18 miljoner kronor jämfört med föregående år, motsvarande 8,7 procent. Ökningen beror främst på ökade kostnader inom lungmedicin samt inom reumatologi och hjärtsjukvård. Nya indikationer och tillkomst av ytterligare läkemedelsalternativ bidrar också till de ökade kostnaderna. Hjärtenhetens kostnader för läkemedel har också ökat. Även kostnader inom monoklonala antikroppar som används vid olika onkologiska indikationer har ökat, vilket också är ett av de dyraste läkemedlen. Läkemedlet ingår i nationellt ordnat införande och får allt fler indikationer. Även kostnader för läkemedel mot RS-virus har ökat.

Personalkostnaderna har ökat med 102,8 miljoner kronor, motsvarande 8,1 procent jämfört med juni 2017. Kostnadsökningen för personalkostnader fortsätter att visa en trend på att avta något, då ökningen var 10,7 procent i mars 2018 och 8,8 procent efter maj 2018.

Även införandet av robotkirurgi har medfört ökade kostnader under våren för utbildning, resor och logi.

Verksamhetens intäkter

Verksamhetens intäkter fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden januari-juni	2017	2018	Förändring	i %
Verksamhetens Intäkter totalt i miljoner kronor	375,4	409,5	34,0	9,1%
Varav patientavgifter exkl tandvård	34,2	34,6	0,4	1,2%
Varav statsbidrag och övriga bidrag	127,0	152,9	25,9	20,4%
Varav försäljning hälso- och sjukvård	110,6	107,4	-3,1	-2,8%
Tandvård	25,5	25,9	0,4	1,6%
Övrig försäljning, hjälpmedel och förråd	78,2	88,6	10,5	13,4%

Verksamhetens intäktsökning håller i sig och har efter juni ökat med 34 miljoner kronor jämfört med samma period 2017. Den största ökningen avsåg statsbidrag och övriga bidrag som har ökat med 25,9 miljoner kronor jämfört med föregående år.

Försäljning av hälso- och sjukvård har däremot minskat med 3,1 miljoner kronor jämfört med föregående år. Patientavgifterna exklusive tandvård har ökat med 0,4 miljoner kronor.

Tandvård har nu ökat marginellt mot föregående år och övrig försäljning, hjälpmedel och förråd har ökat med 10,5 miljoner kronor.

Verksamhetens resultat jämfört med budget

Verksamhet i miljoner kronor, per förvaltning/nämnd	Utfall ack juni 2018	Budget ack juni 2018	Avvikelse ack utfall mot ack budget juni 2018	Årsprognos 2018 budget- avvikelse	Utfall ack juni 2017
Akutvård	-190,2	-174,7	-15,5	-38,0	-170,4
Barn- och ungdomsmedicin	-72,2	-62,2	-10,0	-9,3	-62,6
Kirurgi	-180,0	-175,4	-4,5	-11,0	-173,8
Hud, infektion och medicin	-275,2	-246,1	-29,1	-38,0	-248,1
Psykiatri	-123,6	-124,4	0,8	0,0	-126,9
Hjärta, neurologi och rehab	-198,2	-193,2	-5,1	-12,0	-196,3
Kvinna	-49,8	-52,2	2,4	0,0	-52,6
Barn och unga vuxna	-55,5	-47,8	-7,7	-6,9	-48,0
Ortopedi	-108,6	-103,0	-5,6	-10,0	-101,5
Ögon öron	-75,5	-64,9	-10,5	-22,1	-63,5
Hälso- och sjukvårdsdirektör	-38,5	-36,9	-1,6	-5,2	-31,6
Underskott häls-och sjukvård	0,0	102,5	-102,5	-138,8	
Patientsäkerhet	-8,0	-9,1	1,1	0,0	-7,9
Folk tandvård	-27,1	-21,4	-5,7	-10,0	-24,5
Primärvård	-68,3	-18,6	-49,7	-44,6	-58,6
Diagnostik, teknik och service	-15,7	-13,2	-2,5	-3,0	-12,8
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	-1486,3	-1240,5	-245,8	-348,9	-1378,9
Regionala utvecklingsförvaltningen	-160,8	-161,6	0,9	0,0	-153,3
Regionstaben	-108,6	-156,7	48,1	62,6	-122,4
Patientnämnden	-1,4	-1,6	0,2	0,0	-1,5
Förtroendevalda politiker	-14,3	-12,7	-1,6	0,0	-12,1
Landstingsrevision	-2,3	-2,6	0,2	0,0	-2,5
Vårdvalsnämnd	-343,3	-347,7	4,4	0,0	-326,6
Gemensam IT-nämnd	0	0	0,0	0,0	0,2
Motsedda utgifter	-46,5	-126,2	79,6	96,1	-54,0
SUMMA VERKSAMHET	-2163,6	-2049,6	-114,0	-190,2	-2050,9
Finansförvaltningen	2018,7	2025,9	-7,2	-9,8	1954,2
TOTAL AVVIKELSE MOT BUDGET REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN	-144,9	-23,7	-121,2	-200,0	-96,7

Störst avvikelse mot budget efter juni månad återfinns inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen och uppgick till -245,8 miljoner kronor. De största differenserna mot budget var kostnader för personal och läkemedel, vilket också gäller för avvikelser mot utfall föregående år, det är även där som prognoserna främst har ökat.

Många aktiviteter pågår ute i verksamheten. Den nya ambulanshelikoptern togs i drift i januari. Verksamheten för robotkirurgi har startas upp och operationer med den nya kirurgroboten påbörjades under mars månad.

Ett flertal aktiviteter för samverkan mellan ambulans och primärvård är påbörjade i arbetet med Nära vård. Nära vård innebär att primärvården och ambulanssjukvården utökar sitt

samarbete utifrån tillgängliga resurser lokalt. Det förväntas framförallt ge effekter med färre ambulanstransporter till Östersunds sjukhus, och därmed bidra till att det kan bli färre patienter på akutmottagningen och att antalet vårddygn på sjukhuset kan minska. Med minskat antal vårddygn på sjukhuset minskar också hanteringen kring utskrivningar, vilket kan ge en positiv effekt även för primärvården. Inom arbetet med Nära vård finns även flertalet aktiviteter och projekt inom digitalisering, vilket förväntas ge tryggare befolkning och en mer tillgänglig sjukvård i hela Jämtland och Härjedalen.

Koordinatorcenter (KC) för standardiserade vårdförlopp (SVF) är i full produktion. Lättvårdsavdelningen öppnade 2 maj med 10 vårdplatser. Besparingsåtgärder har initierats och har påbörjats under senare delen av våren.

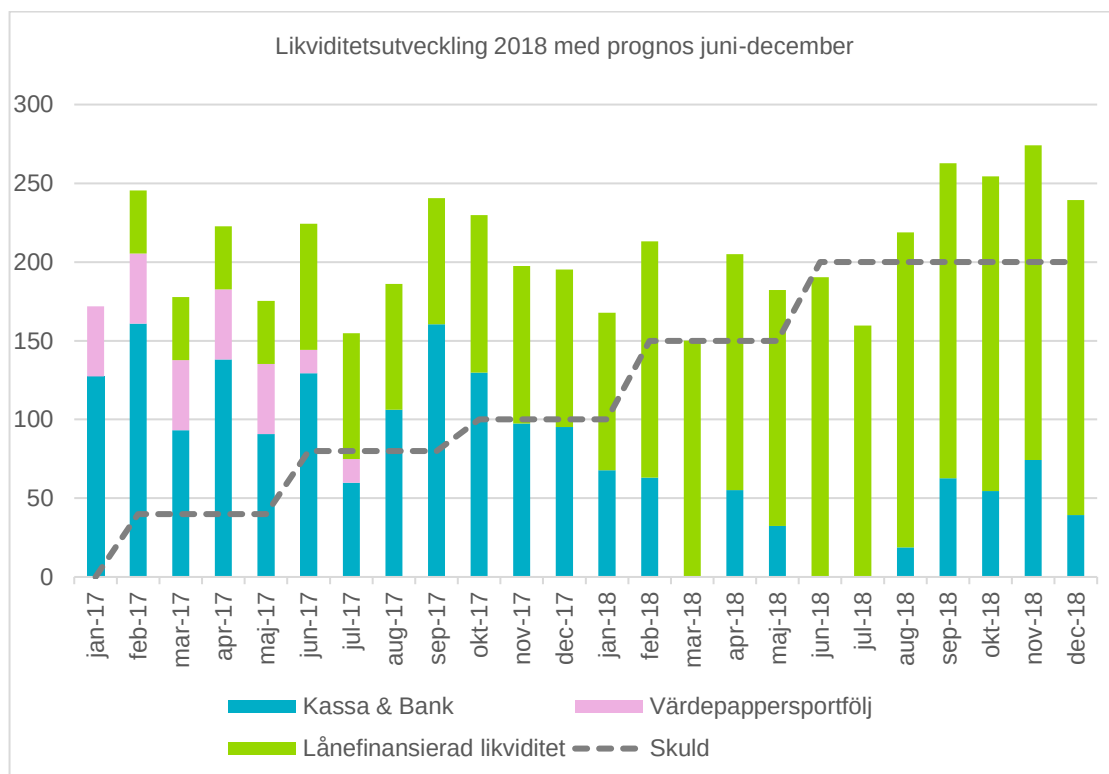
Vad gäller regional utveckling så har rapporten Läget i länet 2017 publicerats tillsammans med länsstyrelsen. Den visar att det går fortsatt bra för länet med en växande besöksnäring och en industri med bra efterfrågan. Den demografiska utmaningen är dock fortsatt stor.

Likviditetsutveckling

Likviditeten förstärktes under februari med 50 miljoner kronor från Kommuninvest. I denna prognos inkluderas även ytterligare lån i juni på 50 miljoner kronor. Den totala låneskulden uppgår därefter till 200 miljoner kronor, inkluderat föregående års lån.

I nedanstående diagram visas en prognos på likviditetsutvecklingen under året som baseras på en resultatprognos på -200 miljoner kronor. Även utbetalningar för planerade investeringar enligt beslutad finansplan ingår. Ytterligare låneutrymme finns under året med 81 miljoner kronor men ingår inte i diagrammet. Dock är prognosen svår att bedöma under senare halvan av året, då det beror på när investeringar görs och även verksamhetens resultat i övrigt.

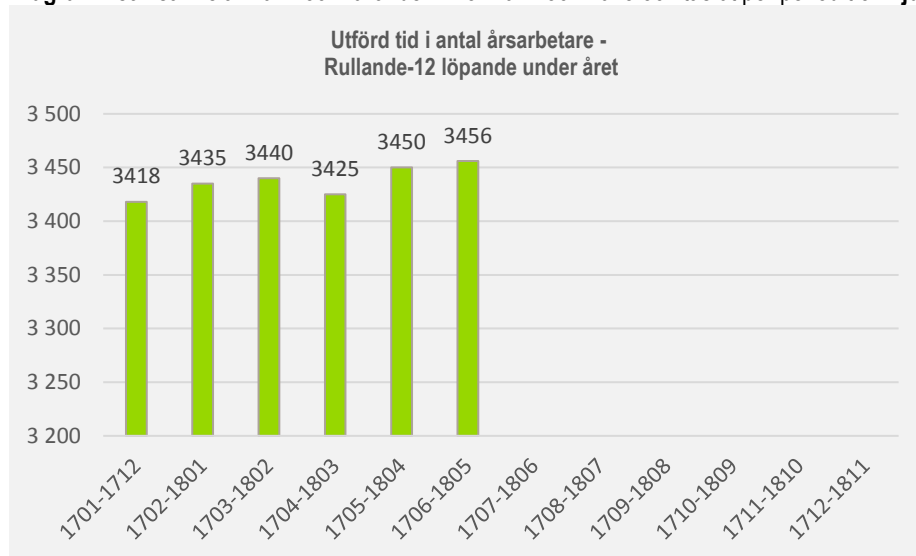
Den beslutade låneramen i Finansplanen är totalt 181 miljoner kronor innevarande år. Upplåningen ska användas för att finansiera investeringar i verksamheterna, enligt fördelningen: Cook and Chill 77 miljoner kronor, Kommunalförbundet svenskt ambulansflyg (KSA) 8 miljoner kronor och övriga verksamhetsinvesteringar 96 miljoner kronor. Hittills har investeringar gjorts för 55,8 miljoner kronor.



Medarbetare

Utförd tid anställda

Diagrammet visar helår 2017 och rullande 12 för 2017 och 2018 och tas ut per period t o m juni 2017-maj 2018



Antal vardagar skiljer sig i de olika mätperioderna. 1701-1712 har 252 vardagar, 1704-1803 har 251 vardagar, övriga perioder har 253 vardagar. En vardag beräknas motsvara cirka 11 årsarbetare.

Yrkesgrupp	Utgångsvärde i antal anställda * 180331	Antal anställda 170331 jmf	Målvärde** i antal anställda* 181231	Nuvärde i antal anställda * 180630	Antal anställda 170630 jmf
Totalt	4207	4126	4107	4262	4212
Varav läkare	530	506		527	519
Varav sjuksköterskor	1315	1305		1303	1301
Varav undersköterskor/skötare/ m fl	681	666		726	724

*Antal anställda = månadsavlönade.

** Antal anställda efter den minskning som området angett för att regionen totalt ska komma ner i 100 färre anställda.

Åtgärder som vidtas för att nå målet att minska antalet anställda:

För att nå målet färre anställda är de genomgående svaren pensionsavgångar som inte kommer att ersättas och vakanshållningar.

Andra åtgärder som områdena redovisar är

- översyn av bemanning och schema
- minskning av antalet vårdplatser
- ökad polikliniseringen, differentiering av vårdnivåer och effektivisering av omhändertagande av palliativa patienter
- minskade kostnader för riks och regionvård för att balansera ökad kostnad för egen personal
- självincheckning,
- utökat samarbete över enhetsgränserna
- förbättringsarbete enligt Lean
- faktainsamling och statistikgenomlysning inom ramen för krisledningsarbetet.

Samtidigt som områdena arbetar med målet att minska antalet anställda så finns det andra mål och faktorer som gör att antalet anställda ökar. T ex genom att ersätta hyrpersonal med egen personal, införande av lättvårdsavdelning, politiska satsningar och beslut, införande av robotkirurgi, utökning av anestesioch operationsservice på Specialistvård campus.

Inom regionstaben har de rekryteringar som genomförts bestått till en stor del av uppdrag med extern finansiering. För flertalet verksamheter inom RUF är som regel ökad utförd tid en positiv utveckling. Det innebär att förtroendet från finansiärerna ökar och att utvecklingsresurserna ökar. Detta under förutsättning att nettokostnaden inte överstiger tilldelade medel.

Utfall jämfört med tänkt plan och prognos för månaden:

Det finns områden som redovisar att prognosen följer plan medan andra områden inte kan uttala sig bland annat utifrån att sommarplaneringen innebär ökat antal anställda samt att vissa åtgärder beräknas ge effekt under hösten.

Personal - Bemanningsföretag

Kostnad bemanningsföretag (tkr)	Jan-jun 2017 i tkr	Jan-jun 2018 i tkr	Förändring i tkr	Motsvarar antal åa jan jun 2017	Motsvarar antal åa jan-jun 2018
Övrig personal	2,7	1,2	-1,5		
Läkare	64,5	54,3	-10,3	51	43
Sjuksköterskor	24,4	12,8	-11,6	43	26
Totalt	91,6	68,3	-23,4	94	69

Ange mål per yrkesgrupp för minskning av bemanningsföretag i tusen kronor:

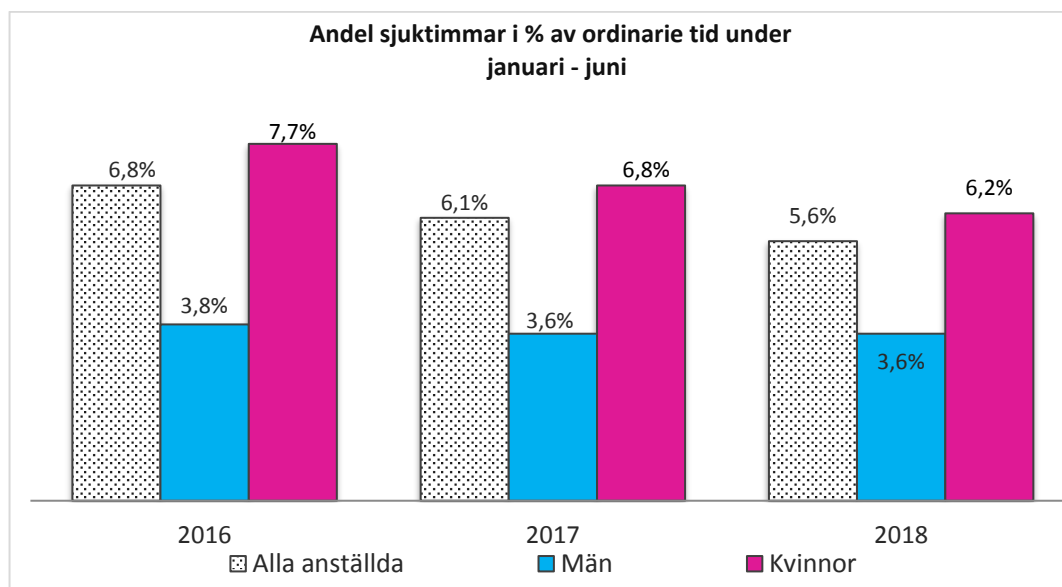
Samtliga områden som anlitar hyrpersonal har satt mål för minskning.

Åtgärder för att nå målet:

Bättre planering och nyttjande av hyrläkares tid, rekryteringsinsatser, kompetensväxling, karriärvägar, produktions- och kapacitetsplanering för bättre styrning, anställning av ST-läkare är några av de insatser som nämns och som ska bidra till målet att minska inhyrning från bemanningsföretag.

Sjukfrånvaro

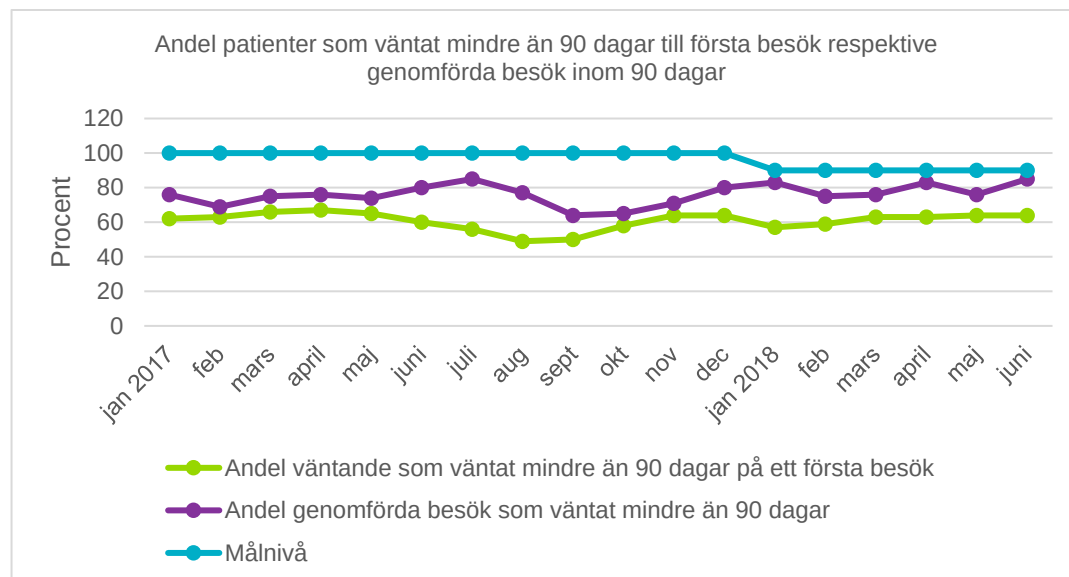
Sjukfrånvaron ska minska, målet för regionstyrelsen är högst 5,5 procent eller att bibehålla den nivå som är lägre.



Sjukfrånvaron för Region Jämtland Härjedalen fortsätter att minska och uppgick efter juni till 5,6 procent. Minskningen ses främst bland kvinnor jämfört med samma period föregående år. Regionstyrelsens mål för sjukfrånvaron sänktes från 5,8 procent till 5,5 procent under våren. Därmed är det tidigare målet nått och det nya målet är nära att uppnås.

Verksamhet inom hälso- och sjukvården

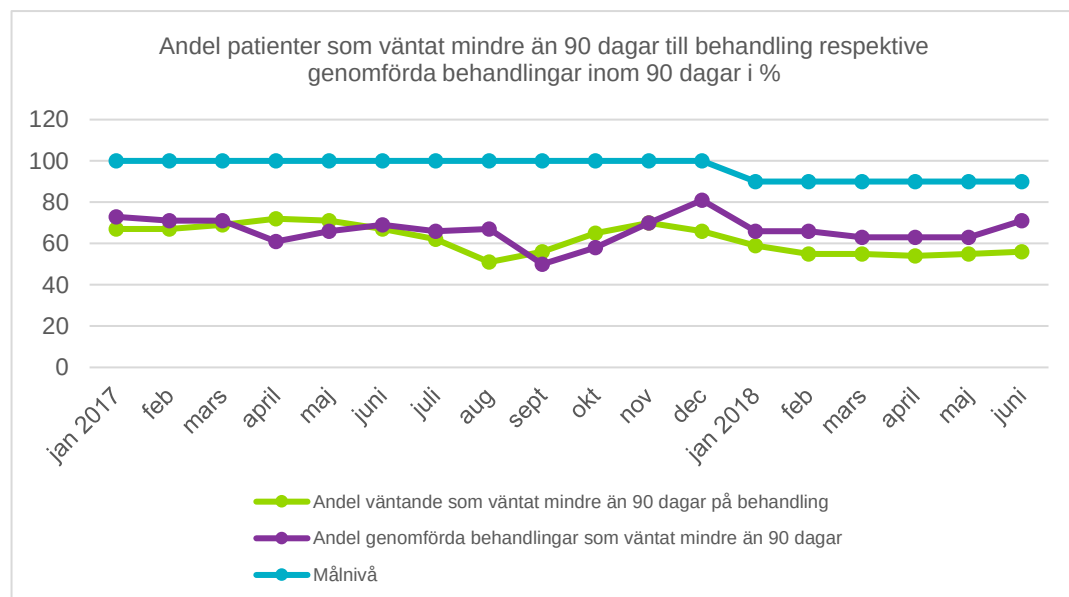
Tillgänglighet inom 90 dagar, vårdgarantin



Könsuppdelad statistik för juni månad 2018:

Väntande till 1:a besök, totalt: 64 procent varav kvinnor 66 procent och män 61 procent

Genomförda 1:a besök, totalt: 85 procent varav kvinnor 84 procent och män 86 procent.



Könsuppdelad statistik för juni månad 2018:

Väntande till behandling, totalt: 56 procent varav kvinnor 56 procent och män 54 procent.

Genomförd behandling, totalt: 71 procent varav kvinnor 72 procent och män 70 procent.

Tillgänglighet primärvården

7:an	Juni
Myrvikens hc	90
Svenstavik hc	87
Bräcke hc	88
Kälarne hc	filial från juni ingen läkare
Funäsdalens hc	91
Sveg hc	95
Föllinge hc	85
Krokoms hc	75
H-strands hc	72
Backe hc	95
S-sunds hc	85
Hallens hc	77
Järpens hc	92
Åre hc	99
Brunflo hc	82
Frösö hc	67
Lits hc	86
Lugnviks hc	91
O-sala hc	89
Torvalla hc	stängd från 1 juni
Z-gränds hc	81

0:an	Juni
Myrvikens hc	98
Svenstavik hc	89
Bräcke hc	91
Kälarne hc	96
Funäsdalens hc	98
Sveg hc	99
Föllinge hc	99
Krokoms hc	90
H-strands hc	92
Backe hc	93
S-sunds hc	89
Hallens hc	90
Järpens hc	95
Åre hc	95
Brunflo hc	96
Frösö hc	81
Lits hc	95
Lugnviks hc	90
O-sala hc	73
Torvalla hc	stängd från 1 juni
Z-gränds hc	85

Läkarbesök inom 7 dagar, 7:an

Kommentera hälsocentraler med röda utfall, vidtagna och planerade åtgärder:

Krokom: Ett flertal läkare jobbar deltid, bl.a. jobbar flera varannan vecka och då är det inte möjligt att boka inom sju dagar.

Hammarstrand: Handlar mest om felregistreringar, återbesök bokas som nybesök, patientvald väntan bokas som nybesök

Hallen: Troligen registreringsfel. Lätt glömma bort vid ombokningar att man måste avboka och boka nytt för att inte hamna utanför 7 dagars väntan

Frösön: Arbete pågår med att se över tidböcker och arbetssätt. Flera av läkarna arbetar deltid och det ger konsekvenser för 7:an.

Telefontillgänglighet samma dag, 0:an

Kommentera hälsocentraler med röda utfall, vidtagna och planerade åtgärder:

Odensala: Nylistade drygt 1000 patienter under juni månad, leder till mindre tillgänglighet på tel. Lättakuten har inte fått full effekt ännu.

Aktiva mål 2018 i regionstyrelsens verksamhetsplan

Samhälle

Aktiva mål	Målvärde	Utfall juni-18 och kommentar
Andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar.	90% inom 30 dagar	Ack utfall juni 1:a besök inom 30 dagar = 61 % (månad 79%)
Minskning av sjukpenningtal hos länets medborgare	Minska med 1 dag jmf år 2014, 12,4 dagar.	Utfall maj 2018: Måluppfyllelse. Länet ligger under genomsnittet för riket med 0,4 dagar. Endast 6 län har färre sjukpenningdagar per invånare än Jämtlands län

Patient

Aktiva mål	Målvärde	Utfall juni-18 och kommentar
Andel vårdskador ska minska.	7 %	8% främst blåsöverfyllnad, vårdrelaterade infektioner.
Minska återinskrivningar.	Lägre andel än 2014 <15 %	17-20 % efter april.

Medarbete

Aktiva mål	Målvärde	Utfall juni-18 och kommentar
Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska.	5,5 %	5,6 %
Beroendet av bemanningsföretag ska minska.	2015 års nivå = 125,6 mkr T.o.m juni 2015 =58,4 mkr	68,3 mkr ackumulerat efter juni, en fortsatt minskning men når inte målet.

Verksamhetsresultat

Aktiva mål	Målvärde	Utfall juni-18 och kommentar
Nettokostnadsförändringen ska minska.	Minus 2,5%	5,5 %.
Vårdgarantin ska vara uppfylld	100% 0:an-7:an 90% 90-90	0:an; 93% 7:an; 85% Väntande, 1:a besök; 64% Genomförda, 1:a besök; 85% Väntande på behandling; 56% Genomförd behandling; 71%



7

Regionstyrelsens uppföljning av tvångsvård

RS/2789/2017

2018-08-20

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

RS/2789/2017

Regionstyrelsens uppföljning av tvångsvård

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2018 ska regionstyrelsen på sitt sammanträdet den 28 augusti följa upp tvångsvården.

Vid område psykiatri bedrivs tvångsvård i enlighet med Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT 1991:1128) respektive Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV 1991:1129). Patienter under 18 år tillhörande Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) erhåller tvångsvård vid VUP eller vid avdelning 108 inom Område Barn.

I lagen regleras även vilka tvångsåtgärder som är godkända att använda. Dessa är fastspänning, avskiljning, tvångsmedicinering och inskränkning i användande av kommunikationsutrustning. Tvångsvård bedrivs vid alla avdelningar vid område psykiatri. Rapport bifogas.

Regiondirektörens förslag

Rapport utifrån Regionstyrelsens uppföljning av tvångsvård godkänns.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Utdrag till

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

Uppföljning av tvångsvård område psykiatri 2016-2017

Eva Andersson (evan3)

Innehållsförteckning

1	Uppföljning av tvångsvård - område psykiatri 2015-2016	3
1.1	Bakgrund	3
1.2	Tvångsvårdade i förhållande till befolkning	4
1.3	Vårdtillfällen	4
1.4	Kvinnor och män i slutet LPT	5
2	Tvångsåtgärder 2015- 16 uppdelat per kön	6
3	Öppen tvångsvård – ÖPT	10
4	Rätt psykiatrisk vård	11
5	Barn och unga med tvångsvård	13
6	Vårdmiljön	14
7	Stödperson	14
8	Säkerhet vid vårdenhet	15
8.1	Inre säkerhet	15
8.2	Yttre säkerhet	15
9	Placering av patienter	15

Uppföljning av tvångsvård område psykiatri 2016-2017 - 2017

1 Uppföljning av tvångsvård område psykiatri 2016-2017 - 2017

1.1 Bakgrund

Vid område psykiatri bedrivs tvångsvård i enlighet med Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT 1991:1128) respektive Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV 1991:1129). Patienter under 18 år tillhörande Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) erhåller tvångsvård vid VUP eller vid avdelning 108 inom Område Barn.

I lagen regleras även vilka tvångsåtgärder som är godkända att använda. Dessa är fastspänning, avskiljning, tvångsmedicinering och inskränkning i användande av kommunikationsutrustning. Tvångsvård bedrivs vid alla avdelningar vid område psykiatri. Personer som är dömda enligt lagen om vård av missbrukare kvarhålls ibland på kommuners begäran till att transport kan ordnas till SIS institution.

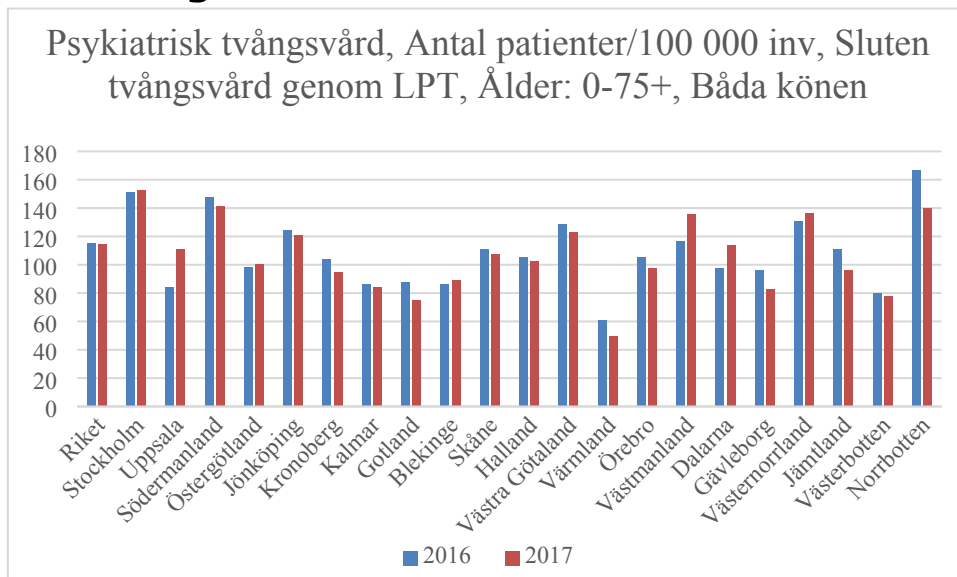
Maj 2016 har Regionstyrelsen fastställt reviderade direktiv för tvångsvården.

Regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2017, uppföljning av internkontrollplan 2016 innefattar tvångsvården.

Den statistik som redovisas i denna rapport är statistik publicerad från Socialstyrelsen. Område psykiatri registrerar i en särskild tvångsvårdsmodul i Cosmic.

Verksamhetschef Ylva Drevstad-Frid har granskat innehållet.

1.2 Tvångsvårdade i förhållande till befolkning

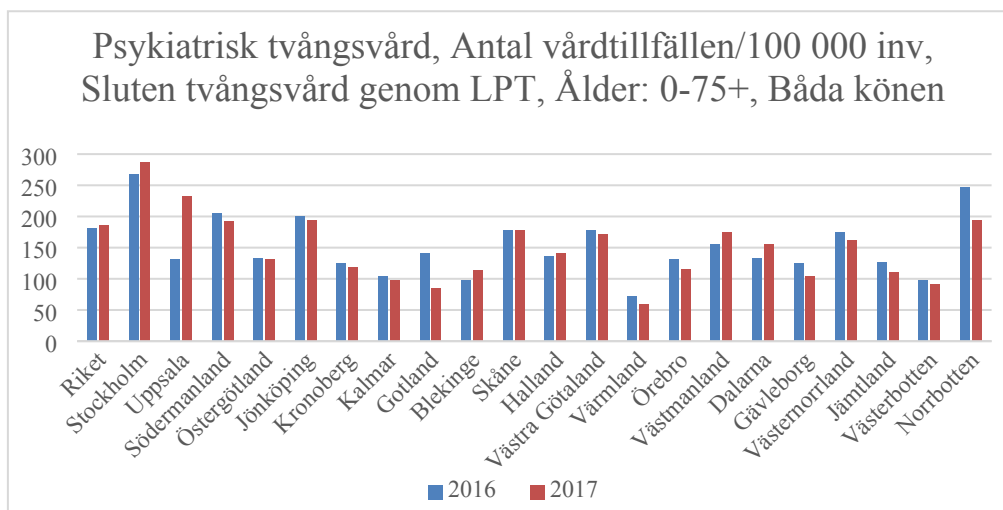


Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-08-06

Antal tvångsvårdade enligt LPT per 100 000 inv och landsting, 2017

Tabellerna ovan visar att antalet tvångsvårdade i länet har minskat i förhållande till riket.

1.3 Vårdtillfällen



Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-08-06

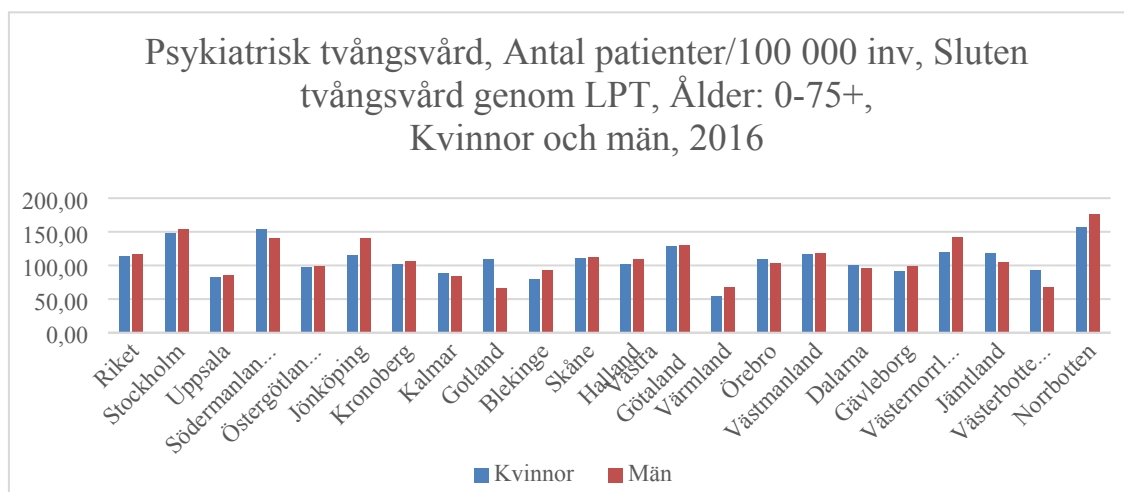
Antalet vårdtillfällen enligt LPT är i jämförelse med andra landsting och riket lågt i Region Jämtland Härjedalen. Dessa har även minskat jämfört med 2016.

Jämtland tvångsvårdade per 100 000 invånare

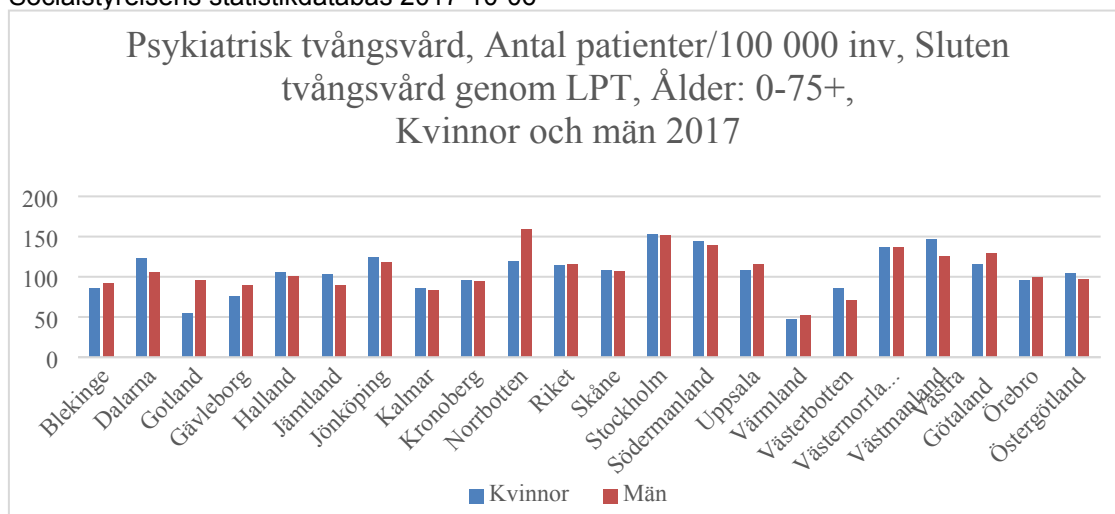
2016-125,9 (riket 181,69)

2017-110,93 (riket 185,75)

1.4 Kvinnor och män i slutet LPT



Socialstyrelsens statistikdatabas 2017-10-06

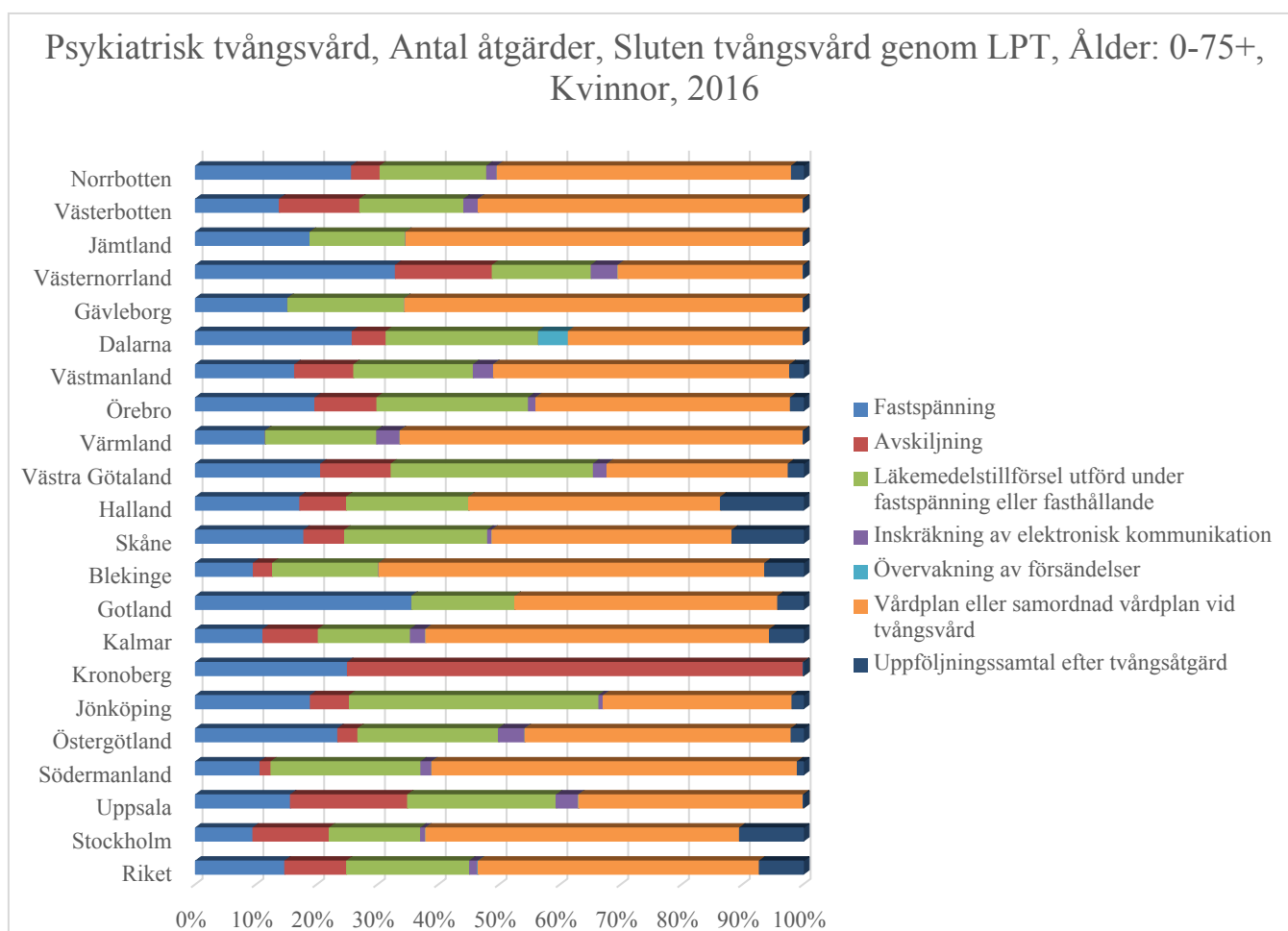


Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-08-06

Det är något flera män än kvinnor som vårdas i sluten LPT sett till rikets siffror. Antal kvinnor i sluten LPT i riket var 113,98/100 000 inv. år 2017 och för män 115,12. I Jämtland, kvinnor 103,05/100 000 inv. (117,78, 2016) och män 89,72 (104,62 2016) dvs. omvänt jämfört med riket.

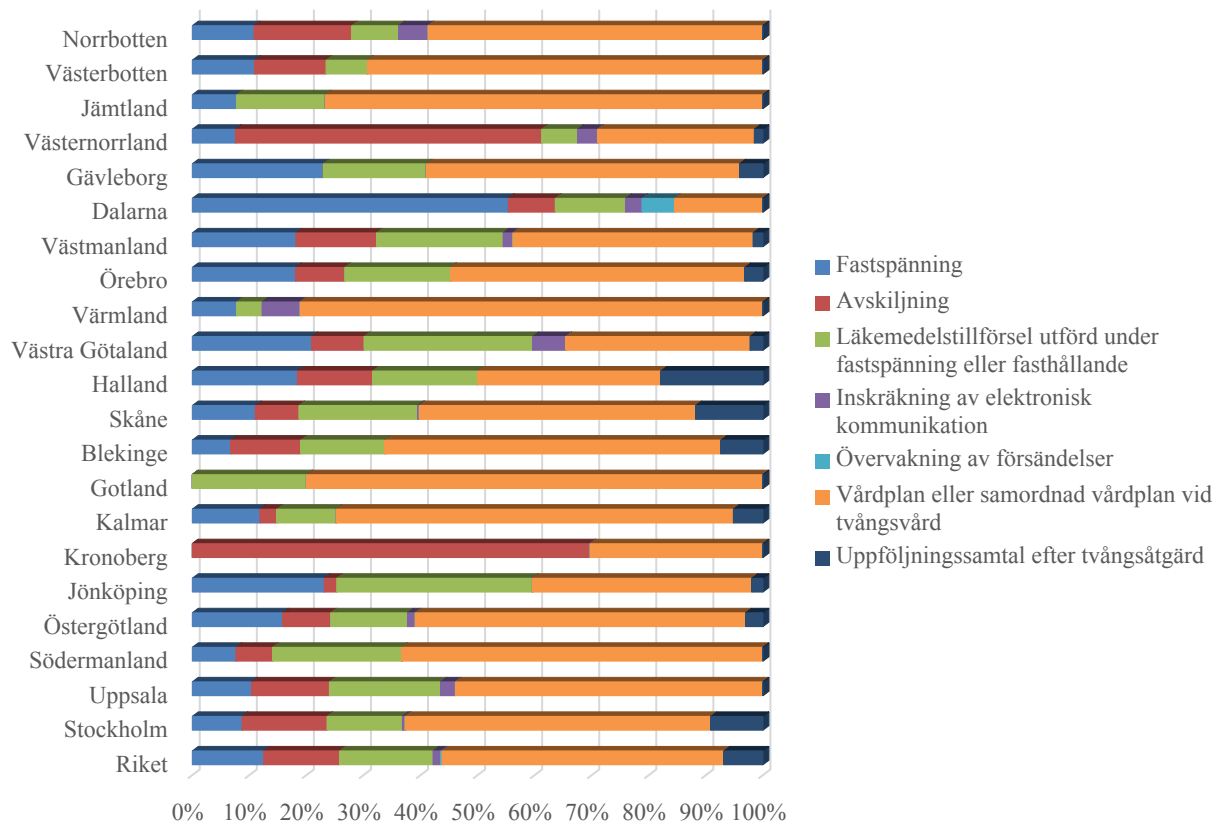
Jämfört med 2016 har antalet i sluten LPT minskat i länet för båda könen.

2 Tvångsåtgärder 2016- 17 uppdelat per kön

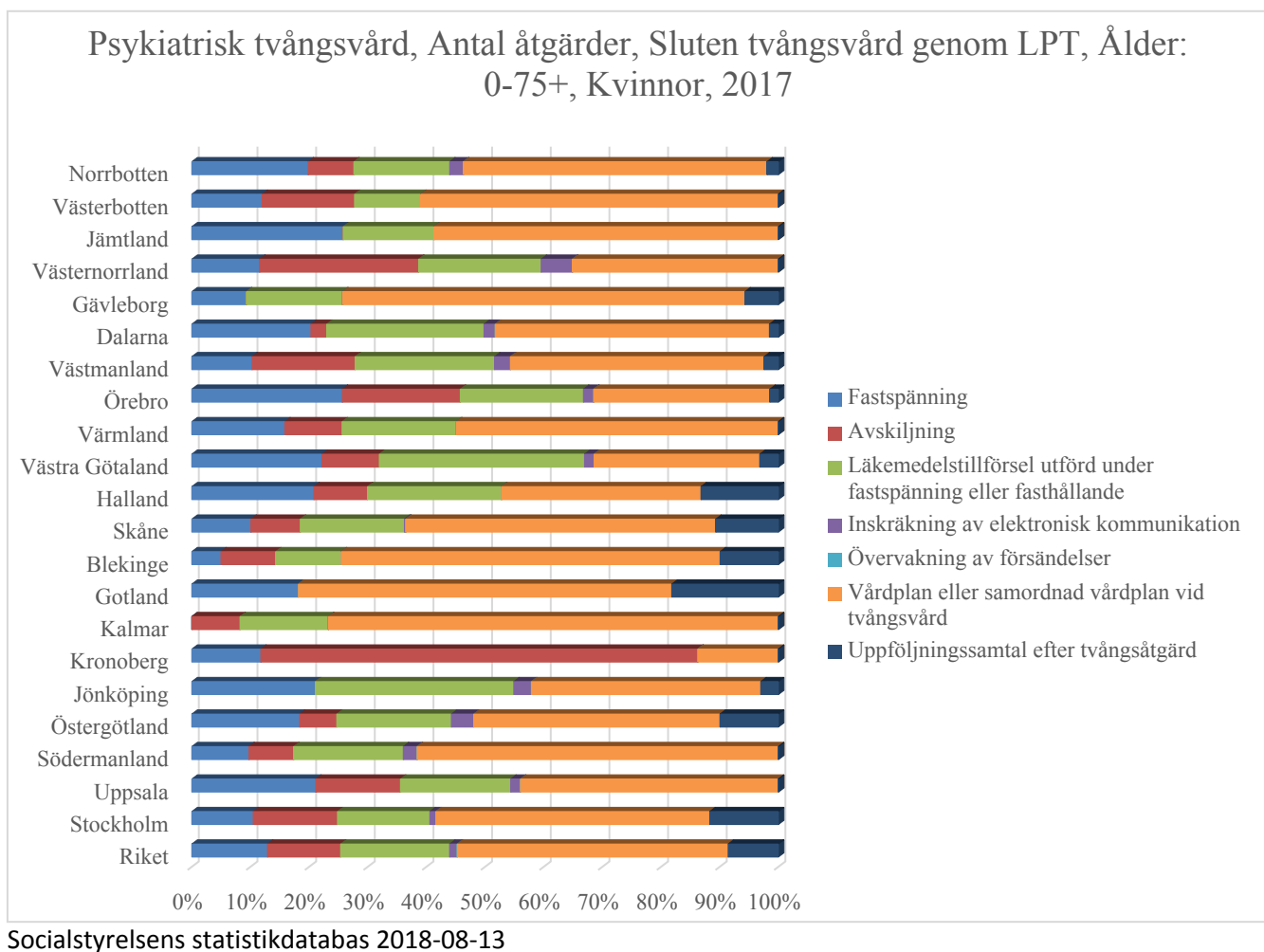


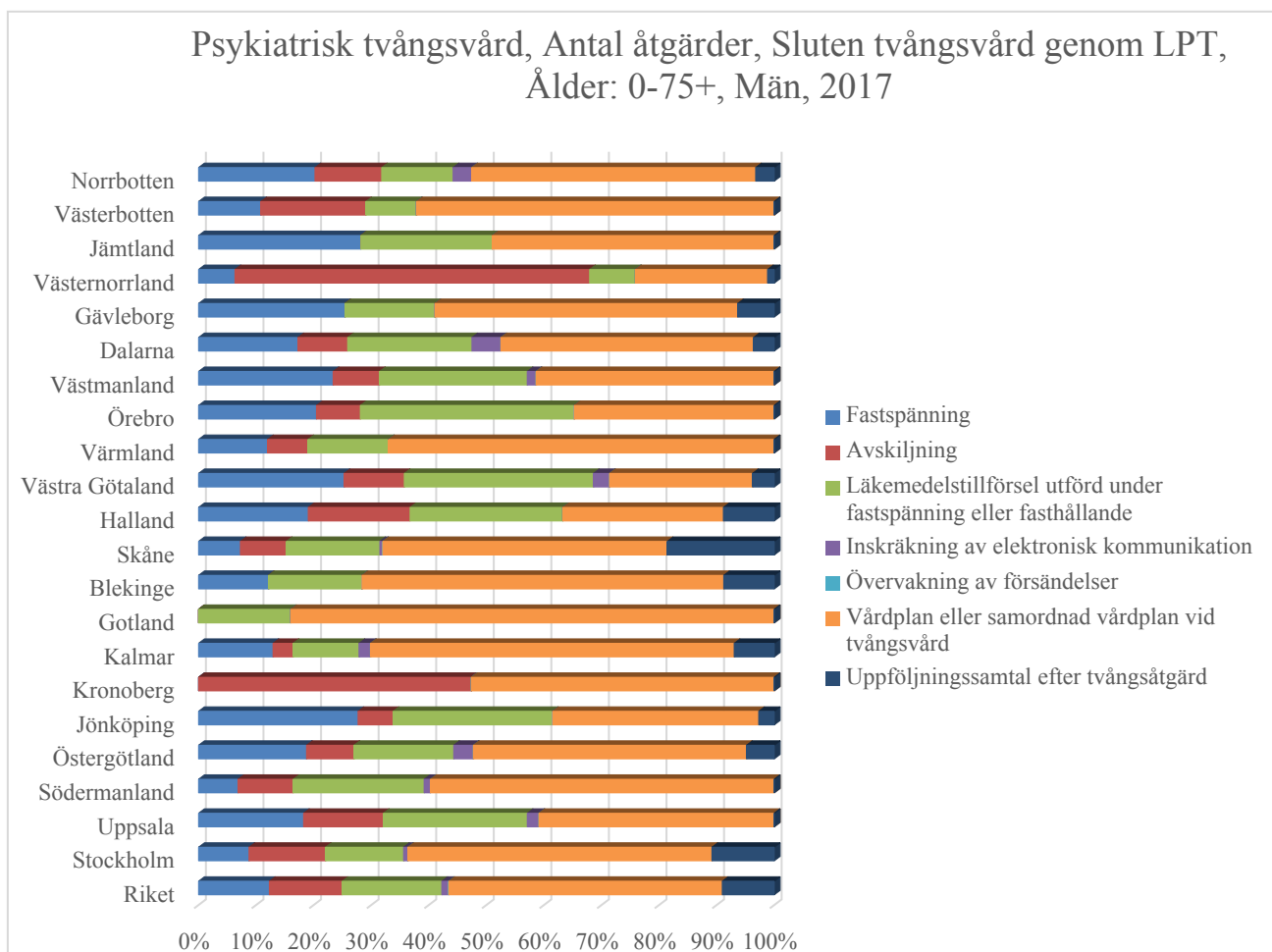
Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-08-13

Psykiatrisk tvångsvård, Antal åtgärder, Sluten tvångsvård genom LPT, Ålder: 0-75+, Män, 2016



Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-08-13





Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-08-13

Diagrammen ovan visar fördelningen av tvångsåtgärder för män och kvinnor fördelat på olika typer av tvångsåtgärder.

Samtliga tvångsåtgärder har ökat för män, inom Regionen i jämförelse med Riket där samtliga tvångsåtgärder för män har minskat.

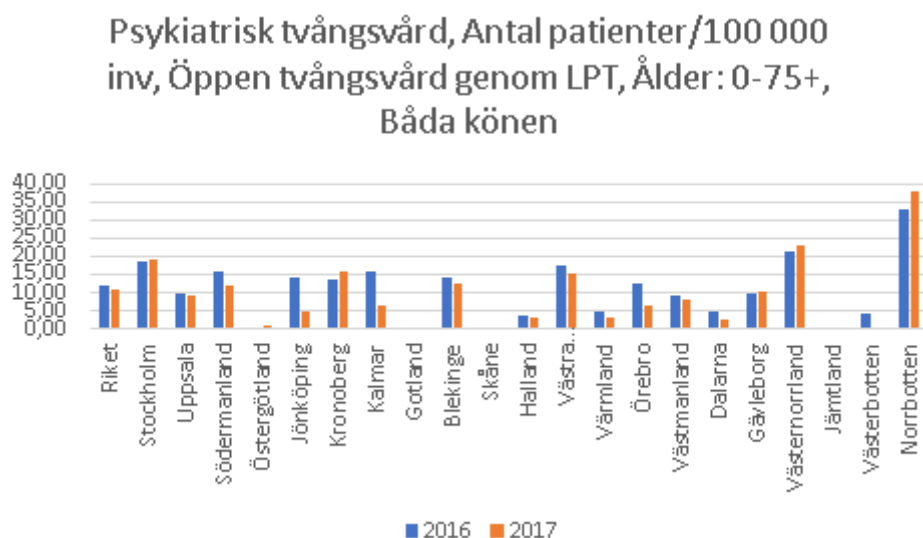
För kvinnor i Regionen har tvångsåtgärder minskat förutom Läkemedelstillförsel under fasthållande, som har en liten ökning.

Glädjande är att samtal efter tvångsåtgärd har ökat markant i riket, men Regionens statistik saknas i Socialstyrelsens databas.

Vid journalgranskning visar resultat att samtliga tvångsvårdade patienter (LPT/LRV) haft en vårdplan.

3 Öppen tvångsvård – ÖPT

Öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) innebär att patienten har vissa restriktioner men kan vara utanför avdelningen exempelvis i ett särskilt boende. Öppen psykiatrisk tvångsvård är därför en "friare" vårdform och används innan en patient kan konverteras till vård enligt HSL.



Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-08-13, Jämtland saknas

Registrerat i Cosmic

2016 fanns 14 patienter med ÖPT, 6 kvinnor och 8 män.

2017 fanns 16 patienter med ÖPT, 11 kvinnor och 5 män.

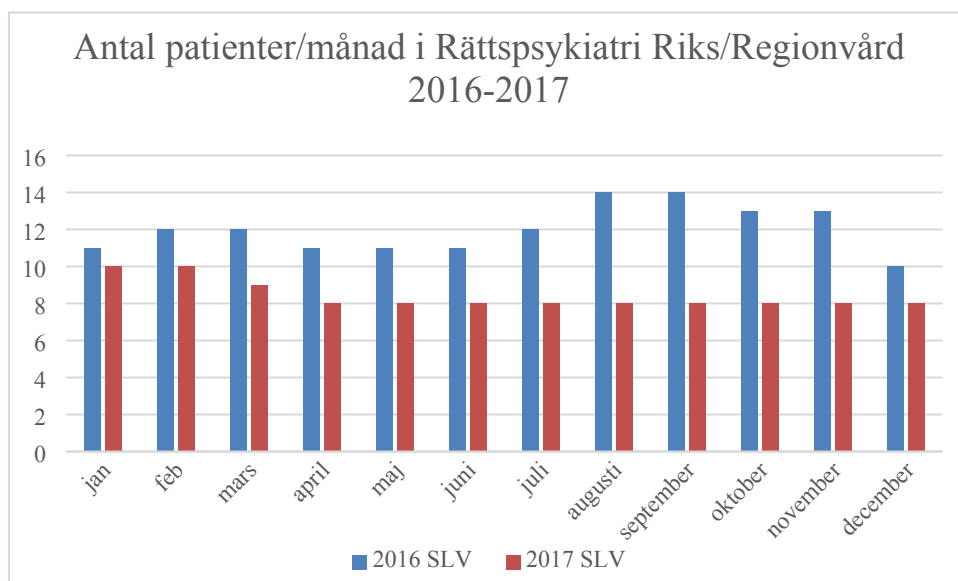
4 Rättspsykiatrisk vård

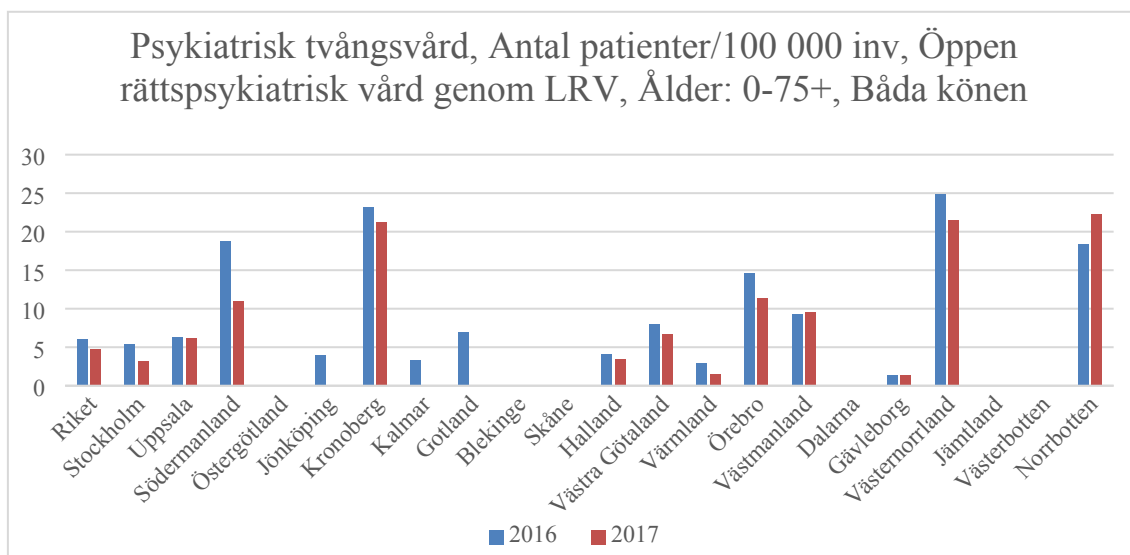
Inom område psykiatri vårdas patienter som är dömda i domstol i enlighet med LRV och som bedöms kunna vårdas med säkerhetsklass 3. Säkerhetsklassificeringen återfinns i Socialstyrelsens handbok om säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (2006:9). Övriga patienter vårdas vid Rättspsykiatriska kliniker. De flesta vårdas vid RPK i Sundsvall, men en patient vårdas vid RPK i Västmanland.

Under 2016 vårdades 7 patienter, 2017 8 patienter med LRV i slutenvård, område Psykiatri.

Övriga patienter behövde högre säkerhetsklass och vårdades utomläns.

Diagrammet visar antal patienter som vårdats utomläns inom rättspsykiatrisk slutenvård 2016-2017





Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-08-13

I Socialstyrelsens statistik ingår Regionens patienter i Västernorrland (köpt riks och regionvård).

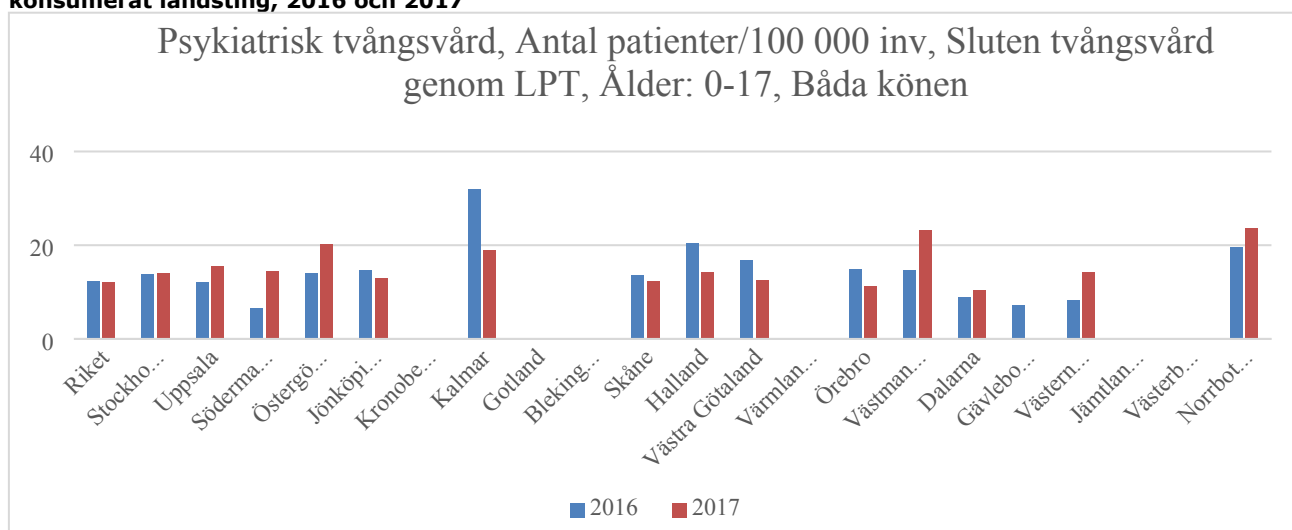
2016 fanns 2 patienter, 2017 fanns 3 patienter med Öppen rättsspsykiatrisk vård inom område psykiatri.

Utöver dessa vårdades 2 patienter med Öppen rättsspsykiatrisk vård knuten till Rättsspsykiatrisk klinik i Sundsvall (RPK).

Andelen tvångsvård är låg i jämförelse med riket när det gäller vuxna. En bidragande orsak avseende vuxna är att LRV patienter och särskilt vårdkrävande LPT patienter vårdas vid rättsspsykiatriska kliniken i Sundsvall.

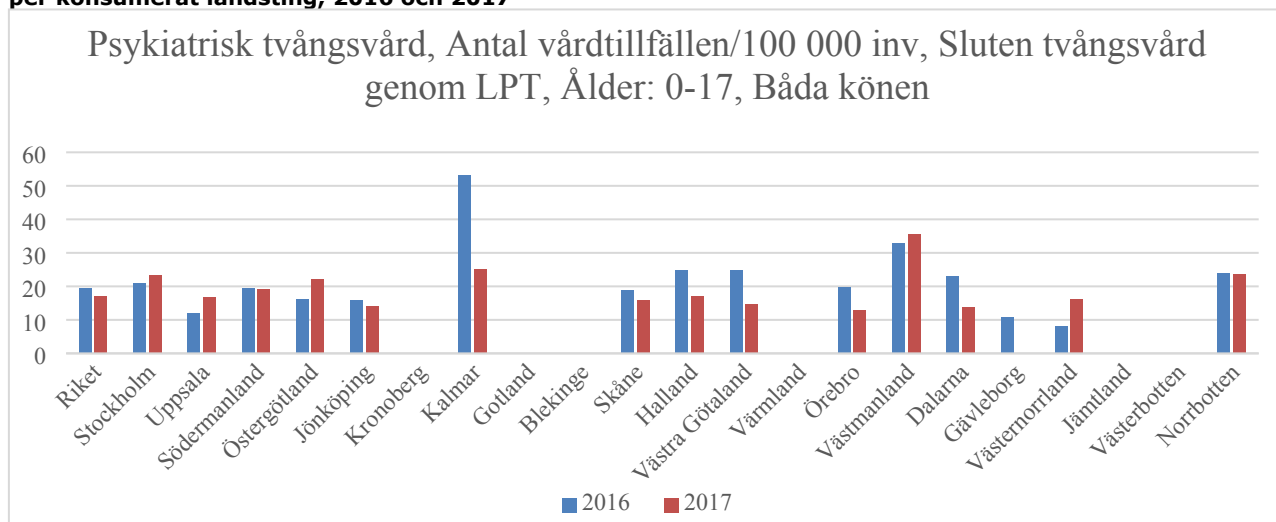
5 Barn och unga med tvångsvård

Antal individer inom slutenvård LPT för åldrarna 0–17 år per 100 000 invånare, i riket och per konsumerat landsting, 2016 och 2017



Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-08-13 Data saknas för Jämtland
Registrerat i Cosmic, 2016 7 patienter, 2017 1 patient

Antal vårdtillfällen inom slutenvård LPT för åldrarna 0–17 år per 100 000 invånare, i riket och per konsumerat landsting, 2016 och 2017



Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-08-13 Data saknas för Jämtland
Registrerat i Cosmic, 2016 10 vårdtillfällen, 2017 1 vårdtillfälle

Vårdtillfällen för barn och unga i Jämtland 2013-2017 (Antal)

År	0-12 år	13-15	16-17,99	Totalt	Med LPT	Tvångsåtgärder
2013		5	25	30	5	0
2014		4	26	30	8	2
2015	1	9	24	34	8	3
2016	2	6	20	28	7	4
2017	1	14	26	42	1	0

Andelen tvångsvård är låg i jämförelse med riket när det gäller barn och unga. En bidragande orsak är att svårt sjuka barn och ungdomar vårdas i Umeå eller vid annan BUP-klinik i landet.

6 Vårdmiljön

Patienternas möjlighet till meningsfull sysselsättning och tillfälle till frisk luft och motion är begränsad. Avdelning 4A som har stor andel av tvångsvårdade patienter saknar balkong. Detta innebär att patienter kan få möjlighet till utevistelse när det finns möjlighet för personal att följa med ut.

Patientforum genomförs regelbundet på vårdavdelningarna tillsammans med brukarrepresentant.

Patienternas uppfattning följs via enkäter.

7 Stödperson

I samband med tvångsvård skall patienten informeras om sin rätt till en stödperson enligt 30 och 48 §§ LPT respektive 26 och 30 §§ LRV.

Ansökan om stödperson görs så snart patienten begär detta eller vid första förvaltningsrättsförhandlingen.

Regionens patientnämnd utser och tilldelar stödpersoner.

När tvångsvården upphör kan stödpersonen kvarstå under fyra veckor efter utskrivningen, om patienten så önskar.

Vid journalgranskning av tvångsvården finns erbjudande om stödperson dokumenterat utan undantag. Patientnämnden får inte in lika många ansökningar om stödperson. Denna skillnad kan bero på att de flesta patienter som tvångsvårdas inte har så lång vårdtid utan överförs till HSL så snart det är möjligt, för många patienter efter endast några dagar.

2016 Tillsattes 23 stödpersoner, två avböjde stödperson.

2017, 19 nytillsatta uppdrag, 13 kvinnor / 6 män, dessutom 4 ärenden som har pågått minst ett år med samma stödperson.

8 Säkerhet vid vårdenhet

8.1 Inre säkerhet

Personal genomgår säkerhetsutbildning årligen, vikarier utbildas efterhand i början av anställning. Visiteringsrutiner finns men vi ser att det finns bristande följsamhet.

Ett stort antal avvikelser rapporterades under 2016 gällande bristande visitering.

Besiktning funktionskontroll av vårdmiljön genomförs dagligen vid vårdavdelningarna. Det innefattar kontroll av att dörrar och fönster är låsta, infästning av gångjärn, brandvarnare och lampor inte är saboterade.

Att utrymningsvägar och brandskyddsutrustning är tillgänglig.

8.2 Yttre säkerhet

Området har säkerhetsnivå 3. Fönster och dörrar är låsta.

Tvångsvårdade patienter som inte har egen utevistelse får sällskap av personal i mån av tid och möjlighet.

Yttre vakt genomför kontroller av personaltomma lokaler i fastigheten nattetid (öppenvård, administration etc.).

9 Placering av patienter

Placering av patienter sker utifrån platstillgång. Alla 4 vårdavdelningarna inom området uppfyller godtagbar säkerhetsnivå för de patienter som vårdas.



8

Regionstyrelsens uppföljning av
samverkan med kommunerna:
Samverkansrådet

RS/2797/2017

2018-06-29

Sekretariatet

Emma Borg

Tfn: 063-14 76 47

E-post: emma.borg@regionjh.se

RS/2797/2017

Regionstyrelsens uppföljning av samverkan med kommunerna: Samverkansrådet

Ärendebeskrivning

I regionstyrelsens verksamhetsplan ingår att följa upp de verksamheter som ingår i styrelsens ansvarsområden. Detta innefattar Region Jämtland Härjedalens samverkan med länets kommuner. Regionstyrelsen har årligen följt upp den samverkan som sker inom samrådsgrupperna Barnarenan och SVOM (Sociala vård- och omsorgsgruppen), men detta är den första uppföljning som görs av regionens samverkansråd.

Regionens samverkansråd inrättades i samband med regionbildningen, och reglemente för rådet antogs av dåvarande landstingsstyrelsen under våren 2014, § 78. Samverkansrådet är ett organ för information, samråd och samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner i frågor av gemensamt intresse. Rådet består av 11 ledamöter; tre utses av Region Jämtland Härjedalen och en utses av respektive kommun i länet och sammanträder åtta gånger per år.

Regionens samverkansråd ingick inte i den översyn av den politiska organisationen som genomförts inför den nya mandatperioden. Förutsättningarna för samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner har förändrats sedan samverkansrådets inrättande 2014. Nu finns en gemensam nämnd för samverkansfrågor mellan Region Jämtland Härjedalen och alla länets kommuner som till skillnad från samverkansrådet har beslutsmandat. Utöver detta så kommer det att från och med den 1 januari 2019 finns en hälso- och sjukvårdsnämnd, vars representation i rådet behöver beaktas. Med anledning av att detta föreslås en översyn av regionens samverkansråd och dess reglemente.

Regiondirektörens förslag

1. Regionstyrelsens uppföljning av regionens samverkansråd godkänns.
2. Regiondirektören får i uppdrag att tillsammans med regionens samverkansråd se över samverkansrådets roll i förhållande till övriga samverkansformer mellan Region Jämtland Härjedalen och länets

kommuner samt samverkansrådets roll och sammansättning i förhållande till övriga nämnder inom organisationen.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Anders Byström
Förvaltningschef regional
utveckling

Utdrag till

Regionens samverkansråd

Sekretariatet
Emma Borg
Tfn: 063-14 76 47
E-post: emma.borg@regionjh.se

2018-06-27

RS/2797/2017

Rapport Uppföljning av samverkan med kommunerna: Samverkansrådet

Allmänt om regionens samverkansråd

Regionens samverkansråd inrättades i samband med regionbildningen, och sammanträdde första gången den 16 februari 2015. Rådet består av 11 ledamöter; tre utses av Region Jämtland Härjedalen och en utses av respektive kommun i länet. Samverkansrådet sammanträder åtta gånger per år, och är ett organ för information, samråd och samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner i frågor av gemensamt intresse. Samverkansrådet kan besluta om rekommendationer till regionen och kommunerna, men kan inte fatta formella beslut som binder medlemmarna.

Historik

Regionens samverkansråd startade i samband med att Jämtlands läns landsting och Regionförbundet Jämtlands län blev Region Jämtland Härjedalen. Hur den politiska organisationen skulle se ut efter regionbildningen hanterades inom projektet Region 2015. I beslutsunderlaget finns bland annat följande information kring behovet av ett regionalt samverkansråd under rubriken Regionalt samverkansorgan i Jämtlands län:

"Som tidigare beskrivits förändras kommunernas inflytande i formellt perspektiv betydligt. I dagens regionförbund sitter kommunrepresentanter i regionstyrelsen och fattar alla beslut som berör den regionala utvecklingen samt de frågor som övertogs från före detta Kommunförbundet. Eftersom den nya regionen i juridisk mening är en egen myndighet kan inte kommunerna utse representanter utan det är regionens fullmäktige som utser ledamöter i regionens olika politiska organ.

Innan regionförbundet bildades fanns "Rådet för regional utveckling" som skulle fungera som ett organ för samverkan i gemensamma frågor i regionen. I detta råd utsåg medlemmarna sina representanter självständigt. Här behandlades alla typer av frågor. /.../ Rådet avvecklades eftersom regionförbundet ansågs kunna hantera frågorna /.../. Från och med 2015 finns inte regionförbundet längre och dessa frågor behöver få en annan lösning. Behovet av ett forum på politisk nivå för att diskutera och enas om hur gemensamma frågor ska lösas inför beslut i respektive myndighet har inte blivit mindre och formerna för ett nytt forum behöver tas fram."

Utifrån ovanstående föreslogs att regionen skulle inrättas ett regionalt samverkansråd. Förslag till reglemente för regionens samverkansråd togs fram av styrgruppen inom projekt Region 2015, och fastställdes av dåvarande landstingsfullmäktige i april 2014, § 78. Reglementet har inte reviderats under mandatperioden.

Uppgifter

Regionens samverkansråd är ett organ för information, samråd och samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och Bergs kommun, Bräcke kommun, Härjedalens kommun, Krokoms kommun, Ragunda kommun, Strömsunds kommun, Åre kommun samt Östersunds kommun i frågor som är av gemensamt intresse och som anges nedan.

Samverkansrådets uppgifter är:

- att samordna de regionala utvecklingsfrågorna med de kommunala frågor som har ett regionalt intresse,
- att initiera samverkan för att utveckla och effektivisera den regionala utvecklingsverksamheten samt diskutera frågor inom hälso- och sjukvården som inte kan eller ska lösas i andra samverkansorgan, samt
- att vara ett forum för omvärlds- och intressebevakning.

Enligt rådets reglemente ska samverkansrådet behandla frågor om regionalt utvecklingsprogram, länstransportplan, regionalt tillväxtprogram, kollektivtrafik, regional kulturpolitik, folkhälsa och gemensamma EU-frågor. Andra frågor än ovanstående kan även väckas av regionen eller kommunerna. I reglementet finns reglerat att samverkansrådet har möjlighet att yttra sig i ovan nämnda frågor, och i ärenden om medfinansiering av projekt och prioritering av EU:s fondmedel inför beslut i regionala utvecklingsnämnden eller regionfullmäktige.

Regionens samverkansråd har inget beslutsmandat och kan därför inte fatta formella beslut som binder medlemmarna. Däremot kan rådet besluta om rekommendationer till regionen och kommunerna i ärenden där det krävs likalydande beslut från alla parter.

Sammansättning

Samverkansrådet består av elva (11) ledamöter, tre ledamöter utses av regionen och en ledamot utses av respektive kommun. Enligt reglementet är ordförande i regionala utvecklingsnämnden även ordförande för samverkansrådet. Rådet utser själva en vice ordförande bland kommunens representanter.

I styrgruppens förslag till ny politisk organisationen från 2015 finns följande skrivet om rådets sammansättning: *"Samverkansrådet ska bestå av ett råd från varje kommun, utsett av kommunen, samt av tre råd från Regionen, varav två ifrån nämnden för regional utveckling och ett från regionstyrelsen."* Utöver ordförande finns dock inget skrivet i reglementet kring ledamöterna. Region Jämtland Härjedalen har utsett regionstyrelsens ordförande samt andre vice ordförande i regionala utvecklingsnämnden till ledamöter i rådet. Respektive kommun representeras av kommunstyrelsens ordförande. I reglementet finns inget skrivet om ersättare. Kommunerna har dock utsett ersättare för ordinarie ledamöter.

I mars 2015 beslutade samverkansrådet att även partier i regionfullmäktige som inte är representerade i regionens samverkansråd har rätt att närvara, som åhörare, vid rådets möten. Det gäller även ej tjänstgörande ersättare från kommunerna.

Frågor som behandlats av rådet

Rådet har främst fungerat som ett forum för information, både från externa parter som exempelvis Länsstyrelsen och Arbetsförmedlingen, men främst från Region Jämtland Härjedalen till kommunerna. Samverkansrådet har vid ett antal tillfällen yttrat sig över kommande ärenden i regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden, där beslutsförslagen i förlängningen kunnat påverka primärkommunerna. Rådet har också behandlat ett antal övergripande strategidokument som sedan skickats vidare för beslut hos respektive part, exempelvis Folkhälsopolicy 2016–2019.

Rådet har vid ett antal tillfällen även fattat beslut om användande av det överskott som Regionförbundets likvidation skapade.

Samverkansrådet har gjort uppföljningar utifrån den överenskommelse om regional samverkan som Region Jämtland Härjedalen tecknat med samtliga kommuner i länet inför regionbildningen. Överenskommelsen innebär att regionen utför kommunala uppdrag inom exempelvis social välfärd, barn- och utbildningsfrågor och internationella frågor. Främst handlar det om en samordning mellan kommunerna, ett uppdrag som tidigare hanterades inom Regionförbundet. Rådet har varit beredande instans för att ta fram ett nytt avtal som tar vid den 1 januari 2019, och som godkändes av regionfullmäktige i juni 2018.

Rådet har sedan start diskuterat utveckling av samverkan mellan kommunerna och Region Jämtland Härjedalen, bland annat inom e- och IT-området. Detta resulterade i att en gemensam nämnd för IT-drift och stöd inrättades mellan Region Jämtland Härjedalen och Åre kommun den 1 december 2016. Under 2018 har nämnden utökats med övriga kommuner i länet, och nämndens verksamhetsområde har breddats, och heter nu Gemensam nämnd för samverkan inom drift och service, utveckling samt specialistfunktioner. Samverkansrådet har varit beredande organ för utformning av reglemente och samverkansavtal för den nya nämnden. När rådet behandlade ärendet i januari 2018 beslutades att rekommendera kommunerna att den ledamot som väljs till den gemensamma nämnden har en ledande roll i respektive kommun. Ett antal av länets kommuner har valt att utse kommunstyrelsens ordförande till ledamot, dvs. samma representant som i regionens samverkansråd. Flera övriga parter har valt vice ordföringar som sin ledamot.

Rådets relation till övrig politisk organisation

Enligt regionala utvecklingsnämndens nuvarande reglemente ansvarar nämndens arbetsutskott för regionens samverkansråds möjlighet att yttra sig över ärenden som ska beslutas av regionala utvecklingsnämnden eller regionfullmäktige. Under nästa mandatperiod flyttas detta ansvar till nämnden. I såväl regionstyrelsens som regionala utvecklingsnämndens reglemente, nuvarande som kommande, finns reglerat att styrelsen/nämnden ska delta i regionens samverkansråd i frågor inom styrelsens/nämndens verksamhetsområde. I och med fullmäktiges beslut om ny politisk organisation inrättas en ny nämnd från och med 1 januari 2019 som övertar hälso- och sjukvårdsfrågorna från regionstyrelsen. I den nya nämndens reglemente finns inget skrivet om deltagande i regionens samverkansråd. Detta trots att ett av rådets uppdrag är att diskutera frågor inom hälso- och sjukvård.

Avslutande reflektioner

Samverkansrådet ingick inte i den översyn av den politiska organisationen som gjorts inför kommande mandatperiod. Rådets reglemente har heller inte reviderats sedan det fastställdes av landstingsfullmäktige 2014. Med anledning av de förändringar som skett gällande såväl förutsättningar för som behovet av samverkan inom länet, samt de förändringar som skett inom den egna organisationen, finns ett behov av en översyn av regionens samverkansråd. Detta så att dess uppdrag och sammansättning, samt roll i förhållande till övrig organisation och samverkansformer, blir tydlig och ändamålsenlig för alla parter.



9

Regiondirektörens Direktiv för
verksamhetsplaner 2019

RS/1134/2018

2018-08-09

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

RS/1134/2018

Regiondirektörens Direktiv för Verksamhetsplaner 2019

Ärendebeskrivning

Med utgångspunkt från övergripande politiska mål och planeringsförutsättningar fastställer regiondirektören varje år direktiv för verksamhetsplaner. Regionstyrelsen ska informeras om innehållet i direktiven och direktiven ska även anmälas till Vårdsnämnden. Direktiven innehåller strategiskt prioriterade inriktningar. Syftet med direktiven är att ge ledning och styrning av, och medskick till verksamheternas planering för nästa år. Regiondirektören har nu gett ut direktiv för den planering av verksamheterna som behöver ske under hösten 2018.

2018 är ett valår. Från 1 januari 2019 gäller också en ny politisk organisation för Region Jämtland Härjedalen, bland annat inrättas en ny nämnd – Hälso- och sjukvårdsnämnden. Mot bakgrund av det har regionfullmäktige beslutat att inte hantera regionplan och finansplan för 2019-2021 förrän efter valet, dvs finansplan i november 2018 och regionplan i februari 2019. Det betyder i sin tur att Regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner för 2019 inte kommer att beslutas förrän i februari-mars 2019.

Från 1 januari 2019 har Region Jämtland Härjedalen också en ny förvaltningsorganisation som innebär att hälso- och sjukvårdsförvaltningen och regionala utvecklingsförvaltningen upphör. Hälso- och sjukvård och Regional utveckling kommer istället att ingå i regionstyrelsens förvaltning och utgöra förvaltningsområden. Regionstaben kommer att finnas kvar i nuvarande form.

Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplaner 2019 utgår från regionplan 2018-2020 och finansplan 2018-2020, planeringsförutsättningar 2019-2021, samt faktadelen i finansplan 2019-2021, som fastställdes av regionstyrelsen den 30 maj 2018.

Direktiven, de politiska planerna och andra uppdragsbeskrivningar och överenskommelser är underlag som direktörens närmaste chefer har att följa i sin planering och uppföljning. I verksamhetsplaneringen ska också övergripande handlingsplaner och länsövergripande mål, strategier, handlingsplaner och program beaktas.

De prioriterade inriktningarna för verksamhetsplaner 2019 är tillgänglighet, effektivitet=kvalitet och produktivitet, attraktiv arbetsgivare samt mer inflyttning. Begynnelsebokstäverna bildar ordet TEAM, som är symbol för det arbetssätt som ska prägla regionen.

Beslutsunderlag

Regiondirektörens Direktiv för Verksamhetsplaner 2019

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen har tagit del av information om innehållet i Regiondirektörens Direktiv för Verksamhetsplanering 2019

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Planeringschef

Utdrag till

Regiondirektör, Planeringschef, Biträdande regiondirektör, Hälso- och sjukvårdsdirektör och Regionstabschef.

Regiondirektörens Direktiv för Verksamhetsplaner 2019



Innehållsförteckning

Uppdraget.....	3
Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplanering 2019.....	4
Mål 2018-2020.....	5
Prioriterad inriktning	6
Planeringsdirektiv.....	8
Budgetdirektiv	9

Förslag budgetramar 2019, förklaring på nämndnivå	11
Planering och uppföljning 2019	12
Bilaga 1 - Förteckning över riktade statsbidrag.....	13
Bilaga 2 – Övergripande handlingsplaner	14

Uppdraget

Regionen Jämtland Härjedalen har det övergripande ansvaret för länets hälso- och sjukvård och de regionala utvecklingsfrågorna. Organisationens mål utgår från regionens vision "En region att längta till och växa i". Regionens ledning ansvarar för att målen får genomslag i verksamheten.

Uppdrag

Region Jämtland Härjedalen har två huvuduppdrag:

- Tillhandahålla en tillgänglig och god vård som tillfredsställer medborgarnas behov av en trygg tillvaro med god livskvalitet genom att ha kvalitet och effektivitet som ledningsstrategi.
- Ansvara för det regionala utvecklingsarbetet genom att vara en samlande kraft för regional utveckling med prioriteringarna Inflyttning, Integration, Jämställdhet, Arbete / Näringsliv samt Miljö och klimat.

Region Jämtland Härjedalen har en mycket svår ekonomisk situation och står inför stora utmaningar. Stort fokus på åtgärder som syftar till en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning har därför en mycket hög prioritet.

Region Jämtland Härjedalen ska, genom att samverka optimalt med andra aktörer, aktivt bidra till att de resurser som finns används effektivt.

Region Jämtland Härjedalen har två fokus,
- att utföra hälso- och sjukvård av hög kvalitet och leda det regionala utvecklingsarbetet.
- att alltid förbättra vårt arbete.

Det innebär att varje medarbetare både förväntas fullfölja sina yrkesspecifika uppgifter samt att aktivt arbeta med ständig förbättring. Forskning, innovation, utbildning och utveckling av verksamheten är, jämsides med att skapa förutsättningar för och praktiskt utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter och

regionala utvecklingsuppgifter, också viktiga delar i vårt uppdrag.

Medarbetare i Region Jämtland Härjedalen sätter alltid patienten först (inom regional utveckling kunden först) och arbetar efter följande värdegrund: *"Regionens medarbetare ska i dagliga möten och samtal handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på regionen och dem regionen är till för."*

Medarbetare, organisation och plats ska präglas av **välkomnande, handlingskraft och pålitlighet.**

Regiondirektörens uppgift

Regiondirektören är ytterst ansvarig för att Region Jämtland Härjedalen har en verksamhet som bedrivs med god kvalitet, inom befintliga ramar och i enlighet med politiskt fattade beslut, lagar, regler och myndighetsbeslut. Regiondirektören ansvarar för att ge ledning och styrning för regionstyrelsens förvaltning samt att planering, uppföljning, utvärdering och kontroll efterföljs i enlighet med Region Jämtland Härjedalens styrmodell. Alla uppdrag från regionstyrelsen till regionstyrelsens förvaltning ställs till regiondirektören.

Regiondirektören ska leda och samordna tjänstemannaorganisationens planering och uppföljning. Med vägledning av framgångsfaktorer i regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner ska regiondirektören också identifiera prioriterade inriktningar för verksamhetsplanering. Detta sker bland annat genom dessa direktiv.

Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplanering 2019

Regiondirektörens direktiv innehåller fem delar:

- Regionfullmäktiges styrande mål
- Prioriterad inriktning
- Planeringsdirektiv
- Budgetdirektiv
- Uppföljningsplan

Syftet med regiondirektörens direktiv är att ge ledning och styrning av, och medskick till verksamhetsplanering.

2018 är ett valår. Från 1 januari 2019 gäller också en ny politisk organisation för Region Jämtland Härjedalen, bland annat inrättas en ny nämnd – Hälso- och sjukvårdsnämnden. Mot bakgrund av det har regionfullmäktige beslutat att inte hantera regionplan och finansplan för 2019-2021 förrän efter valet, dvs finansplan i november 2018 och regionplan i februari 2019. Det betyder i sin tur att Regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner för 2019 inte kommer att beslutas förrän i februari-mars 2019.

Från 1 januari 2019 har Region Jämtland Härjedalen också en ny förvaltningsorganisation som innebär att hälso- och sjukvårdsförvaltningen och regionala utvecklingsförvaltningen upphör. Hälso- och sjukvård och Regional utveckling kommer istället att

ingå i regionstyrelsens förvaltning och utgöra förvaltningsområden. Regionstaben kommer att finnas kvar i nuvarande form.

För att ge verksamheterna direktiv för den planering av verksamheterna som behöver ske under hösten 2018 ger Regiondirektören ut direktiv för verksamhetsplaneringen. Direktiven bygger på regionplan 2018-2020 och finansplan 2018-2020, planeringsförutsättningar 2019-2021, och faktadelen i finansplan 2019-2021.

Direktiven, de politiska planerna och andra uppdragsbeskrivningar och överenskommelser är underlag som direktörens närmaste chefer har att följa i sin planering och uppföljning.

I verksamhetsplaneringen ska också övergripande handlingsplaner och länsövergripande mål, strategier, handlingsplaner och program beaktas – se bilaga.

Mål 2018-2020

Regionfullmäktiges mål är grunden för verksamheternas planering. Regionfullmäktige har fastställt följande mål för 2018-2020. Dessa mål kan komma att förändras när regionplan 2019-2021 fastställs efter valet. För mer information se Regionplan, Finansplan och Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell.

SAMHÄLLE

- Fler arbetstillfällen för män och kvinnor i privat och offentlig sektor
- Fler invånare i regionen
- Bättre infrastruktur
- Fossilbränslefri region år 2030
- Ökat digitalt användande
- Kultur i hela regionen
- Jämlik och jämställd region
- Bättre folkhälsa
- Minskade sjukskrivningstal
- Tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård

PATIENT

- Vård efter behov – jämlik och jämställd
- Bättre tillgänglighet
- God vård på patientens villkor
- Mer professionell vård i hemmet eller så nära hemmet som möjligt

MEDARBETARE

- Tydligt och lyhört ledarskap
- Ökad delaktighet
- Kompetensutveckling och karriärvägar för alla yrkesgrupper
- Sänkta sjuktal
- Kompetensförsörjning utifrån behov.

VERKSAMHETSRESULTAT

- Högre medvetenhet och ökad samverkan i hela koncernen
- Lägre kostnadsutveckling än 2017
- Ökade intäkter
- Ökad produktionskapacitet
- Minskad miljö- och klimatpåverkan
- Fler arbetstillfällen utanför Östersund

FINANSIELLA MÅL

- Ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens budgeterade nettokostnader 0 % (kort sikt) 2 % (längre sikt)
- Nettokostnadsutveckling jämfört med föregående år för 2019 + 2,1 %
- Avtalstrohet för 2019 95 %
- Investeringsstak för 2018 96 miljoner
- En hög självfinansieringsgrad på lång sikt är önskvärd, dvs alla investeringar finansieras av skattemedel

Prioriterad inriktning

Utifrån de politiskt fastslagna övergripande målen i regionplan och finansplan 2018-2020 har direktören valt att verksamheterna ska kraftsamla inom fyra **prioriterade inriktningar**. Den prioriteringen är nödvändig för att samla regionens gemensamma krafter där de verkligen behövs. Prioriteringen är också nödvändig för att göra det konkret och tydligt för regionens medarbetare vad de i sitt dagliga arbete ska fokusera på.

Prioriterade inriktningar 2019:

- Tillgänglighet
- Effektivitet = KVALITET och produktivitet
- Attraktiv arbetsgivare
- Mer inflyttning

Det är inte en slump att de fyra prioriterade inriktningarna har sorterats så att begynnelsebokstäverna bildar ordet TEAM. Det är en symbol för det arbetssätt som ska prägla regionen

Tillgänglighet

(är kopplat till *välkomnande* och de strategiska målen Tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård under perspektivet samhälle, Bättre tillgänglighet och Mer vård i hemmet eller nära hemmet under perspektivet patient och Ökad produktionskapacitet under perspektivet verksamhetsresultat)

Region Jämtland Härjedalen ska
1/ vara lätt tillgänglig för alla i länet i behov av hälso- och sjukvård. Minska patientens väntan genom att uppfylla vårdgarantin.
2/ vara den lätt tillgängliga aktören för att stödja och stimulera regionala utvecklingssatsningar inom kompetensförsörjning, infrastruktur och näringslivsetableringar och kultur.

Utveckling av verksamhet som möter patienter, kunder och samarbetspartners med hjälp av distansoberoende lösningar ska prioriteras. Mobila lösningar, syftande till att patienten kan vårdas i eller så nära hemmet som möjligt ska vara en del i vårt arbetssätt.

Regionens verksamheter ska präglas av personcentrering/kundorientering dvs. arbetssätt som gynnar den vi är till för både inom vård och regional utveckling.

Effektivitet = kvalitet och produktivitet

(är kopplat till *handlingskraftig* och det strategiska målet Lägre kostnadsutveckling än 2017 och Ökad produktionskapacitet under perspektivet Verksamhetsresultat och flera av målen under perspektivet patient)

I det kärva ekonomiska läge som regionen befinner sig i är god kostnadskontroll och resultatförbättrande åtgärder viktiga för att uppnå god ekonomisk hushållning. Därför finns mål för hur stor nettokostnadsökningen maximalt får vara. Under 2018 har kraftfulla åtgärder vidtagits angående att minska antalet anställda, genomlysningar av verksamheter på olika sätt bl a schemaläggning. Dessa åtgärder måste få resultat under 2018 som ytterligare förstärks under 2019.

Med effektivitet menas hur väl målen uppnås i förhållande till de resurser som används i varje del av verksamheten, liksom att de används till rätt saker så att det samlade resultatet på bästa sätt bidrar till målen.

En ökad effektivitet kan innebära både att minska på resursförbrukning och att omfördela resurser mellan olika delar av verksamheten. Att kunna öka effektiviteten innebär olika aspekter; strukturella åtgärder, processutveckling,

kvalitetsarbete, tillgänglighet, kostnadseffektivitet, hälsofrämjande arbete samt inte minst patientupplevelsen.

En uppnådd ökad effektivitet inom regionala utvecklingsuppdraget sker i samverkan med externa parter. Fler nyetablerade företag – genererande mer skatteintäkter – kan vara resultatet av *tillförda* regionala ekonomiska resurser, på så sätt kan kostnadseffektiviteten öka.

Kvalitet handlar också om att ständigt bli bättre t ex genom att:

- Förenkla och förkorta patientens väg till och genom hälso- och sjukvården.
- Förenkla stödsökandes processer gällande regionala- och strukturfondsmedel
- Införa standardiserade arbetssätt och nya samarbetsformer.
- Rätt kompetens i rätt tid på rätt plats.
- Behoven styr resursfördelningen
- Genomgripande produktions- och kapacitetsplanering på alla nivåer
- Långsiktig plan för god ekonomisk hushållning
- Följa de övergripande handlingsplanerna som upprättats inom de områden som behöver särskilt fokus.

Vårdens inriktning ska vara att i största möjliga inriktning bedrivs i hemmet eller i andra hand nära lokaliserad till hemmet. Vården utmärks av kontinuitet och teamarbete kring patienten.

Effektivitet är också att ha bra rutiner för uppföljning, analys och utvärderingar så att lärdomar snabbt kan göras och verksamheterna tydligare kan styras mot uppsatta mål.

Attraktiv arbetsgivare

(är kopplat till *pålitlig* och samtliga strategiska mål under perspektivet Medarbetare)

Region Jämtland Härjedalen ska vara en hälsofrämjande arbetsplats med god arbetsmiljö. Varje medarbetares kompetens ska tas tillvara och utvecklas. Forskning och innovation ska stimuleras. Alla ska synas, få återkoppling och stöd och få möjlighet att aktivt delta i utvecklingen av verksamheten. Regionens medarbetare ska ha tillgång till hälsofrämjande insatser.

Parallellt med det ständigt pågående hälsofrämjande arbetet kommer regionen att tillsammans med arbetsförmedlingen,

försäkringskassan med flera arbeta med ett långsiktigt utvecklingsarbete för att minska andelen sjukskrivna.

En viktig förutsättning för effektiv verksamhet och attraktiva arbetsplatser är att cheferna har goda förutsättningar för sina uppdrag. Det handlar både om kompetens, stöd och utveckling. Under hösten 2018 kommer det nya chefsutvecklingsprogrammet att starta.

Det nationella samarbetet i syfte att minska beroendet av bemanningsföretag ska 2019 innebära att regionen är oberoende av bemanningsföretag, dvs bemanningspersonalen uppgår till max 2% av personalkostnaderna i motsvarande yrkeskategori. Målsättningen är att skapa stabila, kontinuerliga läkare- och sjuksköterskekontakter som är viktiga för patientsäkerheten och som leder till högre kvalitet samt lägre kostnader. Under 2019 måste inriktningen vara att fortsätta arbetet tills dessa mål är uppnådda och säkra att det fortsätter så.

Mer inflyttning

(är kopplat till *välkomnande* och de strategiska målen Fler arbetstillfällen för män och kvinnor i privat och offentlig sektor och Fler invånare i regionen under perspektivet Samhälle)

Det demografiska läget är allvarligt med en åldrande befolkning och en stigande försörjningskvot. Det är en angeläget att den befolkningsökning som har skett de senaste åren, efter tjugo års nedgång, fortsätter. Arbetet för att uppvisa långsiktigt positiva befolkningssiffror är ett komplext område som knyter samman de flesta av verksamheterna inom Region Jämtland Härjedalen. Attraktivitet och specialisering är avgörande framgångsfaktorer.

Ett starkt inkluderande av utrikes inflyttade personer är fortsatt mycket viktigt. Att näringslivet och offentligheten lyckas rekrytera till sina vakanser och tillväxtsträvanden med nyinflyttad utbildad arbetskraft är prioriterat. Detsamma gäller ett målmedvetet arbete för ökad jämställdhet och jämlikhet. Detta ökar regionens – platsen och organisationens – attraktivitet.

Inflyttning, integration och att få unga att stanna kvar och flytta hit ska prioriteras såväl i den inre organisationen, som i samverkan mellan hälso- och sjukvården, regional utveckling och i samverkan med kommunerna och näringslivet.

Planeringsdirektiv

Planeringsdirektiven behandlar övergripande förhållande som verksamheterna ska beakta i arbetet med verksamhetsplanerna.

Ekonomisk utmaning

Regionens svåra ekonomiska läge måste beaktas i verksamhetsplaneringen. Varje verksamhetsplan måste på ett tydligt sätt beskriva på vilka grunder budgetramen fördelas och vilka åtgärder som kommer att vidtas under 2019 för att effektivisera verksamheten utifrån tilldelad budget.

Målsättningen måste vara att få ut mer av varje satsad krona, dvs höjd effektivitet.

Vid planeringen av 2019 års verksamhet ska personalbudgeten spegla både arbetet med att regionen ska vara oberoende av hyrpersonal och de resultatförbättrande åtgärder som vidtas t ex kompetensförskjutning, effektiviseringar, resultatet av schemagenomlysningarna och förändrad vårdplatsstruktur.

Medarbetaravsnitten

Medarbetaravsnitten i Hälso- och sjukvårdens, Regionala utvecklingens och Regionstabens verksamhetsplaner måste samplaneras utifrån kravet att samma målsättningar och inriktningar ska gälla för alla anställda oberoende av organisatorisk tillhörighet. Verksamhetsspecifika tillägg för att hantera egna behov kan läggas till.

Verksamhetsplanen ska tydligt visa hur verksamheterna löpande arbetar med värdegrundsfrågor och kärnvärden med sikte på fastställd vision.

Av verksamhetsplanerna ska framgå hur man arbetar för att trygga framtidens kompetensbehov. Det betyder t ex att beskriva vilka analyser av kompetenskartläggningarna har gjorts, vilka åtgärder för att möta framtidens vårdbehov behöver vidtas och vilka åtgärder behöver vidtas för att minska personalomsättningen för våra bristyrken.

Primärvården

Primärvårdens uppdrag består av två delar; en del ingår i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen som hittills styrts av Vårdvalsnämnden och under 2019 kommer styras av Regionstyrelsen samt en anslagsfinansierad del som fr o m 2019 kommer att styras av Hälso- och sjukvårdsnämnden.

När det gäller hälsovalet ska samplanering ske mellan regionstabens- och hälso- och sjukvårdens verksamhetsplaner. Den anslagsfinansierade delen ingår i hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan.

Koncern

I Regionplanen markerar regionens politiska ledning att de vill se ytterligare medvetenhet om koncernens breda verksamhet och att verksamheterna nyttjar samverkan inom koncernen ännu mera. I verksamhetsplanerna bör detta uppmärksammas och bedömas hur detta kan ske.

Uppföljning och analys

Under flera år har styrmodell och planering varit prioriterade åtgärder. Inför 2019 måste fokus flyttas till uppföljning, analys och utvärdering. Under 2018 den månatliga uppföljningen förtydligats och fördjupande uppföljningssamtal med verksamheterna kommer att ske. Dessutom har under 2018 en utredning gjorts om regionens analysförmåga som under hösten 2018 måste bedömas utifrån nödvändiga åtgärder. Dessa båda åtgärder måste hitta formerna under 2018 så att uppföljning och analys blir effektivare under 2019.

Budgetdirektiv

Budgetdirektiven innehåller beskrivning av vilka ekonomiska ramar som respektive nämnd har att förhålla sig till, vilka särskilda uppräkningsregler som använts, och vilka särskilda villkor i övrigt som finns. Centralt på ekonomiavdelningen har det skett förändringar avseende centrala poster vilket påverkar budgetupplägget.

Region Jämtland Härjedalen har fortsatt en mycket svår ekonomisk situation med ett stort negativt eget kapital och en likviditet som vi behöver låna till. 2017 var resultatet -236 mkr och i år ligger prognosen på -200 mkr, men det känns klart osäkert om det stoppar där. Det innebär att det egentligen inte finns utrymme för utökning eller speciella satsningar utöver ram. Därför förslås oförändrad budgetram för samtliga förutom för Hälso- och sjukvård. Stor återhållsamhet och fortsatt fokus på resultatförbättrande åtgärder ska således präglar arbetet med att nå en ekonomi i balans.

Verksamheternas resurser ska anpassas till den produktion som ska utföras och de beslutade åtgärder för att nå budgetramarna. Beslutet att minska antalet medarbetare med 100 st till nivån 2018-03-31 minus 100 st medarbetare (4 107 st månadsavlönade medarbetare), ska även hållas 2019 (hänsyn tas till minskat bemanningsköp). Förändrad investeringsnivå till 1 prisbasbelopp (45 500kr för 2018) jämfört med 0,5 prisbasbelopp som det är idag och samtliga investeringar beslutas i investeringsrådet.

I november 2018 kommer Regionfullmäktige att fastställa Finansplanen, till dess är allt ett förslag över hur Region Jämtland Härjedalens budgetramar fördelas mellan nämnder samt finansieringen för detta.

Budgetramarna per nämnd har justerats för tillfälliga speciella satsningar eller andra organisatoriska förändringar under 2018. Senast mars 2019 fastställer respektive nämnd de detaljerade budgetramarna.

2018 förändrades fördelning av budgetramarna för respektive förvaltning, man utgick från den årsprognos som rapporterades för september 2017 från respektive område.

Det ska råda restriktivitet beträffande budgetjusteringar under innevarande budgetår och ska godkännas av RD. Vid behov av s k omställningsgrupp ska kostnadsansvar ligga kvar på kostnadsställe där medarbetare är placerad. I normalfallet ingen interndebitering avseende tjänster som regionstab utför till Hälso- och sjukvård.

De ekonomiska ramarna utgår från en oförändrad skattesats på 11,20 kronor.

Årlig procentuell förändring	2017	2018	2019	2020	2021
LPIK inkl läkemedel	2,7%	3,4%	2,3%	2,8%	2,6%
Timlön	2,7%	2,9%	2,9%	3,2%	3,3%
Sociala avgifter	3,3%	8,3%	2,6%	5,2%	3,5%
Läkemedel	0,2%	-0,7%	-0,7%	-0,8%	-0,8%
Förbrukning	3,4%	2,5%	2,7%	2,4%	2,4%
LPIK exkl läkemedel	3,1%	4,0%	2,8%	3,4%	3,4%

Förslag budgetram 2019 Miljoner kronor	Utfall 2017	Budget 2018	Progn. 2018	Plan 2019 enl Finans- plan*	Budget 2019**	Plan 2020**	Plan 2021**
Regionstyrelsen	3 015	2 750	3 036	1 149	1 168	1 204	1 241
Hälso- och sjukvårds- nämnden	-	-	-	2 630	2 599	2 646	2 679
Regionala utvecklings- nämnden	310	321	321	321	321	328	334
Vårdval	659	695	695	-	-	-	-
Revision	5	5	5	5	5	5	5
Gemensam nämnd för samverkan inom drift och stöd, utveckling samt specialistfunkt- ioner	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1
Gemensam nämnd för sammanhållen upp- handling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter	-	-	-	-	-	-	-
Patientnämnden	3	3	3	3	3	3	3
Förtroendevalda politi- ker	24	25	25	27	27	28	28
Regionövergripande kostnader	133	252	161	-	-	-	-
SUMMA BUDGETRAM	4 150	4 052	4 247	4 135	4 123	4 215	4 291
FINANSIERING							
Skatteintäkter	2 833	2 920	2 917	2 999	2 995	3 086	3 180
Inkomstutjämnning	637	655	655	664	666	669	685
Kostnadsutjämnning	43	49	49	55	47	50	51
Regleringsavgift/bi- drag	-51	-39	-39	-21	-21	-8	-13
Reglering kommu- nerna LSS mm	0	-4	-4	-4	-4	-4	-4
Strukturbidrag	105	102	102	102	102	102	102
Välfärds miljarderna, flyktingmottagande	28	28	28	20	17	10	-
Läkemedelsbidrag	338	366	366	366	366	366	366
Finansiella intäkter	16	12	2	2	2	2	2
Finansiella kostnader	-34	-36	-28	-47	-47	-58	-78
SUMMA FINANSIE- RING	3 914	4 052	4 047	4 135	4 123	4 215	4 291
RESULTAT	-236	0	-200	0	0	0	0
Riktade statsbidrag, Ofördelade, se bilaga 1			56	62	57	57	0

* Plan 2019 enligt Finansplan: "Uppdaterad finansplan 2018-2020 - tilläggsbilaga" Dnr: RS/ 258/ 2017, justerat för ny politisk organisation per 2019-01-01 enligt regionfullmäktiges beslut den 14 februari 2018, § 27.

** enligt senaste skatteunderlagsprognosen per 2018-08-16

Förslag budgetramar 2019, förklaring på nämndnivå

Tillfällig karaktär 2018

Pott för särskild lönesatsning 13,4 Mkr samt Regionstyrelsens gemensamma pott 49,1 Mkr som under år 2018 återfanns under Regionstyrelsen omdisponeras till Hälso- och sjukvårdsnämndens budgetram för år 2019, HS-gemensamt, totalt 62,5 Mkr.

Org. förändring under året

15,3 Mkr omdisponeras från Hälso-sjukvårdsnämnd till Regionstyrelsens budgetram enligt beslut Regionledning 2018-05-23, §44 om att minska interndebiteringar som ej är värdeskapande, samt flytt av Läkemedelsteamet enligt RS/1379/2015, samt flytt Ädel Rehab enligt RS/2759/2017.

Principförändring

Från område 601 fd. "motsedda kostnader" omfördelas: 0,1 Mkr till "Gemensam nämnd för samverkan inom drift och stöd..." enligt beslut om samfinansiering av tjänst tillsammans med övriga av nämndens parter. 2 Mkr omfördelas till Förtroendevalda politikernas budgetram enligt RF 2018-02-14 §27. 53,6 Mkr omfördelas till Hälso- och sjukvårdsnämndens budgetram för 2019, HS-gemensamt.

Prognostiserade förändringar område 601 fd. "motsedda kostnader" som läggs i områdets budgetram:

- Ökade pensionskostnader 2018-2019, 5,1 Mkr
- Sänkt internränta med -0,25 procentenheter, 2,5 Mkr

- Preliminära skatteunderlagsförändringar, 10 Mkr

I övrigt justerar Regionstyrelsen 18,7 Mkr inom sin egna budgetram, från område 601 fd. motsedda till Regionstaben. Till följd av 3,7 Mkr Särskild avtalspension samt Finsam, 5 Mkr i förbättringsåtgärder till RD, 10 Mkr utveckling av Cosmic.

Nämndförändring inför 2019

Före detta Hälso- och sjukvårdsförvaltningens budgetram 2445,8 Mkr flyttas från Regionstyrelsen till Hälso- och sjukvårdsnämnden. Fd Vårdsvalnämndens budgetram 695,4 Mkr flyttas till Vårdval inom Regionstyrelsen. Område 601 fd. "motsedda utgifter" inkluderas organisatoriskt i Regionstyrelsen och därmed följer kvarvarande budgetram på 181,7 Mkr med i flytten.

Budget 2019

Förslaget innebär i princip ingen generell uppräknings av budgetram för Regionstyrelsen och Regionala utvecklingsnämnden, därtill kommer justeras vissa budgetposter som tidigare nämnts. All övrig uppräknings av budgetram föreslås till Hälso- och sjukvårdsnämnden och dedikeras kostnadsställe HS-gemensamt.

Respektive nämnd beslutar därefter hur budget ska fördelas till respektive område och om eventuell omfördelning.

Möte		Översiktligt innehåll		
Augusti 2018				
15 RD-ledning				
28 Regionstyrelsen		RDs direktiv		
31 Ny pensionsprognos				
September 2018				
5 RDs planeringsdag		RDs direktiv beslutas		
12-13 Planeringsdagar förvaltningsområde 2018		2019	2020	
17 Ekonomiskutskott				För att öka tillgängligheten för grupper med sämre hälsa och tandhälsa samt för
25-26 Regionstyrelsen		120	120	
Oktober 2018		Genomgång och diskussion av verksamhetsplan för 2019		
18-19 Regionfullmäktige		1 540 517	1 528 658	1 729 702
15 Verksamhetsplan förvaltningsområde		141		Från år 2019 förstärks de generella statsbidragen med 141 miljoner.
23-24 Regionstyrelsen		Finansplan		
November 2018		Godkännande av verksamhetsplaner för 2019		
15 Verksamhetsplan områden		960	1 000	1 000
20 Regionfullmäktige		12 324 137	12 324 137	12 324 137
December 2018		Godkännande av finansplan		
10 Regionstyrelsen				
11 Regionfullmäktige		12 580 889	12 738 815	12 625 565
15 Handlingsplan enheter				
Januari 2019		Uppföljning av bokslut/verksamhetsberättelse 2018		
Regionstyrelsen				Regionplan
Regionen i kr		25 354 344	25 477 630	25 251 130
Feb 2019				
Regionfullmäktige		500	1 000	1 000
Maj 2019		Uppföljning efter första tertialet		
Ca 25 Uppföljning				Oklar fördelning. Enl SKL ska 10 mkr gå till Röda Korset, 10 mkr till Folkhälso-
Sept 2019		Uppföljning efter delårsbokslutet		
Regionen i kr		359 454	356 687	353 516
Regionen i kr		11 348 476	11 210 157	11 110 497
En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, överenskommelse staten o SKL 26 jan 2018.		1 230		Kommer eventuellt att ingå i det generella statsbidraget fr o m 2019
Regionen i kr		15 790 300		
Förstärkt professionsmiljard		951		Inget beslut
Överenskommelse klar för 2018		12 208 598		
Kvinnors hälsa, förstärkning primärvården		114	130	
Överenskommelse 20 jan 2017 klar 2018, , samt årligt beslut		1 463 491	1 656 046	
Kvinnosjukvård, förlossningsvård		585	400	
Överenskommelse 20 jan 2017 klar 2018, , samt årligt beslut		7 510 021	5 095 526	
Extratjänster		75	75	Stöd till landsting för "extratjänster", anställningsform för personer som står långt från arbetsmarknaden
Regionen i kr		962 823	955 411	
Jämlig cancervård		448		Avslutande året av den fyraåriga nationella satsningen för kortare väntetider och minskade regionala skillnader i cancervården (standardiserade vårdförlopp).
Överenskommelse staten o SKL 15 dec 2017		5 744 845		
Summa möjliga riktade statsbidrag att söka		110 999 390	75 729 706	67 632 627
Förändring riktade statsbidrag		51 594 938	-35 269 684	-8 097 080
Varav nya efter finansplan 2018-2020 från juli 2017		55 970 837	56 812 566	56 522 129

Planering och uppföljning 2019

Bilaga 1 - Förteckning över riktade statsbidrag

Bilaga 2 – Övergripande handlingsplaner

I denna bilaga redovisas vilka övergripande handlingsplaner och länsövergripande mål som ska beaktas i verksamhetsplaneringen.

Länsövergripande styrdokument

För Region Jämtland Härjedalen finns ett antal länsövergripande dokument som påverkar hela länets utveckling och som Region Jämtland Härjedalen har att förhålla sig till i sitt utvecklingsarbete. Mål i nedanstående styrdokument ska beaktas i verksamhetsplaneringen och följas upp.

Länsövergripande styrdokument

- Bredbandsstrategi för Jämtlands län – mot 2020
- Folkhälsopolicy för Jämtlands län 2016–2019
- Innovativt Jämtland Härjedalen 2025 (Innovationsstrategin)
- Jämtland Härjedalen 2030 innovativt och attraktivt (Regionala utvecklingsstrategin)
- Klimatstrategi för Jämtlands län 2014–2020
- Kulturplan för Region Jämtland Härjedalen 2015–2018 (ska revideras hösten 2018)
- Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen - område psykisk hälsa 2016–2020
- Handlingsplan för utveckling av cancervården i Region Jämtland Härjedalen 2016 – 2018, inklusive uppföljning av handlingsplan för 2013–2015 (RS/1035/2016)
- Länstransportplan 2014–2025 för Jämtlands län
- Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014 – 2025
- Program för europeiska regionala utvecklingsfonden 2014–2020
- Program för socialfonden 2014 – 2020
- Regional digital agenda 2015–2025
- Regional handlingsplan för europeiska socialfonden 2014 – 2020
- Regional länstransportsplan för Jämtlands län 2014 – 2020
- Regional strategi för ökad inflyttning och förbättrad integration 2015–2020
- Regionalt serviceprogram 2014–2018
- Regionalt tillväxtprogram för Jämtlands län
- Regionalt trafikförsörjningsprogram
- Region Jämtland Härjedalens ungdomsstrategi 2014–2020
- Övergripande handlingsplan för Vård och omsorg i glesbygd - Norrlands inland, världsledande i utvecklingen av framtidens vård och omsorg i glesbygd (LS/821/2014)

Övergripande handlingsplaner

Övergripande handlingsplaner upprättas för sakområden inom Region Jämtland Härjedalen som särskilt behöver fokuseras på och där gemensamt, planerat och systematiskt arbete krävs för att driva arbetet med sakområdet framåt. I dem finns vägledning om vilka aktiviteter som verksamheterna kan bidra med för att nå övergripande mål och följa lagstiftning, nationella riktlinjer och andra överenskommelser. Dessa ska finnas med i förvaltningarnas och områdenas egna verksamhetsplaner. Handlingsplanerna följs upp i tertiärrapport, Delårsrapport och Årsboksutslut samt genom särskilda uppföljningar.

För 2019 ska följande handlingsplaner finnas:

- Övergripande handlingsplan för attraktiv arbetsgivare
- Övergripande handlingsplan för informationssäkerhet och dataskydd
- Övergripande handlingsplan för jämställd och jämlik verksamhet
- Övergripande handlingsplan för kvalitet
- Övergripande handlingsplan för läkemedel
- Övergripande handlingsplan för miljö
- Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet
- Övergripande handlingsplan för suicidpreventivt arbete
- Övergripande handlingsplan för tillgänglig hälso- och sjukvård
- Övergripande handlingsplan för ungdomsinflytande
- Övergripande handlingsplan gällande sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och prevention mot blodburen smitta 2017–2021
- Plan för mottagande av asylsökande och nyanlända flyktingar
- Plan för spridning och omlokalisering av regionens administrativa funktioner
- Bättre liv för sjuka äldre – strategi och handlingsplan

Samtliga styrdokument för Region Jämtland Härjedalen återfinns under rubrikerna *Ledning och styrning* och *Verksamhetsplanering och uppföljning*.



10

Uppdrag att upprätta en Långsiktig
utvecklingsplan för psykisk ohälsa

RS/1437/2018



2018-08-08

Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen

Camilla Simonsson

Tfn: 063-147674

E-post: camilla.simonsson@regionjh.se

RS/1437/2018

Uppdrag att upprätta en Långsiktig utvecklingsplan för psykisk ohälsa

Ärendebeskrivning

Den psykiska ohälsan ökar mest av alla diagnoser i länet och utgör en stor andel av primärvårdsbesöken. Det får stora konsekvenser för den enskilde samtidigt som vården belastas och samhällskostnaderna ökar. För att åstadkomma en varaktig förändring när det gäller psykisk ohälsa i länet måste aktiviteter samordnas och genomföras på flera plan. Regionens arbetssätt med långsiktiga utvecklingsplaner (LUP) passar för att skapa detta. Ett antal aktiviteter har genomförts eller är under genomförande, men det har saknats en samordning och tydlig gränsdragning mellan vården och andra aktörer som gjort att effekterna inte optimerats. Det planeras också för fler statliga satsningar inom området. Fler insatser på kort och lång sikt är nödvändiga för att vända trenden.

Fokus psykisk ohälsa vs hälsa

Eftersom vården i normalfallet kommer i kontakt med befolkningen efter att de fått symtom på ohälsa bör LUP:en fokusera på att motverka ohälsan. En stor del av det förebyggande arbetet sker i kommunerna, vilket också gör det angeläget att framtagandet av denna LUP görs i god samverkan med länets kommuner. Svårare psykiatriska diagnoser hanteras i specialistsjukvården och har sina givna resurser, rutiner och vårdprogram. Det är i gränslandet ohälsa och första linjens vård som det främst behövs insatser för att möta den ökande psykiska ohälsan och förhindra svårare sjukdom och längre sjukdomsförlopp där det är möjligt.

Förslag på prioriterade områden:

- Motverka barn och ungas psykiska ohälsa i primärvård samt specialiserad vård.
- Motverka psykisk ohälsa hos barn och unga i gruppen asylsökande och nyanlända
- Motverka psykisk ohälsa för gruppen vuxna och äldre i primärvård.
- Brukarsamverkan
- Strukturer för kunskapsutveckling och kunskapsstyrning
- Struktur för samverkan

Enligt regionens styrmodell beslutad av Regionfullmäktige 2017-06-20 § 72 ska en långsiktig utvecklingsplan fastställas av regionfullmäktige. En LUP beskriver vad som ska genomföras under en tolvårsperiod. Planerna upprättas för områden där det finns behov av en längre planeringshorisont. De utgår från policyer, vision och övergripande strategidokument och planer. För närvarande finns långsiktiga utvecklingsplaner inom områdena God ekonomisk hushållning, Miljö och Sjukskrivningar.

Regiondirektörens förslag

1. Regiondirektören får i uppdrag att ta fram en Långsiktig utvecklingsplan för psykisk ohälsa.
2. Regiondirektören ska i det arbetet beakta att samverkan med länets kommuner sker på lämpligt sätt.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen

Utdrag till

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen



**Långsiktig utvecklingsplan för
Psykisk ohälsa**

Upplägg och tidsplan

Version: 1

Ansvarig: Karin Jonsson

Handläggare
Karin Jonsson/Camilla Simonsson

Datum
2018-06-11

Dnr:RS/XX/2018

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

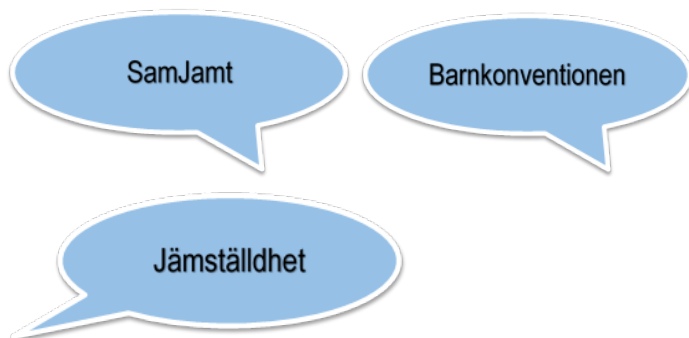
Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2018-06-11	Första grovskiss på upplägg och dokument		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

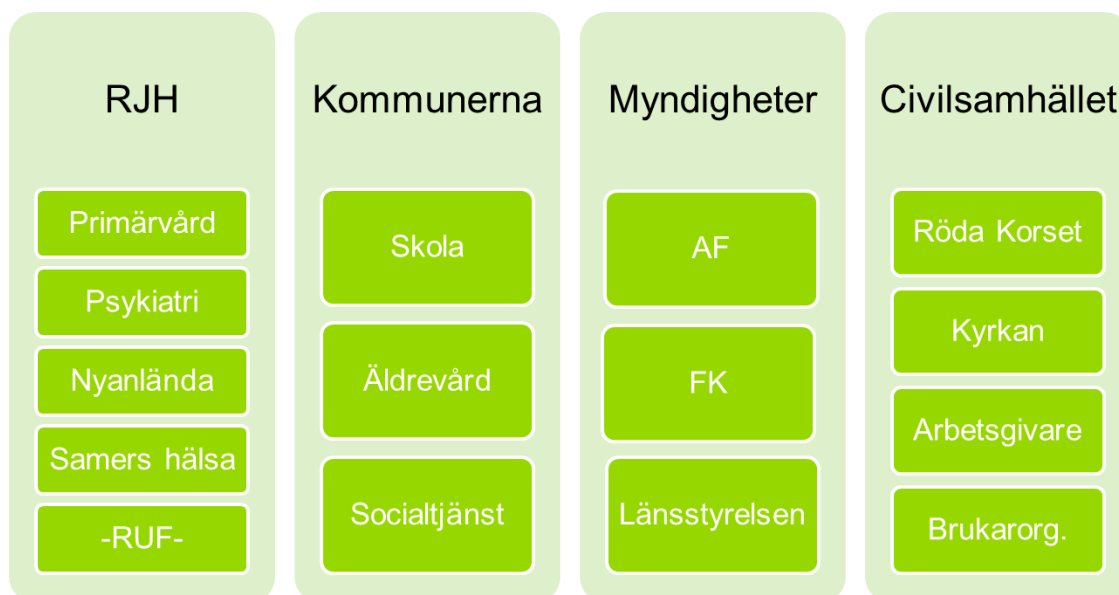
BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR (PREL UTKAST)4

1.1	Upplägg/tidplan:	4
1.2	Avgränsning.....	5
1.3	Arbetsgivarens roll och ansvar	5
1.4	Pågår inom RJH	6
1.5	Pågår inom kommunerna	6
1.6	Pågår inom Samordningsförbundet	6
1.7	Pågår Arbetsförmedlingen	6
1.8	Samordnad individuell plan (SIP)	6
1.9	Demografi och några socioekonomiska faktorer	6
1.10	Hälsoläget i länet v.g. psykisk ohälsa	6
1.11	Projekt, utredningar och statliga överenskommelser som påverkar arbetet	7
1.11.1	Tidigare överenskommelser.....	7

BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR (PREL UTKAST)



Arenor psykisk ohälsa



1.1 Upplägg/tidplan:

Vad	Vem	När klart	
Möte politiken/ledningen	Camilla/Karin	Så snart som möjligt	Berätta om upplägget/processen
Workshop I Tjänstemän	Camilla/Karin	augusti-september	Jan Persson Elin Ring Anna Frisk Sofia Kling Susanne Högberg Annette Boije Märit Wiklund Mats Mäki

Handläggare
Karin Jonsson/Camilla Simonsson

Datum
2018-06-11

Dnr:RS/XX/2018

			Ngn från 1177 Ngn från akuten/psykakuten Psykolog PV Dsk PV
Intervju respektive kommun	Camilla/Karin	augusti-september	Elevhälsan Socialtjänsten Skola Äldreomsorg/dsk
Intervju brukarorganisationer	Camilla/Karin	augusti-september	Vi bjuder in, ett tillfälle
Intervju Länsstyrelsen och Arbetsförmedlingen,	Camilla/Karin	augusti-september	
Kartläggning	Camilla/Karin	augusti - oktober	Länets aktörer, SKL, regeringen, socialstyrelsen, skolverket mm
Workshop II Tjänstemän	Camilla/Karin	Kring 20 september.	Avstämning
Möte politiken	Camilla/ Karin	Oktober, november, december	
Plan klar för beslut	Camilla/Karin	Januari	
Beslut	Regionfullmäktige	Februari	

1.2 Avgränsning

”Lindrig till medelsvår psykisk ohälsa”. Ej psykisk sjukdom.

1.3 Arbetsgivarens roll och ansvar

Nya AFSen
Nya regler kring rehabplan 2018

Handläggare
Karin Jonsson/Camilla Simonsson

Datum
2018-06-11

Dnr:RS/XX/2018

1.4 Pågår inom RJH

1.5 Pågår inom kommunerna

1.6 Pågår inom Samordningsförbundet

1.7 Pågår Arbetsförmedlingen

1.8 Samordnad individuell plan (SIP)

1.9 Demografi och några socioekonomiska faktorer

1.10 Hälsoläget i länet v.g. psykisk ohälsa

Psykiska problem står för en stor och växande andel av sjukskrivningarna...

Personer i befolkningen som lider av allvarlig psykisk sjukdom har inte ökat under senare år. Däremot ökar andelen personer som upplever olust, ångslan och oro. Detta gäller både personer med diagnostiserbar psykisk sjukdom, och personer med nedsatt psykiskt välbefinnande som inte klassificeras som sjukdom. Framförallt ökar den psykiska ohälsan bland ungdomar i övre tonåren och bland unga vuxna....

Andelen personer som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande är relaterad till samhällsfaktorer, medan gruppen personer med psykiska sjukdomar påverkas mindre av förändringarna i samhället. Det är viktigt att notera att en person som har en psykisk sjukdom inte behöver sakna förmåga till arbete. Det finns inte något entydigt samband mellan den diagnos en person får och nedsättning av arbetsförmågan¹.

Den största enskilda sjukskrivningsorsaken vid psykisk ohälsa är anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress. I Jämtlands län visar statistiken att andelen sjukfall för depressiv episod och andra ångestsyndrom ligger i nivå med riksgenomsnittet medan anpassningsstörningar och reaktion på svår stress ligger över riksgenomsnittet, för både kvinnor och män. Det är inte klarlagt varför Jämtland har så höga siffror (uppgifter från 2014, behöver uppdateras)

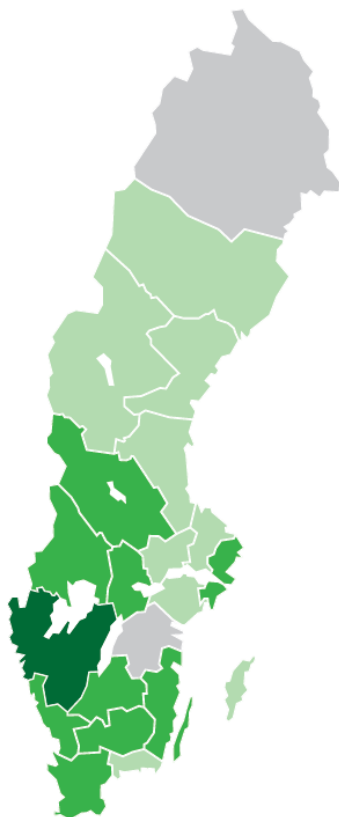
När det gäller den geografiska fördelningen finns det en karta över andel sjukfall i psykiska diagnoser i procent, per län, som kommer att uppdateras.

¹ Samordna rehabiliteringen - Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning (Skrift från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting)

Handläggare
Karin Jonsson/Camilla Simonsson

Datum
2018-06-11

Dnr:RS/XX/2018



Län	Andel sjukfall i psykiska diagnoser (%)
Västra götaland	43
Dalarna	41
Jönköping	41
Halland	40
Kronoberg	40
Skåne	40
Värmland	40
Örebro	40
Kalmar	39
Stockholm	39
Södermanland	38
Västernorrland	38
Västmanland	38
Blekinge	37
Gotland	37
Gävleborg	37
Västerbotten	37
Uppsala	36
Jämtland	35
Norrbotten	34
Östergötland	34
Riket	40

1.11 Projekt, utredningar och statliga överenskommelser som påverkar arbetet

1.11.1 Tidigare överenskommelser

Sedan 2006 har staten genom olika överenskommelser ersatt landstingen för behandlingar riktat mot långvarig smärta och psykisk ohälsa. Syftet har varit att stimulera insatser som gör att individer tillfrisknar och kan återgå i arbete eller annan sysselsättning. De behandlingar som ersatts har främst varit Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Interpersonell terapi (ITP) vid ångest, depression eller stress.



11

Plan för finansiering och utveckling av
Rakel

RS/354/2018



2018-08-20

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö

Anna-Lena Alfreds

Tfn: 063-147612

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

RS/354/2018

Plan för finansiering och utveckling av Rakel

Ärendebeskrivning

Rakel betyder radiokommunikation för effektiv ledning och är ett gemensamt radiokommunikationssystem för alla organisationer i Sverige med funktioner inom områdena allmän ordning, säkerhet och hälsa. Region Jämtland Härjedalen har använt Rakel sedan 2011 och det infördes initialt i ambulanssjukvården för "blåljuskommunikation". Fortfarande är ambulanssjukvården de stora användarna av Rakel i regionen. Övriga funktioner som tillkommit och använder Rakel i regionen är Tjänsteman i beredskap (TiB), Regional krisledning, hälsocentralerna i Åre och Funäsdalen samt egen vaktpersonal.

När Rakel infördes i landstingen fanns fram till 2012 ett avgiftstak för abonnemang för att främja en bred anslutning. För Jämtlands läns landsting låg detta avgiftstak på 304 000 kr/år. De ekonomiska förutsättningarna ändrades radikalt, då avgiftstaket togs bort 2012. From 2013 mer än fördubblades kostnaderna för landstingen som följd. Den kostnadsökning som uppstod samt Regionens ekonomiska förutsättningar har inneburit att utvecklingen av Rakel stannat av.

Det finns idag ingen inomhustäckning på sjukhuset vilket är en allvarlig brist. Förutom att det är ett hinder för utveckling och utbyggnad av systemet så skapar det problem för vakter samt räddningstjänst och polis och ambulans vid insatser på sjukhuset.

I primärvården är det endast Åre och Funäsdalen som har infört Rakel. Planering finns även för Strömsund, Sveg och Bräcke (ev Hammarstrand). Önskemål finns även för Lugnviks HC, då den planeras att kunna användas vid allvarliga händelser.

Region Jämtland Härjedalen saknar en plan för utveckling och budget för finansiering vilket uppmärksammades av Regionstyrelsen vid uppföljning av krisberedskaps- och säkerhetsarbetet för 2017. Regiondirektören fick i februari i uppdrag att utarbeta en plan för finansiering av Rakel samt en planering för utveckling av Rakelanvändandet inkluderat behoven i primärvården.

Sammantaget finns oprioriterade behov på ca 1 358 500 kr. Högst prioriterat för åtgärd är inomhustäckningen för sjukhuset. Krisberedskap föreslår därför att en förstudie görs under 2018. Detta bedöms kräva ett utökat budgetanslag på 500 000 kr till krisberedskap. Ansvariga på krisberedskap bör ges uppdraget. Resursperson från ambulanssjukvården behöver lånas in på 40% för att hålla i förstudien vilket också kräver finansiering.

Förstudiens resultat får sedan beaktas i utarbetande av finansplanen 2019–2021. Beslut om genomförande av inomhustäckning behöver tas och det bör vara åtgärdat senast 2020. Vidare föreslås att införande i primärvården genomförs hösten 2018 i Strömsund, Sveg och Bräcke (ev Hammarstrand). För Lugnviks HC krävs mer utredning. Inlånad resursperson från ambulanssjukvården får ansvara för införandet samt att utbildning genomförs. Övriga primärvården avvaktas tills arbetet med civilt försvar kommit längre. För ambulanssjukvården har inköp gjorts av 19 nya Rakelenheter 2018 och det är viktigt med komplettering med inköp av monofoner och hörsnäckor. Det behöver också tas höjd för utbyte av rakelenheter i alla fordon inför 2019–2020.

Regiondirektörens förslag

1. Plan för utveckling och finansiering av Rakel godkänns.
2. Kostnader för förstudie avseende inomhustäckning för Rakel på Östersunds sjukhus ca 580 000 kr, inköp raklar 85 000 kr, ökade driftskostnader 2018 för krisberedskap avseende abonnemang på 122 500 kr samt installation av Rakel på Svegs HC och Näva för 90 000 kr, inköp i ambulanssjukvården för 293 000 kr bekostas via Regionstyrelsens anslag. Totalt 1 170 500 kr.
3. Kostnader för installation av inomhustäckning på sjukhuset (ännu ej kostnadsberäknat), ökade abonnemangskostnader 122 500 samt utbyte av fordonsenheter kräver ökat budgetanslag till krisberedskap under 2019 – 2020 samt 200 000 kr till akutområdet och ska beaktas och prioriteras vid framtagande av förslag till Finansplan 2019–2021.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Enhetschef krisberedskap
Regionstabschef
Chef Område Akutverksamhet
Ekonomidirektör

Plan för finansiering och utveckling av Rakel

Beslutad 2018-01-01, av:

Sammanfattning/bakgrund

Rakel betyder radiokommunikation för effektiv ledning och är ett gemensamt radiokommunikationssystem för alla organisationer i Sverige med funktioner inom områdena allmän ordning, säkerhet och hälsa. Region Jämtland Härjedalen har använt Rakel sedan 2011 och det infördes initialt i ambulanssjukvården för "blåljuskommunikation". Fortfarande är ambulanssjukvården de stora användarna av Rakel i regionen. Övriga funktioner som tillkommit och använder Rakel i regionen är Tjänsteman i beredskap (TiB), Regional krisledning, hälsocentralerna i Åre och Funäsdalen samt egen vaktpersonal.

När Rakel infördes i landstingen fanns fram till 2012 ett avgiftstak för abonnemang för att främja en bred anslutning. För Jämtlands läns landsting låg detta avgiftstak på 304 000 kr/år. De ekonomiska förutsättningarna ändrades radikalt, då avgiftstaket togs bort 2012. From 2013 mer än fördubblades kostnaderna för landstingen som följd. Den kostnadsökning som uppstod samt Regionens ekonomiska förutsättningar har inneburit att utvecklingen av Rakel stannat av.

Det finns idag ingen inomhustäckning på sjukhuset vilket är en allvarlig brist. Förutom att det är ett hinder för utveckling och utbyggnad av systeme så skapar det problem för vakter samt räddningstjänst och polis och ambulans vid insatser på sjukhuset.

I primärvården är det endast Åre och Funäsdalen som har infört Rakel. Planering finns även för Strömsund, Sveg och Bräcke (ev Hammarstrand). Önskemål finns även för Lugnaviks HC, då den planeras att kunna användas vid allvarliga händelser.

Region Jämtland Härjedalen saknar en plan för utveckling och budget för finansiering vilket uppmärksammades av Regionstyrelsen vid uppföljning av krisberedskaps- och säkerhetsarbetet för 2017. Regiondirektören fick i februari i uppdrag att utarbeta en plan för finansiering av Rakel samt en planering för utveckling av Rakelanvändandet inkluderat behoven i primärvården.

Sammantaget finns oprioriterade behov på ca 1 000 000 kr. Högst prioriterat för åtgärd är inomhustäckningen för sjukhuset och krisberedskap föreslår att en förstudie görs under 2019. Detta bedöms kräva ett utökat budgetanslag på 500 000 kr till krisberedskap. Vidare föreslås att införande i primärvården genomförs enligt plan i Strömsund, Sveg och Bräcke (ev Hammarstrand). För Lugnaviks HC krävs mer utredning. Övriga primärvården avvaktas tills arbetet med civilt försvar kommit längre. För ambulanssjukvården har inköp gjorts av 19 nya rakelmobiler 2018 och det är viktigt med komplettering med inköp av monofoner och hörsnäckor. Det behöver också tas höjd för utbyte av rakelmobiler i alla fordon inför 2019–2020.

Plan för finansiering och utveckling av Rakel
Dnr RS/354/2018

Handläggare
Anna-Lena Alfreds
Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö

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

Plan för finansiering och utveckling av Rakel
Dnr RS/354/2018

Handläggare
Anna-Lena Alfreds
Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö

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

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING/BAKGRUND	1
1 BAKGRUND	4
2 UTVECKLING AV RAKELINFÖRANDET I REGIONEN.....	5
2.1 Oväder och allvarliga driftsstörningar som påverkat fast och mobil telefoni i länet	5
2.2 Samverkan med Norge och deltagandet i ISI projekt	6
2.3 Bussolyckan i Sveg.....	6
3 FÖRVALTNING, KOSTNADER OCH BUDGETERING	6
3.1 Kostnader för ISI utbyte 2017	7
3.2 Kostnader för 2018	7
4 OFINANSIERADE BEHOV	8
5 FÖRSLAG TILL FORTSATT UTVECKLING OCH FINANSIERING.....	11

1 Bakgrund

Rakel betyder radiokommunikation för effektiv ledning och är ett gemensamt radiokommunikationssystem för alla organisationer i Sverige med funktioner inom områdena allmän ordning, säkerhet och hälsa. Region Jämtland Härjedalen har använt Rakel sedan 2011 och det infördes initialt i ambulanssjukvården för "blåljuskommunikation". Fortfarande är ambulanssjukvården de stora användarna av Rakel i regionen. Övriga funktioner som tillkommit och använder Rakel i regionen är Tjänsteman i beredskap (TiB), Regional krisledning, hälsocentralerna i Åre och Funäsdalen samt egen vaktpersonal.

Rakel har fått en alltmer viktig roll i krisberedskapsarbetet, då det är ett krypterat, robust och driftsäkert system. Rakel nätet har också en avsevärt högre redundans gällande reservkraft och påverkas därmed inte lika lätt som telefoni vid strömavbrott, dessutom finns idag bättre utbyggd täckning för Rakel än för mobiltelefoni i länet. Rakel kan också användas för att ringa vanliga telefonsamtal via trafikverkets växel i Borlänge vilket är en fördel vid störningar i ordinarie telefoni.

När Rakel infördes i landstingen fanns fram till 2012 ett avgiftstak för abonnemang för att främja en bred anslutning. För Jämtlands läns landsting låg detta avgiftstak på 304 000 kr/år. De ekonomiska förutsättningarna ändrades radikalt, då avgiftstaket togs bort 2012. From 2013 mer än fördubblades kostnaderna för landstingen som följd. Den kostnadsökning som uppstod samt Regionens ekonomiska förutsättningar har inneburit att utvecklingen av Rakel stannat av. Ur ett krisberedskapsperspektiv är det olyckligt och det har det länge funnits önskemål att utöka användandet av Rakel till att också omfatta primärvården ute i länet bl.a. för kommunikation för sjukvårdsgrupper men också med krisledningar på lokal nivå. Ur ett verksamhetsperspektiv finns också behov av ökad robusthet på Hälsocentralerna i länet, där Rakel kan fungera som reservrutin i verksamheten om telefonin slås ut.

Sedan kostnadstaket togs bort har landstingens kostnader för Rakel varit föremål för diskussion med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). I november 2017 beslutade MSB att sänka priset för landstingen med 500 kr/abonnemang samt att även sänka priset på nya abonnemang som tecknas till 4000 kr. Regionen hade 2017 95 stycken Rakelabonnemang till ett pris av 8500 kr/st d.v.s. en total abonnemangskostnad på 807 500 kr/år. Den nya prissänkningen innebar därmed endast 47 500 kr i lägre kostnader inför 2018 för Region Jämtland Härjedalen och hjälper inte någon större utsträckning för den kostnadsbild som finns. Det är dock positivt att nytecknande av abonnemang sänkts till 4000 kr.

Region Jämtland Härjedalen saknar en plan för utveckling och budget för finansiering vilket uppmärksammades av Regionstyrelsen vid uppföljning av krisberedskaps- och säkerhetsarbetet för 2017. Regiondirektören fick i februari i uppdrag att utarbeta en plan för finansiering av Rakel samt en planering för utveckling av Rakelanvändandet inkluderat behoven i primärvården.

2 Utveckling av Rakelinförandet i regionen

Det finns idag ingen inomhustäckning på sjukhuset vilket är en allvarlig brist. Förutom att det är ett hinder för utveckling och utbyggnad av systeme så skapar det problem för vakter samt räddningstjänst och polis och ambulans vid insatser på sjukhuset. Regionens två krisledningslokaler för Regional ledning (i Dr Prag samt akutområdets konferensrum) utrustades 2014 med fasta Rakel-hållare med yttre antenner med stöd från MSB som även delfinansierade åtgärden. Denna åtgärd innebar att täckning nu finns även inne på akutmottagningen vilket avsevärt har förbättrat ambulanssjukvårdens tillgänglighet till Rakel när de lämnar patienter på akutmottagningen. Akutmottagningen har också installerat en Rakelenhet i triaget, vilket möjliggör kommunikation mellan akutmottagningen, ambulanssjukvården, vakt samt Tib. Inomhustäckning för Rakel på sjukhuset är både önskvärt och prioriterat, inte minst för att säkerställa arbetsmiljön för t ex polis och räddningstjänst som kan komma att behöva utföra akuta och viktiga åtgärder i Regionens lokaler. Det skapar också möjlighet för att utveckla Rakel användandet för andra funktioner t ex inom fastighetsdrift och vaktmästeri.

När det gäller Rakel i primärvården så har det under åren aldrig tagits något övergripande beslut om införande. Åre och Funäsdalens hälsocentraler har infört Rakel på eget initiativ i samverkan med krisberedskap. Åre var först ut och har använt systemet i många år (innan kostnadstaket togs bort). Funäsdalens Hälsocentral framförde vid upprepade tillfällen önskemål om att få införa Rakel efter ett flertal incidenter då delar av Härjedalen haft kraftiga störningar i telefoni och IT nät. Vid dessa tillfällen tappade hälsocentralen all kommunikationsmöjlighet med övriga landstinget (t ex ambulansen och specialistvården) samt andra viktiga aktörer t ex SOS alarm, vilket naturligtvis är allvarligt för patientsäkerheten. I avsaknad av beslut och budget så löste Funäsdalens HC och Krisberedskapsenheten tillsammans frågan genom att omfördela befintliga utbildningsraklar som Krisberedskap förfogade över. På så vis undveks både kostnader för inköp av enheter samt abonnemang. På båda dessa orter förekommer också stora evenemang där sjukvården har framfört behov av att kunna kommunicera via Rakel.

Några faktorer, som trots ekonomin, både har påverkat utvecklingen och ökat kostnaderna de senaste åren är:

2.1 Oväder och allvarliga driftsstörningar som påverkat fast och mobil telefoni i länet

Av och till inträffar allvarliga driftsstörningar som påverkar både fast och mobil telefoni. 2015 inträffade en driftsstörning som bidrog till att Strömsunds HC samt Närvårdsavdelningen (med dygnetruntvård) var utan telefoni och IT över 24 timmar. Efter denna händelse tog dåvarande Regiondirektör beslut om att Rakel skulle införas även i Strömsund, Sveg och Bräcke (eller ev Hammarstrand). Med beslutet följde inga mer resurser, utan beskedet var att det skulle finansieras inom ramen för krisberedskap. Genomförandet har avvaktats för att i

samband med ISI utbytet (se 2.2), kunna återanvända gamla raklar från ambulanssjukvården som placeras ut på dessa nämnda hälsocentraler. Tillkommer gör abonnemangskostnader för dessa som ej är finansierade på 2 x 4000 kr per hälsocentral, för tre HC blir det totalt 24 000 kr/år. Önskvärt är också att införa en stationär enhet samt yttre antenn för att skapa robusthet. Det innebär tre abonnemang ytterligare vid dessa hälsocentraler. Genomförandet är planerat till 2018.

2.2 Samverkan med Norge och deltagandet i ISI projekt

Regionen har varit mycket delaktiga i det arbete som MSB bedrivit tillsammans med norska motsvarigheten DSB för att koppla ihop de båda ländernas tetranät. Arbetet har varit unikt, då det är första gången i världen som detta gjorts. November 2016 genomfördes en övning vid gränsen mellan Norge och Sverige där detta testades med ett utmärkt resultat. Denna möjlighet till samverkan ger naturligtvis avsevärt bättre möjligheter vid gemensamma räddnings- och sjukvårdsinsatser längs våra gränsområden som är vanligt förekommande. För att Region Jämtland Härjedalen ska kunna samverka med Norge krävdes utbyte av befintliga rakelmobiler Motorola (MTP850S), då programvaran i de gamla inte gick att uppdatera till ISI standard. Fordonsenheterna (MTM 5400) klarade dock uppdateringen och behövde ej bytas.

Med start i september 2017 byttes samtliga enheter i ambulanssjukvården och regional krisledning ut till nya Rakelmobiler med den funktionaliteten. Dessvärre upptäcktes allvarliga brister i programvaran och nu har Regionen fått återgå till programvara utan ISI funktionalitet medans felsökning pågår. Samverkan med Norge via Rakel är dessvärre därmed fortfarande inte möjlig, förhoppningsvis kan arbetet slutföras under hösten 2018. Utbildning för användare i ISI funktionalitet är genomförd i ambulanssjukvården samt för vissa funktioner i regional krisledning.

2.3 Bussolyckan i Härjedalen

Ambulanssjukvården i Region Jämtland Härjedalen har varit utrustade med en fordonsenhet samt endast en rakelmobil/person i varje besättning/bil p.g.a. ekonomin. Vid bussolyckan som inträffade utanför Sveg var det en allvarlig brist och ett problem att sjukvårdsledaren inte hade två rakelmobiler och kunde kommunicera i både samverksantalgruppen RAPS med övriga aktörer (SOS Alarm, polis, räddningstjänst) samt i sjukvårdstalgruppen för Regionens och sjukvårdens interna samverkan. Regionens Rakel kommunikation vid bussolyckan hade allvarliga brister som behövde åtgärdas. Förslag på åtgärder togs fram. Ett alternativ med blåtandslösning undersöktes först, det visade sig bli marginellt billigare med sämre kvalitet och vissa risker kopplat till om man befinner sig för långt från bilen. Åtgärderna landade därav i inköp av ytterligare 19 handenheter samt nytecknande av lika många abonnemang. Även nya rutiner har utarbetats. De nya handenheter och rutinerna införs under 2018.

3 Förvaltning, kostnader och budgetering

I regionen finns budget för abonnemang och ansvaret för förvaltning av systemet hos Krisberedskap, säkerhet och miljö. Inköp av utrustning bekostas av respektive verksamhet. Krisberedskap ansvarar för utrustning till Regional krisledning samt TiB. Arbetet sker i nära samverkan med akutområdet som också är de största användarna. Det finns en utsedd förvaltnings- och arbetsgrupp, "Rakelgruppen", som på uppdrag av beredskapschefen arbetar med förvaltning, rutiner, utbyte, uppdateringar o.s.v. Gruppen består av fyra medarbetare från ambulanssjukvården, helikoptersjukvården samt från krisberedskap. Regelbunden samverkan och planering sker också med länets övriga aktörer vilket är mycket viktigt.

Som tidigare nämnts var kostnaderna för abonnemangavgifter 304 000 fram till år 2013. När avgiftstaket togs bort mer än fördubblades kostnaderna. Under år 2017 var budget för Rakel 1 095 000 och utfallet 1 061 082 kr varav abonnemangskostnader ca 807 500 kr (95 abonnemang till ett pris av 8500 kr/år).

Budget för 2018 minskades marginellt till 1 093 000 kr. Vid ett flertal tillfällen har beredskapschef påtalat behoven samt fört fram kostnaderna som "ofinansierade behov", men kostnaderna har antingen ansetts som för små för att hamna inom inprioriteringar eller inte prioriterats. Det är heller inte möjligt att ta dessa kostnader inom investeringsplaner då det handlar om ett flertal små kostnader som ska finansieras (abonnemang, inköp osv).

3.1 Kostnader för ISI utbyte 2017

Behovet av och kraven på ISI funktionalitet i handenheterna innebar engångskostnader under 2017 för befintlig utrustning som behövde bytas ut, totalt 62 enheter fördelat på:

30 ambulans

4 hkp

6 reserv ambulans

1 TiB

10 utbildnings- och reservenheter (ex vid utbyte av felande utrustning)

4 särskild sjukvårdsledning

3 utbildning, övning

2 Åre HC

2 Funäsdalen HC

Det fanns också befintlig utrustning som ej bedömdes vara i behov av utbyte:

4 Vakten, 3 Ambuss (har fordonsmobil som kan programmeras vid behov)

2 Akuten (har fordonsmobil som kan programmeras vid behov)

Det ska påtalas att alla hand- och fordonsmobiler införskaffades 2011 med en avskrivningstid på 5 år. Slitaget på handmobilerna är avsevärt större än på fordonsmobilerna (som alltså ännu inte bytts ut) och hade därmed behövt bytas inom en snar framtid ändå.

Kostnader för ISI utbytet fanns inte budgeterat. De föll i huvudsak ut under 2017 och var en engångskostnad. Totalt hamnade kostnaden på ca 600 000 kr där merparten belastade akutområdet och en mindre del på krisberedskap.

3.2 Kostnader för 2018

Inför 2018 har MSB sänkt abonnemangsavgifterna till 8000 kr. Det innebär för Regionens räkning en kostnadssänkning med 47 500 kr för de 95 abonnemangen som tidigare funnits. Med anledning av bussolyckan som inträffade april 2017, beslutades att införskaffa ytterligare 19 antal RAKEL enheter till ambulanssjukvården, vilket innebär en utökning med lika många abonnemang till det nya priset på 4000kr/st. Utöver det ska sex stycken gamla Raklar omfördelas till primärvårdens tilltänkta Robusta hälsocentraler, dessa behöver då också utökat abonnemang.

Abonnemangskostnader för 2018 blir totalt 860 000 kr.

95 "gamla abonnemang" x 8000 kr = 760 000 kr

19 nya abonnemang till ambulansen x 4000 kr = 76 000 kr

6 nya abonnemang till primärvården = 24 000 kr.

Detta innebär ökade abonnemangskostnader med 52 500 kr jämfört med 2017, vilket belastar krisberedskap.

Inköp av 19 handenheter till ambulanssjukvården har gjorts under våren 2018. Dom finns nu hos leverantören i avvaktan på rätt programvara och är ännu ej tagna i drift. Kostnaden för detta är ca 133 000 kr (7000 kr x 19 enheter) och belastar akutområdet.

Verksamhetschef akutområdet har gett ambulanschefer i uppdrag att dra ner andra kostnader i motsvarande storlek för att genomföra inköpet.

4 Ofinansierade behov

Forfarande bedömer krisberedskap att avsaknad av inomhustäckning för Rakelsystemet på sjukhuset är en allvarlig brist som det finns behov av att prioritera in. Det finns ingen aktuell kostnadsberäkning för åtgärd av inomhustäckningen, men det handlar om stora belopp.

Innan det kan åtgärdas behöver mätningar utföras. Det finns olika typer av nät som kan användas (aktiva och passiva nät). Vilket nät som passar var och vilken materiel som behövs måste därför först undersökas. En offert på 205 000 kr lämnades år 2011 av SAAB och avsåg då mätningar, projektering och radiodesign d.v.s. offerten omfattade ingen utrustning eller installationskostnader. Mätningarna genomfördes aldrig med hänvisning till ekonomin.

Regionen har via länsstyrelsen påtalat för MSB att ingen inomhustäckning finns på sjukhuset, då MSB årligen inventerar vilka områden, byggnader som saknar täckning. Ansvaret för att åtgärda inomhustäckningen ligger hos den enskilda aktören d.v.s. regionen. Krisberedskap har nyligen aktualiserat frågan till MSB om dels möjligheten till statlig delfinansiering men också möjligheten i att få stöd för en förstudie inklusive kostnadsberäkning. Inget sådant stöd kan ges från MSB.

Det kan finnas fler hälsocentraler ute i länet som ser behov av att ha Rakel som ett reservsystem vid störningar i telefonin, vilket inte är så ovanligt. Det finns också önskemål

om att införa Rakel på Lugnviks HC vilket motiveras av att det är den hälsocentral som ska kunna öppnas vid en allvarlig händelse för att avlasta sjukhuset. Ett generellt införande är inte aktuellt i nuläget, det behöver isåfall diskuteras och analyseras mer i primärvårdens ledning först. Det finns också möjligheter till andra användningsområden för primärvård i glesbygd. För ensamarbetande distriktsläkarsjourer finns möjlighet att få tillgång till positionerat nödlarm via avtal med SOS alarm.

Sedan tidigare finns ju beslut om införande i Sveg, Strömsund och Bräcke (el Hammarstrand) det önskemålet kvarstår och planering pågår. Resurser har hittills inte kunnat avdelas för att genomföra arbetet. En aspekt som förstärker men också som kan förändra vilka hälsocentraler som bör utrustas med Rakel är planeringen av Civilt försvar. Där kan andra parametrar än regionens egna bedömningar påverka vilka hälsocentraler som anses som strategiskt viktiga och som bör ha ökad robusthet. Det står dock redan klart att Regionen bör ha mer robusthet utanför sjukhuset.

Varje Hälsocentral som önskar införa Rakel bedöms behöva två handburna Rakel mobiler. Inköp av enheter, extra batteri m.m.: 7000 kr x 2 = 14000 kr/HC (kostnad som belastar primärvården). För varje hälsocentral tillkommer abonnemangskostnader på 8 000 kr (2 x 4000kr)/HC (kostnad som belastar Krisberedskap)

Om införande skulle ske i primärvården (för ca 15 HC utanför Östersund) skulle de landa i kostnader runt 330 000 kr. En kostnad för inköp på ca 210 000 kr (engångskostnad som belastar pv) samt abonnemangskostnad på 120 000 kr. Om Östersunds primärvård också omfattas får kostnaden för det läggas till.

Ytterligare ett område där krisberedskap samt Rakel gruppen ser behov av att införa Rakel är inom fastighetsdriften (för fastighetsdriftsjouren). Framförallt gäller det vid kapacitetsbrist eller andra störningar i ordinarie mobiltelefonnät och där driftjour behöver larmas och inställa sig på sjukhuset. Det innebär isåfall minst 2 handburna Rakel mobiler samt egen talgrupp, 20 000kr samt minst två stycken abonnemang för 4000 kr styck.

Det uppstår också ibland behov av att inför stora publika evenemang kunna punktförstärka med Rakel för att säkra kommunikationerna om mobilnätet blir överbelastat (t ex Storsjöyran). Detta avser till exempel personal som ingår i krisledningsfunktioner eller medicinska jourer som befinner sig hemma. Det finns önskemål om att utöka utbildningskapaciteten med fem stycken Raklar så att det finns 12 stycken (som det gjorde innan vi omfördelade de till Funäsdalen). En kostnad på 35 000 kr för inköp av enheter samt 25 000 kr i abonnemangskostnad. Därutöver kan befintliga raklar i krisledningen omfördelas till t ex sjukvårdsledare, medicinskt ansvarig samt eventuellt någon bakjour så att dessa kan tas med för passning i hemmet så att samband säkerställs. Utbildningsenheterna fungerar också som reservraklar och lånas ut när någon enhet går sönder och måste skickas på reparation.

I samband med utbytet inför ISI införandet 2017 byttes endast handenheterna ut. Fordonsenheterna som införskaffades 2011 är aldrig utbytta och detta kommer också att behöva göras inom några år. Det handlar om inköp för ca 200 000 kr till 22 ambulansfordon samt helikoptern.

Det finns också ett prioriterat behov av kompletteringsutrustning med monofoner och hörsnäckor till ambulanssjukvården, för ca 160 000 kr, vilket akutområdet prioriterat bort med hänsyn till den ekonomiska situationen. Att använda hörsnäckor och monofon är viktigt ur flera aspekter bl.a. sekretess och kan anses vara standard idag, men finns alltså inte i ambulanssjukvården i regionen.

Sammanställning ofinansierade behov

Ofinansierat behov	Kostnad	När prioriteras?	kostnadsställe
Inomhustäckning Östersunds sjukhus	Förstudie 500 000 Installation ? kr*	Förstudie 2018. Genomförande 2019?	Krisberedskap
Installation Rakel Strömsund NÄVA, Svegs HC, Bräcke HC	Ingen inköpskostnad, omfördelning av gamla. Nya abonnemangskostnader 9 x 4000 kr = 36 000 kr. Installation, yttre antenn 90 000	2018	Krisberedskap
Installation Lugnviks HC	Ingen inköpskostnad. Abonnemangskostnad 8000 kr.	2018	Krisberedskap
Monofoner, hörsnäckor, tillbehör ambulanssjukvården	Inköp ca 160 000 kr	2018	Ambulansen
Komplettering rakelmobiler ambulans	Inköp 19 stycken enheter till ambulansen 133 000 Abonnemangskostnad 19 x 4000 kr (-47500 i rabatt på befintliga abonnemang)= 28 500 kr.	2018	Ambulansen Krisberedskap
Inköp fem utbildningsraklar	Inköp Rakel 35 000 kr Abonnemang 25 000 kr.	2018	Krisberedskap
Utbyte fordonsenheter	Inköp för 22 ambulansfordon + helikopter. 200 000 kr	2019–2020	Ambulansen
Införande av Rakel fastighetsjouren	Inköp Rakel 50 000 kr Abonnemang 25 000 kr.	2018 (kan tas i bruk efter inomhustäckning är åtgärdat)	Fastighet Krisberedskap
projektledning, utbildning, programmering, installation	40% arbetstid i fyra månader 80 000 kr		

Total summa ofinansierade behov	870 500 + 500 000 för förstudie inomhustäckning sjukhus 2019. *Installation av inomhustäckning ej kostnadsberäknat		493 000 kr ambulansen 377 500 krisberedskap + 500 000 förstudie inomhustäckning
--	---	--	---

5 Förslag till fortsatt utveckling och finansiering

Åtgärd av inomhustäckning på sjukhuset har högsta prioritet. Krisberedskap föreslår därför att en förstudie genomförs 2018 för åtgärd av inomhustäckning på sjukhuset.

Budgetanslaget bör höjas med 500 000 kr för att det arbetet ska genomföras. Ansvariga på krisberedskap bör ges uppdraget. Resursperson från ambulanssjukvården behöver lånas in på 40% för att hålla i förstudien. Förstudiens resultat får sedan beaktas i utarbetande av finansplanen 2019–2021. Beslut om genomförande av inomhustäckning behöver tas och det bör vara åtgärdat senast 2020.

När inomhustäckning är åtgärdat bör och kan fastighetsjourerna börja använda Rakel. Utöver den gruppen finns en mängd lämpliga målgrupper i regionen som med fördel skulle kunna nyttja Rakel t ex vaktmästeri, teknisk verksamhet, transportörer, jourverksamhet mfl. Krisberedskap behöver köpa in ytterligare fem rakelenheter, som ska användas för utbildning samt utlåning och omfördelning till olika funktioner vid allvarliga händelser o.s.v.

Införande i Strömsund, Sveg och Bräcker (el ev Hammarstrand) genomförs enligt planering 2018, inlånad resursperson från ambulanssjukvården får ansvara för införandet samt att utbildning genomförs. Önskvärt är också att en fast enhet samt yttre antenn installeras för att uppnå robusthet. Krisberedskap tillstyrker också införande på Lugnviks hälsocentral, men mer dialog krävs med primärvården, så att de själva får komma med förslag på användningsområden i vardagen. Övriga primärvården föreslås avvaktas tills arbetet med civilt försvar kommit längre.

Med anledning av det uppstartade arbetet med civilt försvar så har det pågående arbetet med "robust hälsocentral" fått ytterligare en dimension. Det blir alltmer viktigt att skapa robusthet utanför sjukhuset. För att leva upp till kraven på sjukvården att stödja försvarsmakten med sjukvård under höjd beredskap bedömer krisberedskap att Regionen behöver bygga robust och planera för civilt försvar även utanför sjukhuset. De så kallade "Robusta hälsocentralerna" kan förses med antingen en fordonsterminal samt yttre antenn och reservkraft. Geografin i Jämtland Härjedalen med de långa avstånd som råder påverkar förstås också detta. I dagsläget erhåller Regionen statliga medel för arbetet med civilt försvar, men dessa bedöms inte räcka till att utrusta Robusta hälsocentralerna med Rakel m.m. Det är mycket troligt att det inom de närmaste åren ges möjlighet till att söka statliga

medel för robusthetshöjande åtgärder, vilket kan vara en möjlighet. Därmed föreslås att detta avvaktas i nuläget till dess att möjligheten till extern finansiering klarlagts.

För ambulanssjukvården är det viktigt med inköp av monofoner och hörsnäckor. Det behöver också tas höjd för utbyte av enheter i alla fordon inför 2019–2020.

På längre sikt är det svårt att sja om utvecklingen inom området och därmed kostnaderna. Utveckling och planering pågår på nationell nivå för införande av vad som brukar kallas "Rakel 2.0". Det finns idag stora behov av att kunna skicka data och dagens Rakelnät är mycket begränsat avseende datakapacitet. Nästa version av Rakel kommer alltså troligast att kompletteras med mobila datatjänster. Då kommer nya utbyteskostnader att uppstå, det finns dessvärre ingen klarlagd tidsaspekt i nuläget för detta skifte.



12

Svar på uppdrag till regiondirektör om att
utreda införande av swish som betalsätt

RS/946/2018



2018-08-06

Personal- och ekonomiavdelningen

Helen Persson

Tfn: 063-153137

E-post: sandra.hedman@regionjh.se

RS/946/2018

Svar på uppdrag till regiondirektör om att utreda införande av swish som betalsätt

Ärendebeskrivning

På regionstyrelsens sammanträde den 21 mars 2018, § 71, behandlades ärendet om Månadsrapport februari 2018. Utifrån rapporten och pågående arbeten med resultatförbättrande åtgärder fick Regiondirektören i uppdrag att utreda införande av Swish som betalsätt och möjligheten att använda till exempel Kivra för digital posthantering. En rapport har upprättats som redogör för möjligheten att använda Swish som betalningsmetod, både vad gäller vårdfakturer och som betalningsmetod i andra verksamheter.

Sammantaget visar rapporten att ett införande av Swish som betalningssätt inom vården inte är möjligt just nu. Med det svåra ekonomiska läge som Region Jämtland Härjedalen befinner sig i skulle kostnaderna för det vara för höga, både vad gäller personalresurser och investeringskostnader. Ännu är det heller ingen annan region eller landsting som infört Swish betalningsmetod för vårdbesök. Som ett mindre landsting är det en fördel att avvakta andra regioners/landstings erfarenheter och pågående utredningar innan det är aktuellt att införa en lösning som passar Region Jämtland Härjedalens teknik och IT-miljö. Redan nu finns upprättade samarbeten och kontaktnät där regionen får statusuppdateringar. Swish finns däremot som betalningsmetod för annan verksamhet inom regionen, exempelvis inom Ungdomsmottagningen för betalning av kondomer. Det skulle kunna införas även på annan verksamhet och frågan om vilka möjligheter som finns ska ses över under hösten.

För det andra uppdraget om möjligheten att använda digital posthantering pågår en utredning inom område Diagnostik, teknik och service. Utredningens slutsatser kommer att redovisas för regionstyrelsen i september 2018.

Regiondirektörens förslag

Rapport om införande av swish som betalsätt godkänns och läggs till handlingarna.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Peter Rönnholm
Ekonomidirektör

Utdrag till

Chef för ekonomi- och löneservice

Ekonomi- och personalavdelningen
Helen Persson
Tfn: 063+153137
E-post: helen.persson@regionjh.se

2018-08-06

RS/946/2018

Svar på uppdrag om att införa Swish som betalsätt

På regionstyrelsens sammanträde den 21 mars 2018, § 71, behandlades ärendet om Månadsrapport februari 2018. Den visade bland annat att nettokostnadsutvecklingen de två första månaderna på året ökat och uppgick då till 6,7 % (i februari 2017 4,2 %). Regiondirektören fick utifrån rapporten om aktuellt läge och pågående arbeten med resultatförbättrande åtgärder i uppdrag att utreda införande av Swish som betalsätt och möjligheten att använda till exempel Kivra för digital posthantering.

För frågan om digital posthantering pågår inom område Diagnostik, teknik och service en utredning. Utredningen kommer att redovisas för regionstyrelsen i september 2018.

Den här rapporten redogör för möjligheten att införa Swish som betalningsmetod. Både vad gäller vårdfakturer och som betalningsmetod i andra verksamheter.

Swish som betalningssätt på vårdfakturer

För att införa Swish som betalningsmetod på vårdfakturer krävs ett omfattande utvecklingsarbete, både vad gäller personalresurser och investeringskostnader. Swish som betalningsperiod innebär heller inga ökade intäkter i sig. Precis som för andra betalningsmetoder kostar även Swish pengar per transaktion. Det är heller inte självklart att det kan medföra kostnadsminskningar på sikt genom exempelvis effektiviseringar. Swish är framförallt en betalningsmetod som syftar till att erbjuda invånarna en service.

Ett införande av Swish som betalningssätt på vårdfakturer kräver mycket administration. Både vad gäller bokföring och avstämningar där det saknas integrerade kassaregister och återrapportering från bank. Alla Swishbetalningar behöver prickas av manuellt via internetbanken. Det arbetet kommer inte att kunna göras med befintlig bemanning på Ekonomi- och löneservice utan ytterligare personalresurser behöver i så fall tillsättas.

Vid eventuella återbetalningar saknas även möjlighet att göra återbetalning ute på respektive kassaställe. Det måste istället göras via ekonomiassistent på Ekonomi- och löneservice. Om det ska kunna göras ute på respektive kassaställe behöver ytterligare ca 100 personer som arbetar ute i kassorna få tillgång till utökade behörigheter på internetbanken och det skulle innebära alldeles för stora säkerhetsrisker eftersom det krävs ett bankkonto per Swishställe.

I dagsläget är det heller ingen annan region/landsting som börjat med Swish som betalningsmetod på vårdbesök. Region Skåne och Västragötalandsregionen har pågående projekt avseende detta och statusen är följande:

Västra Götaland arbetar just nu med att införa självincheckning på deras vårdenheter. I samband med incheckning kommer det att finnas möjlighet till att betala ett bokat besök med Swish (Swishhandel), men det förutsätter att självincheckningsstationerna även är betalstationer. Just nu pågår ett arbete med att hitta former för hur filerna ska paketeras och säkerställa att kassaredovisning blir korrekt och att bra metoder för avstämningar finns.

Region Skåne uppger också att kassaavstämningen är svårast att få till eftersom det är en sån stor transaktionsmängd att hantera. Det är planerat att respektive förvaltning kommer att ha egna bankkonton för Swish, så att alla sådana transaktioner kommer var för sig. Sen när det rör verksamheter med större antal "kassor" eller motsvarande, t.ex. primärvård eller tandvård, är det möjligt att styra via unika telefonnummer, men härledning till samma bankkonto. De siktar mot att de ska kunna göra automatiserade avstämningar, så att respektive BackOfficesystem kan stämmas av mot de faktiska transaktionerna post för post.

När ny teknik, metoder eller arbetssätt kommer så har Region Jämtland Härjedalens Ekonomi- och löneservice kontakt med andra landsting och regionen för att ta del av deras upplevda fördelar alternativt nackdelar samt eventuell systemlösning. Det är inte lämpligt att Region Jämtland Härjedalen med små resurser går ut först. Istället bör regionen i största möjliga mån anamma lösningar från andra landsting om det passar regionens teknik och miljö.

Enligt beslut av Region Jämtland Härjedalens regionstyrelse har det under 2018 införts självincheckning enligt Värmlandsmodellen vilket bygger på enkla billiga incheckningsstationer med fakturering som betalningsmetod.

Den självincheckningslösning som används innebär att det inte är möjligt för patienten att vid incheckningstillfället välja betalningssätt. Det är endast ett sätt att ankomstregistrera sig för att visa att patienten kommit till sitt planerade besök. Det finns dyrare modeller av självincheckningsstationer där det är möjligt att även välja betalningssätt. Om sådana hade införts skulle patienten ha kunnat välja mellan faktura, bankkort eller Swish. Det är en sådan typ av självincheckningsstationer som Västragötalandsregionen och Region Skåne planerar att införa. Region Jämtland Härjedalen har hittills investerat i cirka 25 stycken incheckningsstationer för en kostnad på 16 000 kronor per styck, det ger en total investeringskostnad på ca 400 000 kronor. En incheckningsstation med betalfunktion skulle ha kostat ca 50 000 kronor per styck vilket motsvarar en investeringskostnad på 1,25 miljoner kronor. Det tillkommer också en serviceavgift på ca 9 000 kronor per station med betalfunktion. Det skulle säkert vara möjligt för Region Jämtland Härjedalen att efter något år uppgradera befintligt incheckningssystem till att även kunna hantera betalningsmetoder. Det kan också bli aktuellt att som komplement till befintliga självincheckningsdiskar satsa på incheckning via mobil och där kommer Swish att finnas som ett alternativ.

Swish som betalningssätt i annan verksamhet

Region Jämtland Härjedalen erbjuder redan idag Swish som betalningssätt för:

- Ungdomsmottagningen och Hud- och könsmottagningen för betalning av kondomer
- Sjukhusreceptionen för betalning av månadskort för parkering
- Läns kulturen för betalning av biljetter

- Folkhögskolorna Birka och Bäckedal – har kassaregister och kan via Swish då ta betalt för mat, böcker och annat kursmaterial.

Kostenhetens kassor vid matsal och caféer har idag inte möjlighet att ta emot Swish. För att Swish ska fungera måste Kostenhetens kassaregistersystem kopplas ihop med ekonomisystemet. Under hösten kommer vi undersöka vilka kostnader som är förenade med detta införande, då det redan idag sker en manuell och tidskrävande bokföring och avstämning av dagskassorna som vi vill ska ske via automatik istället.

Sammanfattning

Utifrån beskrivningen ovan är ett införande av Swish som betalningssätt inom vården inte möjligt just nu. Med det svåra ekonomiska läge som Region Jämtland Härjedalen befinner sig i skulle kostnaderna för det vara för höga, både vad gäller resurser och investeringskostnader. Då är det bättre att avvakta andra regioners/landstings erfarenheter och utredningar. Ekonomi- och löneservice har etablerade samarbeten och kontaktnät med dessa och får löpande statusuppdateringar om vad som pågår hos andra.

Swish som betalningsmetod för annan verksamhet finns redan i viss verksamhet men skulle förmodligen kunna införas även för annan verksamhet, exempelvis kassorna inom caféer och i matsalen. Under hösten kommer det att undersökas vilka möjligheter som finns.



13

Utvecklingsprogram för COSMIC 2019-
2023 – redovisning av extra kostnader

RS/1222/2018

2018-08-20

Staben för e-hälsa och IT

Marit Nilsson

Tfn: 063-147677 (ank 27677)

E-post: marit.nilsson@regionjh.se

RS/1222/2018

Utvecklingsprogram för COSMIC 2019-2023 – redovisning av extra kostnader

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen beslutade 2018-06-25 §182 att regiondirektören får i uppdrag att till regionstyrelsen i augusti redovisa de extra kostnader med anledning av förstärkt organisation för effektivt stöd till hälso- och sjukvården som Cosmics utvecklingsprogram kommer att kräva.

Nedanstående kalkyl innehåller prognos över tillkommande kostnader, till följd av beslut om en utökad ambitionsnivå för utveckling vårdssystemet COSMIC.

Prognos kostnad kopplat till Cosmic 500'' satsning, mkr	2019	2020	2021	2022	2023
Utvecklingskostnad 500 mkr , direktavskrivning	6	6	6	6	6
Underhållsavgift Cambio	1	1	2	2	2
Utökning teknisk IT-infrastruktur	1	1	1	1	1
Löner utökning COSMIC förvaltningsorganisation	2	2	2	2	2
Summa	10	10	11	11	11

Kommentarer kalkyl:

- Utvecklingskostnad är totalt för samtliga COSMIC-kunder, 500 mkr under åren 2019-2023. Regionens andel av kostnaderna är 6%, d v s totalt 30 mkr under femårsperioden. I kalkylen har kostnaden fördelats jämt över åren. Viss förskjutning av kostnader kan dock uppstå, till följd av utvecklingsplaner och leveranstidpunkter (Kostnad enligt avtal).
- Tillkommande underhållsavgift för de 30 mkr, regionens andel är 480 tkr 2020, 1 020 tkr 2021, 1 620 tkr 2022 och 2 280 tkr 2023 (Kostnad enligt avtal).
- Utökning teknisk IT-infrastruktur omfattar kostnader till följd av ökade krav på infrastruktur, servrar, licenser mm (Prognostiserad kostnad).
- Löner utökning COSMIC förvaltningsorganisation, omfattar ytterligare 3 tjänster under 5 år för IT och verksamhet. (Prognostiserad kostnad).

Kostnader för utbildning och implementering saknas i kalkylen, p g a av svårigheter att prognostisera och osäkerhet avseende tillkommande behov. COSMIC är ett modernt system som ständigt utvecklas, för att bidra till digitalisering och möjliggöra nya och effektivare flöden. Att hålla sig informerad, ta del av e-learning mm är därmed en del av arbetet och nödvändigt för utveckling av verksamheten.

Hur mycket ytterligare utbildningstid den utökade satsningen kommer att kräva är beroende av, vad som utvecklas, hur det påverkar funktionalitet och gränssnitt mm. Det är en stor skillnad i omfattning av de insatser som krävs vid byte till ett helt nytt system, jämfört med vidareutveckling av befintligt system.

Förutsättningarna för stöd till vården vid utbildning och implementering, bedöms kunna förstärkas genom:

- E-learning COSMIC finns tillgänglig för både befintligt system och som en del av leverans av nya versioner
- COSMIC förvaltningsorganisation utökas med 3 tjänster under 2019-2023
- Superanvändare i verksamheten har nu 3 års erfarenhet och en högre kompetens, för att lokalt stödja vårdpersonal i den egna organisationen
- Arbetet med verksamhetsutveckling och rutiner, sker i en nära samverkan mellan verksamhet och IT-organisationen.

Regiondirektörens förslag

Redovisning av extra kostnader med anledning av förstärkt organisation för effektivt stöd till hälso- och sjukvården för COSMIC utvecklingsprogram 2019-2023, godkänns och läggs till handlingarna.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Marit Nilsson
IT-chef

Utdrag till

IT-chef

§182

Utvecklingsprogram för Cosmic 2019–2023 (RS/1222/2018)

Sammanfattning

Digitalisering innebär stora möjligheter för vården, med det krävs en kraftigt förbättrad funktionalitet i vårdinformationssystemen. För landsting/regioner finns två val: Att utveckla befintliga system eller upphandla och införa nya vårdinformationssystem. Region Jämtland Härjedalen har sedan 2015 Cosmic som sitt vårdinformationssystem. Utveckling av Cosmic sker i samverkan i en kundgrupp åtta andra landsting/regioner och Capio St Görans.

COSMIC är det modernaste journalsystemet i Sverige, och det enda som fortsatt utvecklas. Övriga landsting/regioner är involverade i upphandlingar av nya system. Cosmic-kundgruppens bedömning är att den mest kostnadseffektiva lösningen på 5–7 års sikt, är att vidareutveckla COSMIC för att bättre möta vårdens behov. Därför har de nu tillsammans med Cambio som är leverantör för Cosmic utarbetat ett utvecklingsprogram för perioden 2019–2023

Målen för patient och medborgare är:

- Patienten blir mer delaktig i sin egen vård, och får stöd att hantera mer uppgifter själv. Det innebär även att vården avlastas.
- Patienterna får en samlad bild av sina hälsoproblem och planering.
- Bättre tillgänglighet och servicenivå.
- Säkerställa patientens/anhörigas och vårdens behov av kommunikation inför, under och efter behandling/konsultation.
- Förbättrad upplevd servicenivå hos patienter/anhöriga, samt högre effektivitet i vården med hjälp av automatisering av processer där patienten själv eller anhöriga kan utföra fler uppgifter.

Målet för medarbetare är:

- Bra stöd för vårdens processer och möjlighet till ökad effektivitet.
- Verktyg för samverkan mellan huvudmän och en situationsorienterad journal.
- Intelligent beslutsstödsfunktion som stödjer vårdpersonalen att fatta rätt beslut baserat på evidens och all tillgänglig information om patienten.
- Automatisering av rutinuppgifter och inbyggd analys baserad på artificiell intelligens.
- Stöd för mobilt arbetssätt i vårdens alla processer.
- Verktyg för att dela information samt planera och följa upp vård som bedrivs tillsammans med andra huvudmän.
- Automatiserad överföring till kvalitetsregister enligt nationell standard.

Mål för verksamhetsutveckling och ledningsstöd är:

- Gemensam verksamhetsutveckling för att visa på möjligheten att effektivisera och utveckla verksamheten med högre kvalitet.
- Stärka lokal utvecklingskraft för snabba utvecklingsprocesser med lokal förankring.
- Verktyg för att dela systemkonfiguration, kliniska beslutsstöd och möjliggöra gemensam drift.
- Stöd för övergripande ledning och styrning av den kliniska verksamheten på alla nivåer.
- Stöd för kontinuerlig utveckling och förbättring av flöden och arbetssätt baserat på prediktion och utfall på verksamhetens processer.
- Verktyg för operativ/daglig styrning och ledning av verksamheten.

Utvecklingsprogrammet innehåller utifrån dessa mål en utvecklingsvolym på 100 miljoner per år, där Region Jämtland Härjedalens andel är 6 %.

Regionstyrelsen har under våren fått muntlig uppdatering på arbetet med utvecklingsprogrammet. Nu har arbetet kommit fram till färdiga avtalshandlingar, men pga affärssekretess kan dessa avtal i sin fullständiga utformning inte biläggas.

Avtalsvillkoren reglerar utvecklingsvolymen på 100 miljoner per år och ger en halverad underhållskostnad för ny – och vidareutveckling av vårdsystemet Cosmic jämfört med idag, samt ytterligare underhållsrabatter om Cambio säljer Cosmic till fler kunder. Avtalet ska undertecknas senast 29 juni 2018. Kundgruppen är eniga om avtalsvillkoren.

Region Jämtland Härjedalens kostnader för utvecklingsprogrammet, (utveckling och underhåll) uppgår till 6 miljoner kronor 2019, 6,5 miljoner 2020, 7,0 miljoner 2021, 7,6 miljoner 2022, 8,4 miljoner 2023.

Under vintern 2017-2018 har analyser och diskussioner genomförts inom Regionstaben angående "Förstärkt organisation inom IT och E-hälsa" för ökat stöd till hälso- och sjukvården, se bilaga. Bakgrunden är dels 2017 års erfarenheter av digitaliseringsarbetet inom Primärvården och dels kraven på ökad takt framöver kring digitalisering, Cosmic-utveckling och IT-infrastrukturens behov. Föreslagen förstärkning har finansiellt hanterats inom ramen för Personalmiljarden, Regionstyrelsens godkännande 2018-04-25 § 114. Organisatorisk placering och kompetens för de beslutade tjänsterna är ännu inte färdigprocessade. Långsiktig finansiering för detta krävs också i hösten budgetarbete för att inte vara beroende av de nationella satsningarna.

Utifrån nu föreslagen ytterligare ökad utvecklingstakt för Cosmic behöver också det beaktas i fortsatt diskussion kring förstärkt organisation för stöd till hälso- och sjukvården, både volym, kompetens och organisatorisk placering liksom långsiktig finansiering.

Under vårens diskussioner kring utvecklingsprogrammet för Cosmic har årets förändrade

planeringsprocess varit ett problem. Andra år tas Regionplan och Finansplan av fullmäktige i juni, men i år är beslutet att Finansplan ska tas i november. Därför behöver Regionstyrelsen fatta detta beslut i juni och därefter inarbeta det i Finansplanen och då hantera de prioriteringar som krävs för att det ska vara möjligt att ge Regionfullmäktige ett förslag kring Cosmics utvecklingsplan i Finansplanen.

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att underteckna avtal med Cambio gällande utvecklingsprogram för Cosmic.
2. Regionens kostnader på 6 miljoner kronor 2019, 6,5 miljoner 2020, 7,0 miljoner 2021, 7,6 miljoner 2022, 8,4 miljoner 2023 ska inarbetas i förslag till Finansplan 2019–2021 som ska beslutas av Regionfullmäktige i november 2018.
3. Kostnader som kan uppkomma under 2018 för uppstart av utvecklingsprogrammet finansieras med maximalt 3 miljoner kronor ur anslaget för regionstyrelsens förfogande 2018.

Ingela Jönsson, planeringschef och Hans Svensson, regiondirektör, redogör för kompletteringar och förtydliganden som gjorts i tjänsteskrivelsen och tillkommande bilaga.

Yrkanden

Eva Hellstrand (C) yrkar följande tillägg:

"Regiondirektören får i uppdrag att till Regionstyrelsen i augusti redovisa de extra kostnader med anledning av förstärkt organisation för effektivt stöd till hälso- och sjukvården som Cosmics utvecklingsprogram kommer att kräva."

Elin Hoffner (V) yrkar följande tillägg:

1. En plan för implementering av utvecklingsprogrammet ska tas fram.
2. Förbättringar skall göras för att öka tillgängligheten i Cosmic så att arbetstagare med funktionsnedsättning ska kunna ta del av programvaran.

Ann-Marie Johansson (S), Susanné Wallner (M) och Anton Nordqvist (MP) yttrar sig.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på regiondirektörens förslag och finner dem antagna.

Ordföranden ställer proposition på Eva Hellstrands tilläggsyrkande och finner det antaget.

Ordföranden ställer proposition på Elin Hoffners tilläggsyrkanden och finner dem antagna.

Ordföranden ställer proposition på om paragrafen kan förklaras omedelbart justerad och finner det antaget.

Beslut

1. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att underteckna avtal med Cambio gällande utvecklingsprogram för Cosmic.
2. Regionens kostnader på 6 miljoner kronor 2019, 6,5 miljoner 2020, 7,0 miljoner 2021, 7,6 miljoner 2022, 8,4 miljoner 2023 ska inarbetas i förslag till Finansplan 2019–2021 som ska beslutas av Regionfullmäktige i november 2018.
3. Kostnader som kan uppkomma under 2018 för uppstart av utvecklingsprogrammet finansieras med maximalt 3 miljoner kronor ur anslaget för regionstyrelsens förfogande 2018.
4. Regiondirektören får i uppdrag att till Regionstyrelsen i augusti redovisa de extra kostnader med anledning av förstärkt organisation för effektivt stöd till hälso- och sjukvården som Cosmics utvecklingsprogram kommer att kräva.
5. En plan för implementering av utvecklingsprogrammet ska tas fram.
6. Förbättringar skall göras för att öka tillgängligheten i Cosmic så att arbetstagare med funktionsnedsättning ska kunna ta del av programvaran.
7. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till

Planeringschef, Ekonomidirektör. IT-chef

Beslutsunderlag

- Utvecklingsprogram för Cosmic 2019-2023
- Sammanfattning tilläggsavtal RJH
- Förslag till förstärkt organisation inom IT och eHälsa ver02



14

Återredovisning av KPP-analys och
Fallolycksanalys
RS/785/2017



2018-08-10

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

RS/785/2017

KPP-analys och Fallolycksanalys

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen beslutade 2017-12-12 § 307

1. Ytterfallsanalys ska göras och återrapporteras till regionstyrelsen våren 2018.
2. Fördjupad analys av ortopedens kostnader ska göras med hjälp av kostnad per patientdata 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.

Under våren har den enda ekonom som regionen har som kan göra analyser av KPP (kostnad per patient) -materialet och ytterfalls-materialet varit fullt upptagen med inrapporteringar till SKL, och SCB kring räkenskapsunderlag inkl. 2017 års KPP-uppgifter. Om analyserna skulle ha skett under våren 2018 skulle de behövt göras med externa resurser och på sifferunderlag från 2016. Därför har analyserna senarelagts och kommer att göras under hösten 2018 med interna resurser och nu kan analyserna göras med sifferunderlag från 2017.

Analysen av fallolyckor i Jämtlands län som gjorts på uppdrag av SVOM hanterades av SVOM i februari och juni 2018. Analysen av Fallolyckor visar att Jämtland har många fallolyckor och att det är stor variation på kommunnivå. Riket har i genomsnitt 60 personer som vårdats i slutenvård pga fallskada per 1000 invånare 80 år och äldre.

Medelvärde i Norrbotten är 40, i Västerbotten 67, i Västernorrland 67 och i Jämtland 65. Lägsta antal har Ödeshög: 33 personer. Högsta antal i Ragunda och Stockholm: 83 personer.

Under 2013–2015 hade Berg 54, Bräcke 66, Härjedalen 53, Krokom 60, Ragunda 83, Strömsund 60, Åre 55, och Östersund 72.

Analysen har inget svar på varför Jämtland har så många fallskador, men rapporten diskuterar orsakssambanden nutrition, läkemedel, alkohol, osteoporos och fallriskmedvetenhet.

Vid SVOMs möte i juni beslutades om följande aktiviteter på kort sikt:

- Modell Trygg och säker hemma bifogas

- För underlättande av implementering. Representant för Bergs kommun föreslås informera om hur de arbetat vid sitt införande av Trygg och säker hemma.
- Använda personella resurser som har kunskap inom området
- Implementering av modell Trygg och Säker hemma sker via de lokala samverkansarenorna, som inkluderar riskidentifiering kring nutrition, läkemedel och alkohol.
- Informationsmaterial till personer med risk ses över, med syfte att alla huvudmän använder samma informationsmaterial. För distribution av informationsmaterial föreslås olika alternativa vägar, t.ex. via pensionärsorganisationer, utskick tillsammans med fakturor från kommunerna eller via monitorer på hälsocentraler.
Former för hur information ska kunna nå till ännu fler t ex via sociala medier.
- Aktivering och säkerhetsbesök
- Aktiviteter under Socialstyrelsens nationella kampanj "Balansera mera" genomförs vecka 40, den 1-7 oktober. Kampanjen har tre teman: mat, motion och medicin. Kampanjen uppmärksammar personer i åldern 55 år och uppåt om hur man själv kan minimera risken att falla.

SVOM beslutade också att de vill ha förslag på långsiktiga aktiviteter till sitt möte i oktober 2018.

Slutligen fastställde SVOM mål för fallolyckor i Jämtland så här:

En minskning med 10 olycksfall under rikssnittet som just nu är 61. SVOM rekommenderar respektive kommun att som riktmärke till 2022 minska antalet fallskador bland 80 år och äldre till 51/1000 invånare.

Regiondirektörens förslag

1. Regionstyrelsen godkänner att KPP-analysen och ytterfallsanalysen görs under hösten 2018. Analyserna ska presenteras senast vid regionstyrelsens möte i december.
2. Regionstyrelsen noterar informationen om SVOMs beslutade mål och aktiviteter för att minska antalet fallskador och uppdrar till regiondirektören att aktivt arbeta för att regionens verksamheter ska bidra till att målet med att sänka antalet fallskador till 51/1000 invånare år 2022 kan uppnås.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson

Planeringschef

Utdrag till

Planeringschef

Utdrag ur SVOMs protokoll 20180209

§5 Rapport fallskador och fallprevention

Ingegerd Skoglund Öhman föredragande. Ingegerd presenterade i första hand den litteraturgenomgång som hon gjort (bildspel bifogas). Uppdraget var att göra en bred analys av fallolyckor bland personer över 65 år, att identifiera framgångsfaktorer i förebyggande

åtgärder samt att finna effektiva åtgärder i det gemensamma arbetet. Någon orsak till varför länet har fler fallskador som leder till sjukhusvistelse än övriga landet har inte kunnat hittas. En del i arbetet har varit att kartlägga patienter som drabbats av lårbensfraktur med tanke på att länet "sticker ut" i antal höftfrakturer. Lårbensfraktur leder till många vård dagar, betydligt fler kvinnor än män drabbas.

Beslut SVOM: Färdig rapport skickas till SVOM då den är tryckt.

Ledamöter i SVOM läser rapporten och funderar över lämpliga åtgärder. Vid mötet den 1 juni ärendet åter för beslut om strategi framåt avseende åtgärder att minska antalet fall.

Utdrag ur SVOMs protokoll 20180601

§ 23 Fallprevention

Ärendet gäller fortsatt arbete efter rapporten om fallskador och fallprevention som publicerades i januari 2018. Ledningskraft har uppdrag att arbeta med åtgärder på kort och lång sikt. Ärendet presenterades av Suzanne Göransson, som visade läget för länets kommuner avseende fallskador som orsakat inskrivning på sjukhus hos personer 80 år och äldre. (bilaga)

- Förslag åtgärder på kort sikt bifogades kallelsen, presenterades kort av Anna Kerstin Lejonklou. Diskussion i gruppen om verk samma åtgärder och former för dessa för att nå målgrupperna.

Beslut SVOM: att godkänna föreslagna aktiviteter på kort sikt med tillägg av aktivering och säkerhetsbesök samt former för hur information ska kunna nå så många som möjligt till exempel sociala medier. Riskidentifiering nutrition och läkemedelsrelaterade problem ingår i Trygg och säker hemma modellen (bilaga modellen Trygg och Säker hemma). Förslag på aktiviteter på lång sikt presenteras vid SVOM:s möte i oktober 2018.

- Avseende indikator att följa upp (se ärende 22). Istället för att minska med 10 fallskador per 1000 invånare föreslås ett mer utmanande mål. SVOM vill se en minskning med 10 fall under rikets resultat, som i nuläget är 61.

Beslut SVOM: Rekommendera respektive kommun att som riktmärke till 2022 minska antalet fallskador bland 80 år och äldre till 51/1000 invånare.

- Balansera mera veckan. Ledningskraft inleder arbetet med att försöka ordna lokala aktiviteter inom varje kommun.

Beslut SVOM: att godkänna given information

Fallolyckor i Jämtlands län

Beslut i SVOM 2016-10-14
läns- och regionövergripande analysarbete
Uppdrag till Fredagsgrupp

Operativ grupp:

Ingegerd Skoglund Öhman
Suzanne Göransson
Anna Kerstin Lejonklou



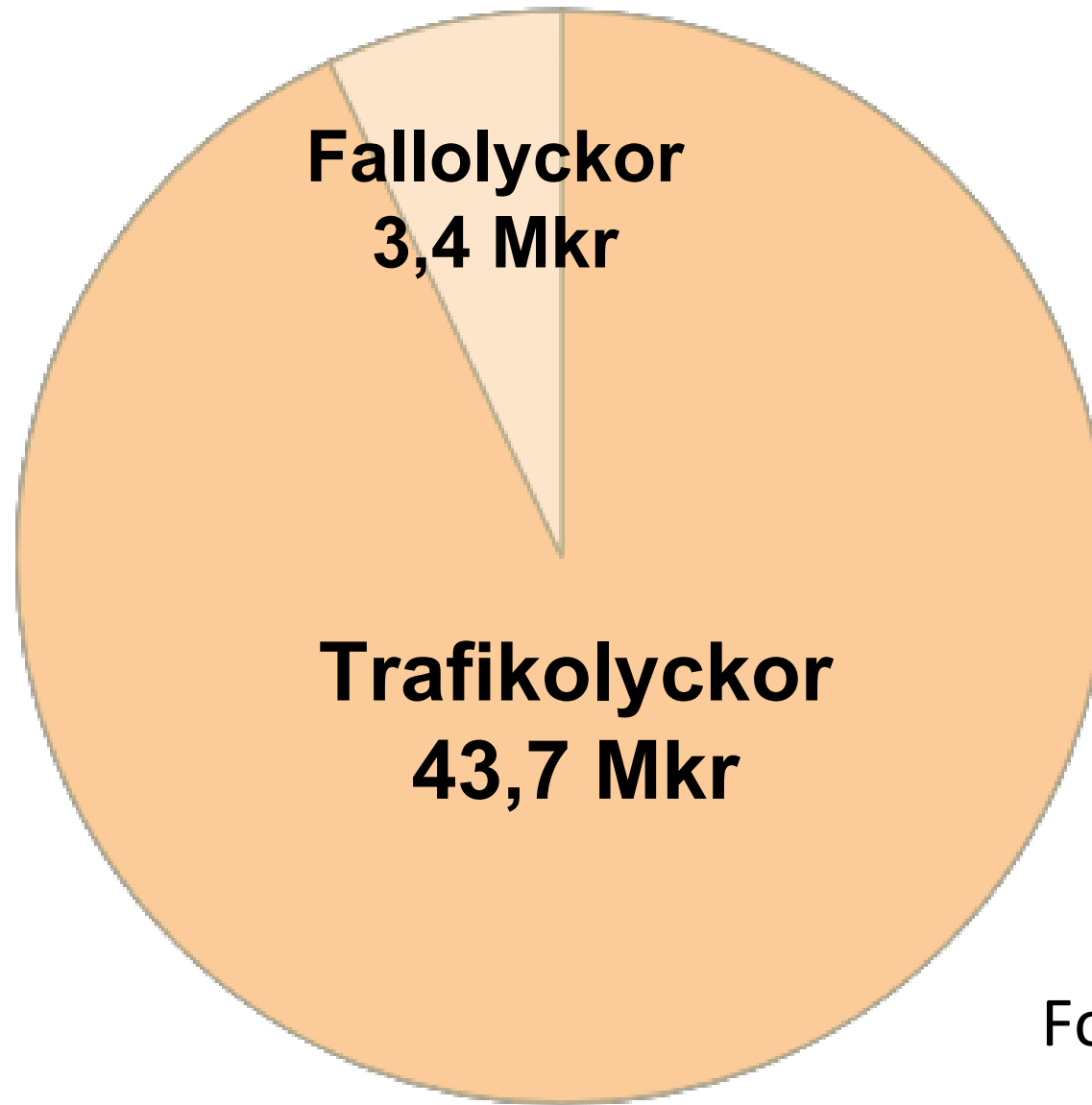
Syfte

- att göra en **bred analys** av fallolyckor hos personer 65 år och äldre
- att **identifiera framgångsfaktorer** i förebyggande åtgärder, samt
- att finna **effektiva åtgärder** i det gemensamma arbetet

Litteratur- och evidenssökning

- Lårbensfrakturer leder till flest vårddagar
 - *utgör nästan 40 % av samtliga vårddagar*
- De flesta faller i sitt eget hem
 - *oftast i sovrum eller i badrum*
- Ca 70 000 personer vårdas årligen på sjukhus efter att ha fallit
 - *ca 70 % av personer m fallskada i slutenvård är 65 år o äldre*

**Samhällets
investeringar
för att förebygga
trafikolyckor
respektive
fallolyckor
2012**



Forslin 2014

”Det är värt att lägga resurser på att minska fallskador hos gamla”

Myndigheterna gör väldigt lite för att förebygga fall-skador hos äldre, trots att de ofta ger en stor invaliditet och funktionsnedsättning, skriver tre debattörer. Debattartikel publicerad i Dagens medicin 2018-01-24 07:00

Skriven av: Ulrica Bergström, Gösta Bucht och Olle Svensson.

*Regeringen har en nollvision för trafiken.
(Den vore lätt att genomföra: En generell
hastighetsbegränsning på 5 km/h, normal promenadtakt.
En smula opraktiskt och dyrt, dock.) Satsa i stället en
bråkdel av de resurserna på fall/fraktur hos gamla.
Myndigheterna gör mycket litet, jämfört med vad de
satsar på andra mindre ovanliga skador.*

Systematisk översikt av fallpreventivt arbete*)

- Olika typer av interventioner förebygger fall
 - **multifaktoriella åtgärder**
- Stark evidens för **fysisk träning**
- **Förändring av hemmiljön**
- Tillgången på **fallförebyggande träning** är låg i Sverige
- **Förebyggande hembesök** stärker den äldre personens möjligheter att använda sina resurser för att vidta åtgärder i den egna tillvaron

*) Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, 2014
159 randomiserade, kontrollerade studier med
närmare 80 000 deltagare i 21 länder

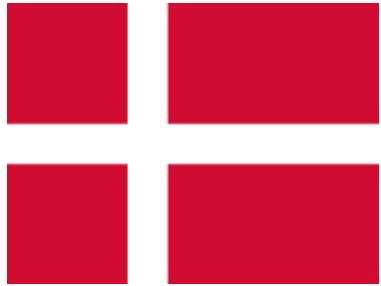
Fallpreventivt arbete internationellt

- WHO: s safe communities (2009) beskriver modell för olyckspreventiv inriktning på samhällelig nivå
- Strategi- och handlingsplan för hälsofrämjande åldrande i Europa 2012 – 2020 (WHO 2012)
- Skottland – nationell strategi i fallpreventivt arbete, nationell handlingsplan är vägledande

Fallpreventivt arbete i Norden



Nationell satsning i början av 2000-talet
”Trygga Eldre-kommuner”



Nationellt förbättringsarbete enligt programmet
”I Trygge Heder 2014-2018”



Nationellt program för att förebygga fallolyckor
”Ikinä”. Uppmärksammat alkohol som riskfaktor.
Screening av äldres alkoholanvändning ingår
i fallriskbedömning

Fallpreventivt arbete i Sverige



Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att ta fram och utföra informations- och utbildningssatsning;



sera mera”

Nationell kampanjvecka

Informationsmaterial

mer,

<https://vimeo.com/235906148>

webbutbildning för personal

Orsakssamband till fall- och fallrisk

Nutrition

Läkemedel

Alkohol

Osteoporos

Fallriskmedvetenhet

Fallolyckor per 1000 invånare 80 år och äldre

- stor variation på kommunnivå

- Riket i genomsnitt **60** personer - *Lägsta antal i Ödeshög: 33 personer - Högsta antal i Ragunda och Stockholm: 83 personer*

KOMMUN	ANTAL
Berg	54
Bräcke	66
Härjedalen	53
Krokom	60
Ragunda	83
Strömsund	60
Åre	55
Östersund	72

Tabell 1. Antal äldre per 1000 invånare som under 2013–2015 i Jämtlands län som vårdades i slutenvård till följd av fallskada.

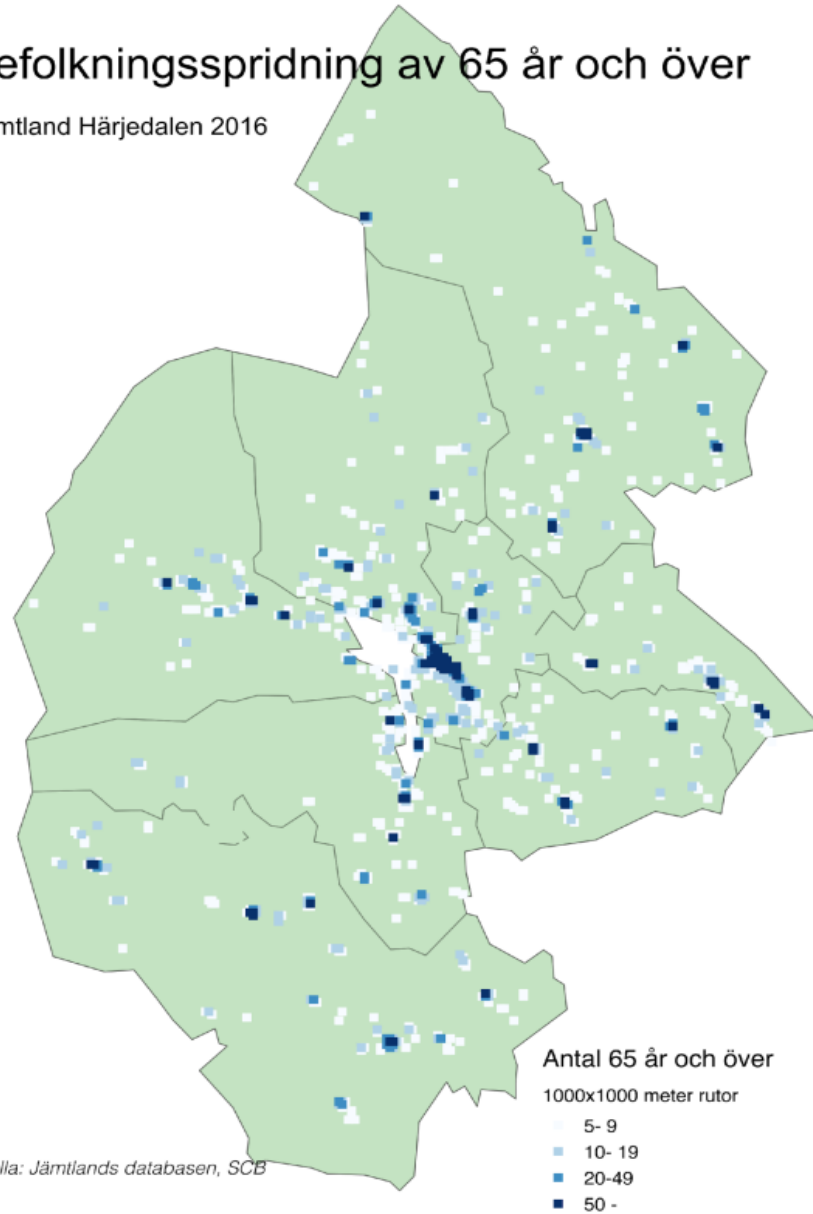
Fallolyckor per 1000 invånare 80 år och äldre

- variation mellan de fyra Norrlandslänen

LÄN	MEDELVÄRDE
Norrbotten	40
Västerbotten	67
Västernorrland	56
Jämtland	65

Befolkningsspridning av 65 år och över

Jämtland Härjedalen 2016



Källa: Jämtlands databasen, SCB

Hög ålder

Glesbygd



**Befolkningen
bor utspridda
över hela
länet**

	Andel 65 år och äldre Jämtlands län	Folkmängd
Berg	1 984 (28,0 %)	7 081
Bräcke	1 791 (27,6 %)	6 492
Härjedalen	2 945 (28,9 %)	10 200
Krokom	3 104 (20,9 %)	14 843
Ragunda	1 539 (28,4 %)	5 415
Strömsund	3 403 (28,8 %)	11 809
Åre	1 957 (17,6 %)	11 088
Östersund	12 903 (20,9 %)	61 745
Riket	1 976 857 (19,8 %)	Snitt i länet 25 % 9 995 153

Har vi då hittat något svar
på varför just Jämtlands län har
så högt antal fallolyckor bland personer
65 år och äldre?

NEJ!

Orsakssamband	Nuläge	Åtgärder
Nutrition		
Läkemedel		
Alkohol		
Osteoporos		
Fallriskmedvetenhet		

ÅLDRAR hos de personer som fick höftledsfrakturer i Jämtlands län; januari, april, juli och oktober 2016

Åldersgrup p	KVINNOR	MÄN	ALLA
65 - 69 år	2	4	6
70 – 74 år	9	2	11
75 – 79 år	8	4	12
80 – 84 år	12	5	17
85 – 89 år	22	8	30
90 – 94 år	18	6	24
95 – 99 år	5	4	9
100 --	0	0	0

76 kvinnor
33 män



Nutrition

Läkemedel

Alkohol

Osteoporos

Fallriskmedvetenhet

Antal höftledsfrakturer 65 år o äldre i Jämtlands län

januari – april – juli & oktober 2016

	Januar i	April	Juli	Oktober
Totalt antal fall	28	27	22	32
- <i>varav kvinnor</i>	20	21	15	20
- <i>varav män</i>	8	6	7	12
- <i>fall inomhus</i>	21	24	19	26
- <i>fall utomhus</i>	7	3	3	5*)

*) en uppgift var ofullständig

Antal höftledsfrakturer 65 år o äldre i Jämtlands län

Jan. – apr. – juli & okt. 2016 - *fördelat per kommun*

	Januari	April	Juli	Oktober	<i>TOTALT</i>
BERG	2	2	4	1	9
BRÄCKE	2	1	1	1	5
HÄRJEDALEN	4	0	1	6	11
KROKOM	0	4	1	1	6
RAGUNDA	3	3	1	2	9
STRÖMSUNDB	2	0	2	4	8
ÅRE	4	1	1	3	9
ÄLFTEDALEN	11	10	11	11	43

SUMMERING 4 månader januari – april – juli & oktober 2016

höftledsfrakturer 65 år o äldre i Jämtlands län

PERSONER MED HÖFTLEDSFRAKTUR	109	Varav med hemtjänst- beslut	Ej hemtjänst
- Ordinärt boende (ensam)	49	29	14 ^{*)}
- Ord. boende (inte ensamhushåll)	23	10	11 ^{**)}
- Särskilt boende	30		
- Korttidsboende	2		
- Bortfall (ingen uppgift) 174	5		

^{*)} utan uppgift= 6 st. ^{**)} utan uppgift =2

Strategi för hälsa

TILLSAMMANS – VARJE DAG LITE BÄTTRE

BESLUT AV SKL: s STYRELSE DECEMBER 2017

Gemensamma mål och indikatorer till 2022



Vi kan minska antalet fallolyckor

Cirka 1000 personer dör varje år till följd av fallolyckor och 70 000 skadas, oftast äldre personer



Som jämförelse omkom 263 personer i trafiken under 2016

Samhällets totala kostnader för fallolyckor uppgick 2012 till nästan 25 miljarder

Strategi för hälsa sidan 13

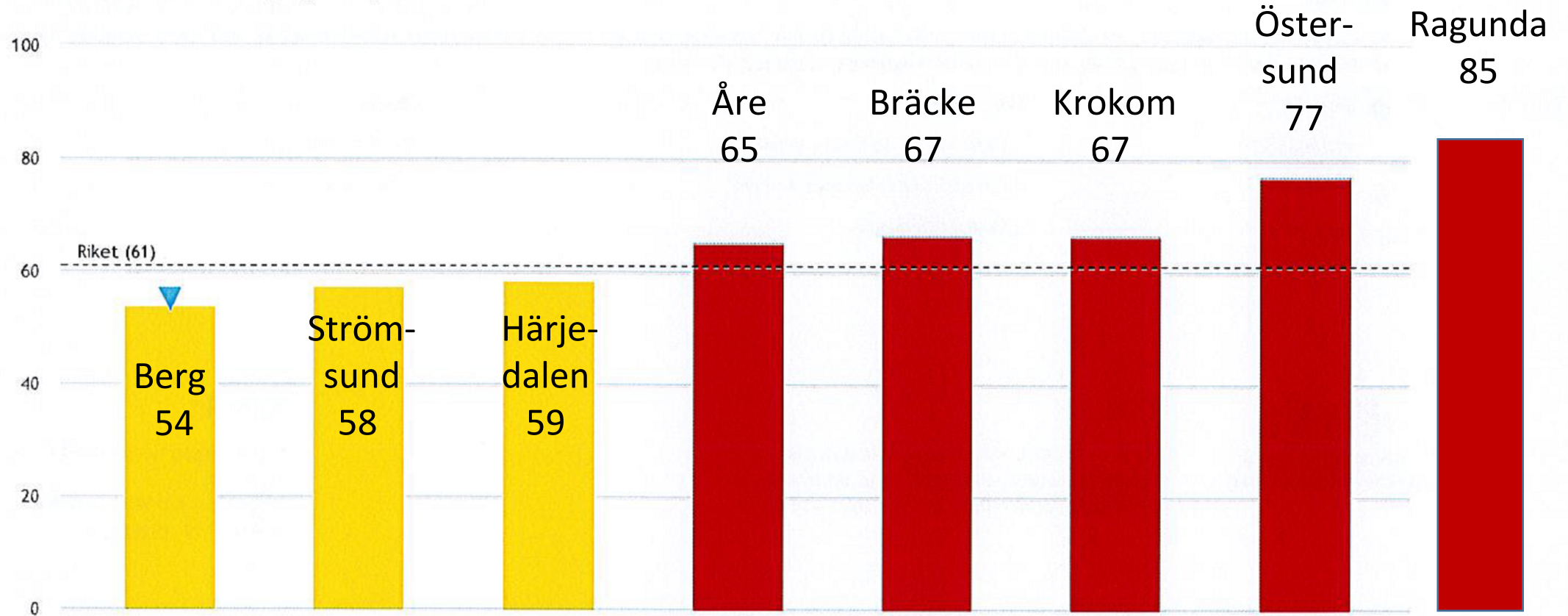
Tillsammans - varje dag lite bättre



Fallskador bland äldre personer 80 +, 3-årsm., antal/1000 invånare

Jämförelse per kommun

Urval: Jämtlands läns kommuner (ovägt medel)/2016



Fallskador bland personer 80+, 3-årsm, antal/1000 inv. (N20402)

Antal personer som vårdats i slutenvård pga. fallskador per 1000 invånare 80 år. Fallolycka definieras genom de yttre orsakskoderna W00-W19, enligt klassifikationen ICD 10 - 9 vårdades inom slutenvård på grund av fall, d.v.s. som blivit in- och utskrivna från sjukhus. Avser genomsnitt för tidsperioden år T-2 till år T. Källa: Socialstyrelsen Patientregis

Källa: www.kolada.se/jamforaren

Fallolycka definieras genom de yttre orsakskoderna W00 – W19

Enligt klassifikation en ICD 10- SE och avser endast personer som vårdades inom slutenvård på g a fall d.v.s. som blivit in- och utskrivna från sjukhus.

Källa; Socialstyrelsen Patientregistret

W00	Fall i samma plan i samband med snö och is
W01	Fall i samma plan genom halkning, snävning eller snubbling
W02	Fall i samband med användning av skridskor, skidor, rullskridskor , skateboard etc.
W03	Annat fall i samma plan genom kollision med eller knuff av annan person
W04	Fall när man blir buren eller får stöd av andra personer
W05	Fall från rullstol
W06	Fall från säng
W07	Fall från stol
W08	Fall från andra möbler
W09	Fall från lekredskap på lekplats
W10	Fall i och från trappa och trappsteg
W11	Fall på och från stege

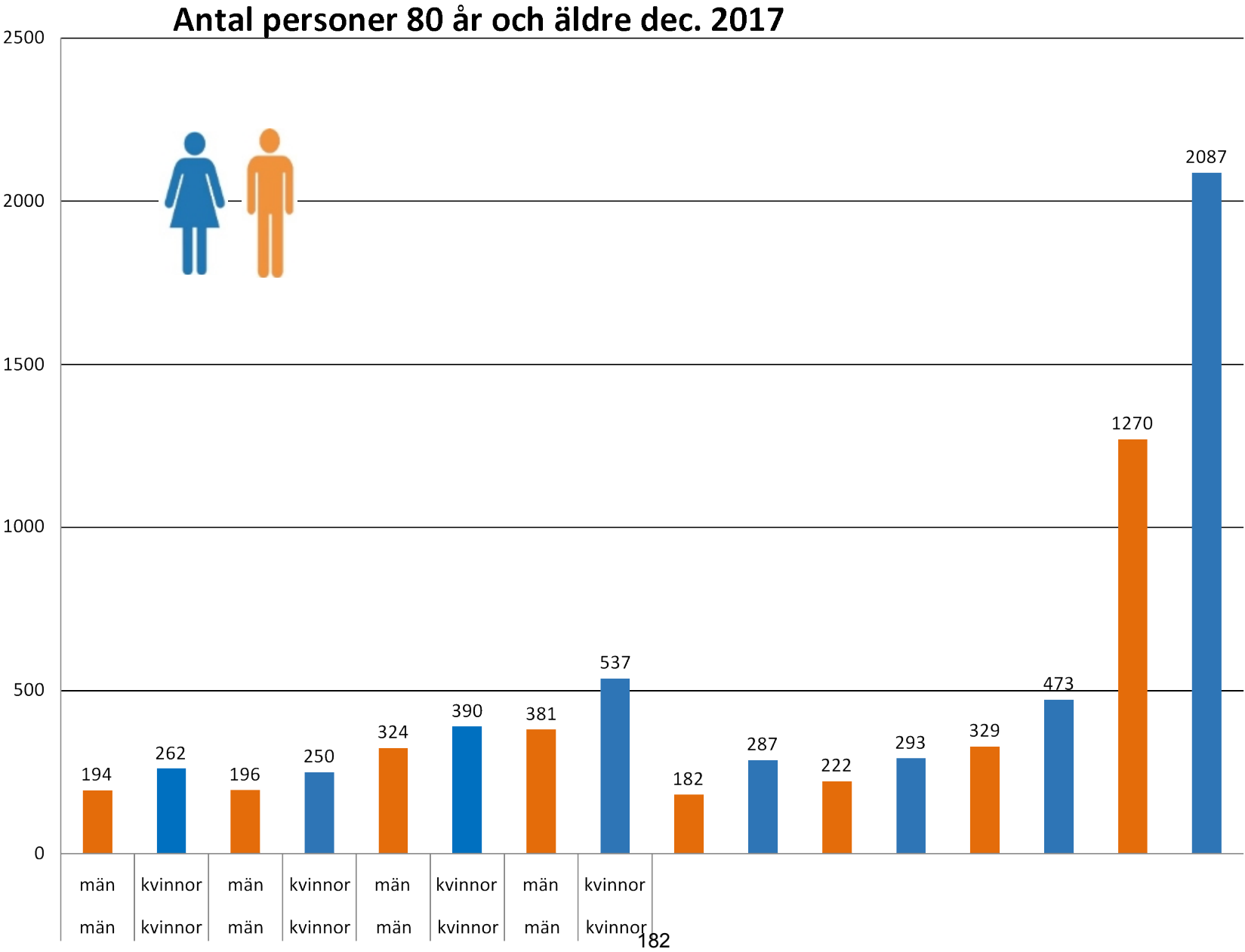
Fallolycka definieras genom de yttre orsakskoderna W00 – W19

Enligt klassifikation en ICD 10- SE och avser endast personer som vårdades inom slutenvård på g a fall d.v.s. som blivit in- och utskrivna från sjukhus.

Källa; Socialstyrelsen Patientregistret

W12	Fall på och från byggnadsställning
W13	Fall ut ur från eller genom byggnad eller byggnadskonstruktion
W14	Fall från träd
W15	Fall från stup
W16	Dykning eller hopp i vatten med eller annan skada än drunkning el. drunkningstillbud
W17	Annat fall från ett plan till ett annat
W18	Annat fall i samma plan
w19	Fall, ospecificerat

Kommun/län	Män 80 år o.ä.	Kvinnor 80 år o.ä.	Totalt män/kv.
BERG	222	293	515
BRÄCKE	196	250	446
HÄRJEDALEN	329	473	802
KROKOM	324	390	714
RAGUNDA	194	262	456
STRÖMSUND	381	537	918
ÅRE	182	287	469
ÖSTERSUND	1 270	2 087	3 357
Jämtlands län	3 098	4 579	7 677



Mål "God och jämlik hälsa"

- **Minska antalet äldre som drabbas av fallskador**
(minska antalet fallskador bland individer 80 + år med 10/1000 invånare).

Vad innebär det uppsatta målet för kommunerna i vårt län?

Kommun	Fallskador bland 80 år o ä. 3-årsm. antal per 1000 inv. 2016	MÅL till 2022: Minska antalet fallskador bland + 80- åringar med 10/1000 invånare	Förväntad minskning till 2022 enligt mål i Strategi för hälsa
BERG	54	44	5 (10*51,5%)
BRÄCKE	67	57	4 (10*44,6%)
HÄRJEDALEN	59	49	8 (10*80,2%)
KROKOM	67	57	7 (10*71,4%)
RAGUNDA	85	75	5-6 (10*45,6%)
STRÖMSUND	58	48	9 (10*91,8%)
ÅRE	65	55	5 (10*46,9%)
ÖSTERSUND	77	67	34 (10*3,357%)
Jämtlands län			cirka 78

§307

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

Sammanfattning

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 ortopedien. Pilotstudien planeras ske genom att ortopedien 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.

Beslut

1. Ytterfallsanalys ska göras och åiterrapporteras 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
- Åiterrapportering av fördjupning utifrån SKLs analys av regionens ekonomi och styrning



15

Digital utomlänsfakturering för utförd vård

RS/1194/2018



2018-08-21

Strateger

Katarina Kempe

Tfn: 063-14 24 43

E-post: katarina.kempe@regionjh.se

RS/1194/2018

Digital utomlänsfakturering för utförd vård

Ärendebeskrivning

Det finns ett behov av att landsting och regioner effektivt kan fakturera varandra för utförd vård av patienter som bor i annat landsting/region. I och med det fria vårdvalet har dessutom antalet utomlänspatienter ökat. Likaså ökar antalet besök hos läkare på nätet snabbt och därmed antalet utomlänsfaktureringar. Genom att hantera ett digitalt fakturaunderlag som en faktura refererar till kan hanteringen göras effektivare och säkrare. Ekonomidirektörerna har därför initierat frågan och fortlöpande varit involverad i hur arbetet fortskridit. Det är en arbetsgrupp bestående av 7 landsting och regioner som har utarbetat ett förslag till information i fakturaunderlaget jämte en handledning. Detta har sedan sänts på remiss till redovisningschefsnätverket och ekonomidirektörerna. Alla landsting och regioner har vidare varit med i arbetet genom det nätverk kring utomlänsfakturering som bildades inom SKL 2016.

SKL:s arbetsgrupp gav 2016 Inera i uppdrag att genomföra en förstudie gällande en nationell digital kommunikationslösning för vårdinformation i form av fakturaunderlaget kopplat till fakturering vid utomlänsvård.

Slutsatsen och rekommendationen från Inera blev att överföra fakturaunderlag via säkra tjänster i Ineras tjänsteplattform. Fakturaunderlaget ska därefter inte lagras i ekonomi-eller annat fakturahanteringssystem utan i separat databas eller system med mycket begränsad åtkomst för de få som hanterar fakturor för utomlänsvård och dess underlag. Alla landsting och regioner har därefter avgett s.k. avsiktsförklaring till Inera om att ansluta sig till tjänsten.

Innan Ineras tjänst kan börja användas har pilottester utförts och dessa beräknas vara klara i juni i år. Därefter kan alla landsting och regioner påbörja anslutningen till tjänsten. Ekonomidirektörerna har fastställt som målsättning att alla landsting och regioner ska kunna ta emot det digitala fakturaunderlaget under hösten 2017. Mot bakgrund av de förseningar som uppkommit vid testerna lär denna tidpunkt flyttas fram något.

Utbyte av patientrelaterade individuppgifter kräver en hantering i enlighet med gällande lagstiftning. Det kräver att landsting/region som sänder informationen

också kan utgå från att informationen hanteras hos mottagande landsting/region på ett sätt som också överensstämmer med gällande lagstiftning och fastslagna principer. När Ineras tjänst för utomlänsfakturering används finns ett regelverk framtaget med gemensamma principer för utbyte av personuppgifter för faktureringsändamål. En nationell tjänst som den nu aktuella kräver samordning och att alla landsting och regioner nu ansluter sig till tjänsten. I regelverket görs en genomgång av gällande regelverk och tolkningen av bestämmelserna utifrån användning av ett digitalt fakturaunderlag och den information i detta som får lämnas ut.

Regelverket har remisshanterats genom Ineras Programkontor. Frågor har hanterats och nu finns inga erinringar mot regelverket från landsting och regioner. Ineras VD ska därmed fastställa regelverket. Den 8 juni har även SKL:s sjukvårdsberedning informerats om utomlänsfaktureringen och regelverket.

Den juridiska bedömning som gjorts i regelverket innebär i korthet följande (regelverket samt bilagor till detta bifogas).

Hälso-och sjukvårdssekretessen är som utgångspunkt en "stark" sekretess. Det finns dock lättnader kring utbyte av patientrelaterade individuppgifter bl. a för administration på verksamhetsområdet. Som exempel anges i förarbetena faktureringsunderlag. Bestämmelse till stöd härför finns i 25 kap. 11 § 5 p. offentlighets- och sekretesslagen (OSL). Utgångspunkten är att uppgifterna kan lämnas ut men sekretess råder om det kan antas att patienten eller närstående kan lida men om uppgifterna röjs.

Som regel ska en myndighet göra en konkret och individuell prövning av ett utlämnande, uppgift för uppgift. Ibland kan dock en sådan procedur vara praktiskt ogenomförbar, något som aktualiseras vid utomlänsfakturering. I sådana situationer får istället en myndighet göra en schabloniserad menprövning. Utgångspunkten i OSL är att menprövningen ska göras av den som förfogar över uppgifterna, t.ex. hälso-och sjukvårdspersonalen eller annan befattningshavare inom nämnden. Även myndigheten själv kan fatta beslut om utlämnande, t.ex. nämnd.

Det görs bedömning att det inte finns några hinder för den nämnd som ansvarar för uppgifterna hos en vårdmyndighet att göra en schabloniserad skadeprövning. Inte heller torde det finnas rättsliga hinder för att lägga "menprövningsbeslutet" till grund för återkommande och automatiserade utlämnanden förutsatt att beslutet är tillräckligt specifikt. Prövningen ska göras med hänsyn bl.a. till uppgifternas art, det sekretesskydd uppgifterna kommer att få hos mottagaren samt den tekniska utformningen av informationssystemet (behörighetskontroll m.m.).

I Region Jämtland Härjedalen har vi gått igenom regelverket samt den patientrelaterade individinformation som kommer att lämnas ut och som förväntas hanteras i Ineras tjänsteplattform på ett säkert sätt samt av mottagaren i enlighet med gällande lagstiftning och regelverk. Vi bedömer att en schabloniserad menprövning kan göras och att de uppgifter som finns angivna i fakturaunderlaget kan lämnas ut.

För Region Jämtland Härjedalens del innebär en anslutning till tjänsten avseende utomlänsfakturering en kostnad på 3 miljoner kronor och finansieras genom medel från Personalmiljarden.

Regiondirektörens förslag

1. Fakturaunderlag avseende utförd vård av patient tillhörande annat landsting/region kan lämnas ut och sändas genom Ineras tjänst för utomlänsfakturering.
2. Utlämnandet ska ske med stöd av schablonmässig menprövning samt principer som fastställts i Ineras regelverk.
3. Inera uppdras att, i rollen som personuppgiftsbiträde, verkställa beslut om utlämnande till angiven mottagare.
4. Ineras regelverk för digital utomlänsfakturering fastställs.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Peter Rönnholm
Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör
Ekonomistrateg
Inera
Kerstin Wiss Holmdahl kerstin.wissholmdahl@skl.se för kännedom

Regelverk för digital Utomlänsfakturering

Gemensamma principer för utbyte av personuppgifter vid fakturering av vårdinsatser.

Innehåll

1. Regelverk för digital utomlänsfakturerings	3
1.1 Målbild	3
1.2 Principer för information som lämnas ut.....	3
1.3 Principer för information som inte får lämnas ut.....	4
1.4 Bilagor.....	4

1. Regelverk för digital utomlänsfakturerings

Efter remissrundan så kan Ineras vd fastställa regelverket, utifrån att varje landsting och region getts möjlighet att inkomma med synpunkter.

1.1 Målbild

Vid utgången av 2018 är samtliga landsting och regioner anslutna till tjänsten utomlänsfakturerings.

1.2 Principer för information som lämnas ut

Principerna avser genomgående landstingsfinansierad hälso- och sjukvård.

Med digital journalinformation avses den information som stöds av Ineras tjänsteplattform, även bakåt i tiden.

Med landsting nedan avses landsting och regioner.

De gemensamma principerna är:

- Bestämmelser om sekretess inom den offentliga hälso- och sjukvården finns i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Utgångspunkten enligt bestämmelserna är att hälso- och sjukvårdssekretess råder för uppgifter om enskilda patienter.
- De uppgifter som omfattas av sekretessen är uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga förhållanden. Med enskildas hälsotillstånd avses inte endast konkreta uppgifter om t.ex. diagnos och behandling utan samtliga uppgifter som kan ”avslöja” något om en viss persons hälsotillstånd.
- Digital journalinformation som utgör del i fakturaunderlag omfattas av hälso- och sjukvårdssekretess både hos utlämnande landsting och mottagande landsting av faktura, och personalen har tystnadsplikt.
- Landsting får emellertid, oaktat hälso- och sjukvårdssekretessen, lämna ut uppgifter om enskilda patienter till varandra för administrativa ändamål, i detta fall fakturor som avser utomregional vård och behandling (25 kap. 11 § 5 punkten offentlighets- och sekretesslagen). Utgångspunkten är således att sådana uppgifter får lämnas ut från ett landsting till ett landsting (men inte till privata vårdgivare), om det inte kan antas att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men om uppgiften lämnas ut.
- För utbyte av digital journalinformation finns även 11 kap. 4 § offentlighets- och sekretesslagen om överföring av sekretess enligt vilken om en myndighet hos en annan myndighet har tillgång till en upptagning för automatiserad behandling och en uppgift i denna upptagning är sekretessreglerad, blir sekretessbestämmelsen tillämplig även hos den mottagande myndigheten.

1.3 Principer för information som inte får lämnas ut

I undantagsfall kan information döljas i det faktureringsunderlag som skickas mellan vårdgivare.

Det är inte information från någon specifik organisation, vårdenhet eller yrkesgrupp som avses utan särskilda situationer där specifik information, med stöd av offentlighets- och sekretesslagen (OSL), kan undantas från att visas i det faktureringsunderlag som skickas. Det gäller faktureringsunderlag:

1. Uppgifter om hälsa eller personliga förhållanden om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men om uppgiften röjs (25 kap. 11 § 5 punkten OSL),
2. Uppgifter om uppgiftslämnare i en anmälan till vårdgivare om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden om det kan antas att fara uppkommer för att den som har lämnat uppgiften eller någon närstående till denne utsätts för våld eller lider annat allvarligt men om uppgiften röjs (25 kap. 7 § OSL).
3. Uppgifter som är föremål för förundersökningssekretess på begäran av polis eller åklagare (18 kap. 1 § OSL).

1.4 Bilagor

Bilaga 1 - PM Uppgiftsutlämnande vid landstings fakturerings utomlänsvård v1.0

Bilaga 2 - Förstudierapport kommunikationslösning utomregional fakturerings v1.0

Bilaga 3 - Så fungerar Utomlänsfakturerings v1.0

Vilka uppgifter kan landsting lämna ut vid fakturering för utomlänsvård?

Frågeställning

Inera är delaktig i en förstudie med målsättning att formulera en nationell tjänst för fakturering vid utomlänsvård. Fakturerande vårdgivare är i detta fall landsting och regioner. Frågan är om och i vilken utsträckning gällande rätt medger utlämnande av uppgifter om vård och behandling kring enskilda patienter i fakturaunderlag.

Omständigheter

I förstudien finns ett förslag till fakturaunderlag. Av detta framgår bl.a. följande uppgifter som ska framgå av ett landstings/regions fakturaunderlag.

1. Ekonomiadministrativa uppgifter (belopp, mottagande vårdgivare etc.)
2. Patientens identitet, kön och adress
3. Landstings- och kommunkod där patienten är folkbokförd
4. Vårdinsats i kodform (diagnos, åtgärd m.m.)
5. Vårdkategori i kodform (öppen eller sluten vård, offentlig eller privat vård)
6. Inskrivningsdatum och utskrivningsdatum

Gällande rätt

Frågeställningen berör i huvudsak bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt i hälso- och sjukvården. I det följande lämnas en översiktlig redovisning för dessa bestämmelser.

Sekretess och tystnadsplikt i hälso- och sjukvård - reglering

Normalt råder en sträng (kvalificerad) sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd och personliga förhållanden, och ett utlämnande till enskild eller myndighet får enbart ske med patientens medgivande eller efter en menprövning.

Bestämmelser härom finns i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400; OSL)¹, samt, beträffande tystnadsplikt i den enskilda hälso- och sjukvården, i 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Tystnadsplikten inom den enskilda hälso- och sjukvården innebär ett förbud mot att obehörigen röja uppgifter om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet har det ansetts naturligt att söka ledning i skaderekvisitet som finns i OSL:s bestämmelser².

Sekretess och tystnadsplikt kan aktualiseras inte bara när uppgifter begärs utlämnade av enskilda utan även när en offentlig eller privat vårdgivare självmant eller på begäran av en annan vårdgivare överväger att lämna ut patientuppgifter.

Samtycke häver sekretess

Det finns ett flertal undantag från sekretessen och tystnadsplikten inom både den allmänna och enskilda hälso- och sjukvården. Undantagsbestämmelserna är spridda på flera lagar. De flesta undantagen är samlade i 25 kap. OSL och patientsäkerhetslagen. De berör olika slags fallsituationer där rättsordningen ansett att det är befogat att lämna ut patientuppgifter för olika ändamål utan en föregående menprövning.

Ett undantag från sekretessen berörs i 12 kap. 2 § OSL. Enligt den bestämmelsen kan en enskild helt eller delvis häva sekretess som gäller till skydd för honom eller henne. Av denna bestämmelse framgår även att detta är huvudregeln, om inte annat anges i OSL. Någon menprövning i vanlig bemärkelse ska alltså inte göras i dessa lägen av utlämnande myndighet. Vad som måste kontrolleras emellertid är att uppgifterna lämnas ut till rätt mottagare. Lämnas de till fel mottagare aktualiseras frågan om sekretessbrott.

Sekretess i förhållande till patienten själv

Normalt råder inte sekretess eller tystnadsplikt enligt OSL i förhållande till den enskilde själv, men beträffande hälso- och sjukvårdssekretessen (25 kap. 1 § OSL) finns ett undantag från denna huvudregel. Om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen av en enskild är av synnerlig vikt att en uppgift inte lämnas till honom eller henne, råder sekretess för uppgifterna i förhållande till den enskilde själv (25 kap.

¹ Prop. 2007/08:126 s. 164

² Prop. 1980/81:28 s. 23 och prop. 1981/82:186 s. 26.

6 § OSL). Av den anledningen måste den som är ansvarig för en patientjournal hos en offentlig vårdgivare alltid pröva en begäran om utlämnande i enlighet med OSL, trots att patienten själv begär att få en handling ur den egna journalen utlämnad. Motsvarande prövning ska göras av en privat vårdgivare som omfattas av tystnadsplikt enligt patientsäkerhetslagen. Utredningen om rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:23) har föreslagit att bestämmelsen i OSL och patientsäkerhetslagen om sekretess/tystnadsplikt mot patienten själv ska upphävas.

I 8 kap. 2 § första stycket patientdatalagen (2008:335; PDL) finns särskilda bestämmelser om rätten att få del av journaler inom den enskilda hälso- och sjukvården.

Närmare om hälso- och sjukvårdssekretessen

Hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 25 kap. 1 § OSL är försedd med ett s.k. omvänt skaderekvisit. Det innebär att uppgift om enskilda personliga förhållanden bara får lämnas ut om det står klart att den enskilde inte lider men av utlämnandet. Enligt förarbetena till den upphävda sekretesslagen (1980:100) medger skaderekvisitet att uppgift lämnas från en läkare till en annan eller från en sjukvårdsinrättning till en annan, om uppgiften behövs i rent vårdsyfte. Visst utrymme sägs också finnas att lämna uppgifter till en annan vårdsektor i syfte att bistå en patient.

Av intresse i sammanhanget är JO:s uppfattning om uppgiftsutlämnande i hälso- och sjukvården. JO har uttalat att man – när det gäller somatiska journaler – i normalfallet kan utgå från att det inte är till men för patienten om hans journal på begäran överlämnas till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården, om syftet med utlämnandet är individuell vård och behandling (JO 1986/87 s. 198 f.).

Enligt JO är dock förutsättningarna annorlunda när det gäller psykiatriska journaler och somatiska journaler med särskilt känsligt innehåll, t.ex. gynekologijournaler. I de fall man har anledning att ifrågasätta om patienten skulle anse det vara till men för honom att journalen överlämnas till annan offentlig vårdgivare så ska patientens egen uppfattning inhämtas. Motsätter sig patienten att journalen lämnas ut ska detta respekteras även om läkaren anser att ett utlämnande inte är till men för patienten. Detta beror på att begreppet ”men” i OSL ska tolkas med utgångspunkt från den enskildes värdering.

Sekretessbrytande bestämmelser i OSL

Det finns dock ett par sekretessbrytande bestämmelser som kan bli tillämpliga på kontakter mellan exempelvis vårdgivare. Dessa sekretessbrytande bestämmelser innebär

att en mottagare av en förfrågan om utfående av patientuppgifter inte behöver göra en menprövning eller sekretessprövning före utlämnandet. Sekretessbrytande bestämmelser är vidare en förutsättning för att en vårdgivare ska få direktåtkomst till exempelvis journalhandlingar hos en annan vårdgivare.

För sjukvårdens del är de sekretessbrytande bestämmelserna delvis samlade i 25 kap. 11 – 14 §§. För både den allmänna och enskilda hälso- och sjukvården finns dessutom bestämmelser om *uppgiftsskyldighet*, trots tystnadsplikt eller sekretess, samlade i 6 kap. 15 § patientsäkerhetslagen.

Den följande redovisningen av sekretessbrytande bestämmelser respektive uppgiftsskyldigheter gör inte anspråk på att vara uttömmande.

Sekretessbrytande bestämmelse för informationsutbyte mellan olika sjukvårdsmyndigheter inom en kommun eller ett landsting

I samband med PDL:s tillkomst infördes sekretessbrytande bestämmelser som ökar möjligheterna att utbyta uppgifter om en enskilds hälsotillstånd inom hälso- och sjukvården. Uppgifter som normalt omfattas av hälso- och sjukvårdssekretess kan således numera lämnas från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet till en annan sådan myndighet i *samma* landsting eller i samma kommun, 25 kap. 11 § 1 OSL. Denna lättnad i sekretessen gäller bara för utbyte av uppgifter mellan vårdgivare inom samma kommun eller inom samma landsting, inte mellan ett landsting och en kommun.

Sekretessbrytande bestämmelser för det fall att hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar att en enskild får nödvändig vård, behandling eller annat stöd om denne är under 18 år, missbrukar alkohol eller droger eller tvångsvårdas alternativt är föremål för rättspsykiatrisk vård m.m.

Sekretessen hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,
2. fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller
3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Sekretessbrytande bestämmelse för de fall hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar att en enskild får nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd

Om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar inte hälso- och sjukvårdssekretessen att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en enskild vårdgivare, 25 kap. 13 § OSL.

Bestämmelsen blir tillämplig endast om den enskilde på grund av demens eller annat hälsorelaterat skäl inte kan samtycka. Undantaget får inte tillämpas rutinmässigt. När det i enskilda fall används, ska det ske med urskillning och varsamhet (prop. 2007/08:126 s. 272).

Sekretessbrytande bestämmelse för de fall hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar att en enskild får vård och behandling och det är av synnerlig vikt att uppgiften lämnas

Hälso- och sjukvårdssekretess ska inte heller enligt 25 kap. 14 § OSL hindra att en uppgift lämnas ut till hälso- och sjukvårdspersonal, om uppgiften behövs för vård eller behandling och det är av synnerlig vikt att uppgiften lämnas. Även denna sekretessbrytande bestämmelse kan eventuellt komma att bli tillämplig i vissa speciella fall.

Sekretessbrytande bestämmelse för utlämnande mellan kommuner eller landsting av uppgifter för forskning eller framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet

Av 25 kap. 11 § 5 p OSL följer att uppgifter får lämnas från en kommunal eller landstingskommunal myndighet som bedriver hälso- och sjukvård till en annan sådan myndighet för forskning, framställning av statistik eller administration. Sekretess gäller dock för en uppgift, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men om uppgiften röjs. Regeln innebär alltså att man ska tillämpa ett *rakt skaderekvisit* vid sekretessprövningen. Det innebär en presumtion för att uppgiften får lämnas ut.

Vid bedömningen av om uppgifter kan lämnas ut för de aktuella ändamålen måste i praktiken en generell prövning göras av skaderekvisitet redan när man bestämmer vilka slag av uppgifter som ska tillföras ett visst register. Prövningen ska göras med hänsyn bl.a. till uppgifternas art, det sekretesskydd uppgifterna kommer att få hos mottagaren samt den tekniska utformningen av informationssystemet (behörighetskontroll m.m.).

Sekretessbrytande bestämmelse för utlämnande av inskrivningsmeddelande

Enligt 15 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård hindrar inte sekretess att ett landsting till en kommun lämnar uppgift om namn, personnummer och folkbokföringsadress för patienter som skrivs in i den slutna hälso- och sjukvården och för vilka kommunen har betalningsansvar. Uppgifterna ska lämnas ut i ett inskrivningsmeddelande. Med ett inskrivningsmeddelande avses ett meddelande från slutenvården till den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten om att en viss patient har blivit inskriven på sjukhuset och en samordnad vårdplanering kan bli aktuell.

Sekretessbrytande bestämmelser för utlämnande genom direktåtkomst

Lagstiftaren har betraktat direktåtkomst som en form av elektroniskt utlämnande som är särskilt integritetskänslig. Det framgår därför av 5 kap. 4 § första stycket PDL att direktåtkomst till personuppgifter som behandlas enligt PDL bara får förekomma i den utsträckning som anges i lag eller förordning.

I PDL regleras vissa fall av direktåtkomst i lagens 5 kap. (och elektronisk åtkomst i 4 kap.). Eftersom bestämmelser om direktåtkomst inte har sekretessbrytande effekt i sig måste de – om andra myndigheter eller enskilda ska kunna medges direktåtkomst till sekretessbelagda uppgifter hos en vårdgivare – kombineras med särskilda sekretessbrytande regler (se ovan). Dessa regler utgör således undantag från hälso- och sjukvårdsekretessen såsom den kommer till uttryck i OSL (offentliga vårdgivare) och patientsäkerhetslagen (privata vårdgivare).

Sammanhållen journalföring enligt PDL innebär att myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård i den mening begreppet används i lagen och privata vårdgivare kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårddokumentation. I PDL uppställs olika villkor för att sådan direktåtkomst ska få förekomma. Om villkoren är uppfyllda, får journalhandlingarna och andra personuppgifter hos en vårdgivare göras tillgängliga för andra vårdgivare som deltar i ett system för en sammanhållen journalföring.

I syfte att underlätta samarbetet i den individinriktade patientverksamheten och realisera bl.a. reformen med en sammanhållen patientjournal i PDL föreslog regeringen ett undantag från sekretessen³. Enligt 25 kap. 11 § tredje punkten OSL hindrar sekretess inte att en uppgift lämnas till en myndighet som bedriver verksamhet som avses i (25 kap.) 1 § eller 4 § OSL eller till en enskild vårdgivare enligt vad som föreskrivs om sammanhållen journalföring i PDL. Sammanhållen journalföring får dock enbart användas för antingen vård- och behandling, patientadministration i anslutning till individbaserad vård eller utfärdande av intyg. Detta begränsar därmed den sekretessbrytande bestämmelsen.

Någon sekretessprövning ska alltså inte behöva göras då uppgifter registreras i exempelvis en elektronisk journal och därmed görs tillgängliga för andra vårdgivare i det sammanhållna journalsystemet. För den enskilda hälso- och sjukvården gäller tystnadspliktsbestämmelsen i 6 kap. patientsäkerhetslagen.

Direktåtkomst har av lagstiftaren ansetts som ett särskilt integritetskänsligt utlämnande av uppgifter. Skyddet för den enskildes personliga integritet vid sammanhållen journalföring är därför tillgodosett bl.a. genom PDL:s regler om patientens inflytande vid sådan journalföring (möjligheten att spärra journaluppgifter) och den bestämmelse om absolut sekretess som aktualiseras hos en vårdgivare för sådana ospärrade uppgifter som vårdgivaren saknar befogenhet att ta del av enligt PDL (25 kap. 2 § OSL).

Sekretess för personuppgifter som kan antas behandlas i strid med personuppgiftslagen

När ett utlämnande av patientdata på ett medium för automatiserad behandling aktualiseras ska vårdgivaren, förutom hälso- och sjukvårdssekretess även beakta bestämmelsen i 21 kap. 7 § OSL. Om det kan antas att ett utlämnande av en allmän handling skulle medföra att en personuppgift behandlas i strid med personuppgiftslagen, gäller enligt 21 kap. 7 § OSL sekretess för uppgiften. En vårdgivare får efterforska syftet med en begäran, men endast i den utsträckning det behövs för att kunna pröva om sekretess föreligger. Utlämnas uppgifterna på "ADB-medium" till en annan vårdgivare för behandling inom ramen för PDL:s tillämpningsområde torde sekretess enligt 21 kap. 7 § normalt inte aktualiseras.

Bedömning

³ Prop. 2007/08:126 s. 126 ff.

Får ett landsting lämna ut patientuppgifter vid fakturering till ett annat landsting samt vilka uppgifter? Det är en svår balansgång mellan den enskildes rätt till integritet och landstingets möjlighet att kontrollera sina betalningar och sköta sin redovisning.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet omfattas, oavsett om det drivs i privat eller offentlig regi, av författningsbestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. För offentlig verksamhet återfinns bestämmelserna i OSL, och för privat verksamhet i patientsäkerhetslagen.

Innebörden av bestämmelserna är, något förenklat, att patientuppgifter i landstingens sjukvårdande verksamhet är sekretesskyddade och att personalen har tystnadsplikt. De uppgifter som omfattas av skyddet är uppgifter om *enskildas hälsotillstånd* och *andra personliga förhållanden*. Med enskildas hälsotillstånd avses inte endast konkreta uppgifter om t ex diagnos och behandling, utan samtliga uppgifter som kan "avslöja" något om en viss persons hälsotillstånd. Sekretessen är stark. Det innebär som huvudregel att ett landsting i egenskap av vårdgivare inte får röja vem som har besökt en vårdinrättning och vilken konsult (läkare, sjuksköterska, psykolog m fl) som den enskilde har varit i kontakt med.

Så långt huvudregeln. Som redovisats finns det ett flertal undantag från hälso- och sjukvårdssekretessen. Den bestämmelse som ligger närmast till hands att applicera på landstings utlämnande av patientuppgifter vid fakturering vid utomlänsvård är bestämmelsen i 25 kap. 11 § 5 p. OSL.

Av bestämmelsen framgår hälso- och sjukvårdssekretessen inte hindrar att uppgift lämnas från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet inom en kommun eller ett landsting till annan sådan myndighet för forskning och framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men om uppgiften röjs.

Bestämmelsen är tillämplig på utlämnande av uppgifter både inom ett landsting eller inom en kommun och mellan kommuner eller landsting.

Skaderekvisitet är rakt. Presumtionen är alltså att en uppgift får lämnas ut för de angivna ändamålen, bl.a. administration. I propositionen till den aktuella bestämmelsen anför departementschefen att med administration avses "rent administrativa ändamål som t.ex. beräkning av antalet vårdplatser och utsändande av fakturor".⁴

Sekretessprövning kan ske för typen av uppgifter, dvs. på en generell nivå.

⁴ Prop. 1990/91:111 s. 31.

En fråga som aktualiserades i lagstiftningsarbetet var om hälso- och sjukvårdssekretessen skyddade uppgifter som lämnades ut med stöd av bestämmelsen till landstingets administrativa enheter, t.ex. ekonomiadministration, vilka kan förväntas administrera fakturor för utomlänsvård. Departementschefen anför följande i denna del.

”Det har heller inte framkommit något som ger vid handen att den patientadministrativa verksamheten skulle innebära något påtagligt hot mot den personliga integriteten. En patientuppgift åtnjuter samma sekretesskydd om den lämnas över för administrativ behandling hos en annan enhet inom sjukvårdsorganisationen än den där patienten behandlas som om den lämnas ut för vård- eller behandlingsändamål. Den patientadministration som det här är fråga om är som nyss angivits en integrerad del av hälso- och sjukvården. Uppgifterna skyddas därför mot åtkomst av utomstående genom sekretessen enligt 7 kap. 1 § första stycket sekretesslagen [numera 25 kap. 1 § OSL], oberoende av vilken enhet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen som handhar uppgifterna. Vidare är datalagens [numera PDL:s och personuppgiftslagens] regelsystem tillämpligt på uppgifterna i den mån de förs med hjälp av ADB.”⁵

Sett ur PDL:s och personuppgiftslagens perspektiv så får mottagande landstings behandling av patientrelaterade uppgifter anses laglig eftersom landstinget har ett huvudansvar för patientens hälso- och sjukvård, även om vården explicit ges av en annan vårdgivare.

Sammanfattning

Vid en sammantagen bedömning får ett landsting med stöd av gällande rätt samt efter en menprövning lämna ut individrelaterade uppgifter om enskilda patienter för administrativa ändamål, i detta fall faktura som avser utomlänsvård. Det erinras dock att varje nämnd inom ett landsting självständigt prövar om förutsättningarna för att röja patientuppgifter med stöd av den sekretessbrytande bestämmelsen i 25 kap. 11 § 5 p. eller någon annan sekretessbrytande bestämmelse är för handen vid fakturering till ett annat landsting för utomlänsvård. Prövningen ska göras med hänsyn bl.a. till uppgifternas art, det sekretesskydd uppgifterna kommer att få hos mottagaren samt den tekniska utformningen av informationssystemet (behörighetskontroll m.m.).

Manólis Nymark

⁵ Ib. s. 32.

Förstudie kommunikationslösning utomregional fakturering

Sammanfattning	1
Inledning.....	3
Ineras uppdrag	3
Beroenden och avgränsningar	3
Förutsättningar	4
Om förstudien	4
Analys.....	5
Verksamhet	5
Informatik.....	6
IT	8
Relaterade initiativ	15
Förutsättningar i landsting/regioner	16
Rekommendation	20
Etablering av rekommenderad lösning.....	21
Omfattning och kostnader	23
Bilagor	24
Länkar.....	24
Referenser.....	24

Sammanfattning

SFTI arbetsgrupp för Utomregionala ersättningar gav Inera i uppdrag att genomföra en förstudie gällande en nationell kommunikationslösning. Kommunikationen gäller vårdinformation i form av fakturaunderlag kopplat till fakturering för utomlans vård. Att fakturaunderlaget innehåller vårdinformation innebär bland annat att det måste hanteras enligt samma principer som i alla andra sammanhang där den typen av information hanteras.

Det generella upplägget och de olika alternativen har analyserats ur flera olika perspektiv:

- Juridik
- Informationssäkerhet
- Informatik
- IT

Förstudien har också övergripande analyserat de IT- och kompetensmässiga förutsättningarna kopplat till de olika alternativen.

Två olika principiella alternativ har analyserats:

1. Mellanlagring
 - Lämna och hämta fakturaunderlag från gemensam lagringsplats utanför landsting/regioner
2. Direkt kommunikation
 - Skicka fakturaunderlagen direkt till mottagarna

Baserat på de olika analyserna rekommenderar förstudien alternativet direkt kommunikation, enligt SKL's och landsting/regioners tjänsteplattformskoncept.

De huvudsakliga skälen för rekommendationen är

- Lösningen finns redan
- Lagkraven är redan uppfyllda
- Det är med största sannolikhet det billigaste alternativet
- Konceptet är etablerat hos i princip alla landsting/regioner
- Informationsutbytet på det ekonomiska/administrativa området kommer att växa
- Informatik-hanteringen är standardiserad och beskriven
- Det finns etablerade stöd- och förvaltnings-organisationer för alla i kommunikationslösningen ingående delar

En del arbete behöver göras internt i landsting/regioner men det mesta är oberoende av kommunikationslösning och handlar framför allt om att få tillgång till vårdinformationen från journalsystem.

För etablering av den rekommenderade behövs två huvudsakliga leverabler

1. Specifikationer för anslutning till tjänsteplattform
2. Lösningar hos landsting/regioner för att kommunicera fakturaunderlaget över tjänsteplattform, enligt specifikationerna ovan

Av flera anledningar går det i nuläget inte att åstadkomma en total bild av omfattning och kostnader kopplat till arbetet. Den absoluta största delen av tidsåtgång och kostnader uppstår i landsting/regioner och detta är helt beroende på bland annat var man befinner sig i nuläget, hur man väljer att realisera sin lösning, anställda eller konsulter, o s v.

Inledning

Ineras uppdrag

Se referens 3 för fullständig uppdragsbeskrivning.

Uppdraget omfattar en förstudie för att ta fram hur en gemensam (nationell) lösning för att etablera effektivare fakturerings- rutiner/processer med avseende på fakturering av utomlänspatienter respektive hantering av leverantörsfakturer för utomlänsvården. Det primära uppdraget är just att analysera hur i fakturaprocessen man skall ge möjlighet att utbyta vårdinformation via det så kallade fakturaunderlaget för att uppnå förbättrad fakturakontroll samt möjlighet till fakturauppföljning.

Förstudien bör omfatta:

- Definiera processen för den elektroniska kommunikationen för fakturering av utomlänspatienter respektive hantering av leverantörsfakturer för utomlänsvården, d v s att skicka faktura och fakturaunderlag var för sig, att möjliggöra att skicka faktura och fakturaunderlaget tillsammans, alternativt en kombination av dem båda, beroende på respektive landstings/regions förutsättningar. Ofta ska faktura respektive fakturabilaga tas emot i olika system. I förstudien bör alltså ingå att se om man ska skicka fakturaunderlaget (som i sig kan förvaltas av Inera) som ett nationellt tjänstekontrakt eller som en bilaga till SFTI's Svefaktura.
- Beakta hur man ska förhålla sig till e-frikort och högkostnadsskydd. (förstudie drivs av Inera)
- Beakta hur man ska förhålla sig till eRemiss.
- Ta fram de specifikationer som krävs för arkitektur, begrepps-, informations och processmodell inkl. avstämning mot nationell standard för e-hälsa (gäller primärt just fakturaunderlaget)
- Ge förslag på former under vilka de nationella gränssnitten tas fram, bl.a. avseende finansiering och beslutsfattande för utvecklingen och den efterföljande förvaltningen. Det ska finnas förslag på hur de nationella gränssnitten kan användas även av landsting/regioner som saknar resurser för storskaliga server-integrationer, t.ex. med en tunn klient som kan integrera mot de nationella gränssnitten.

Beroenden och avgränsningar

Uppdraget har följande beroenden till andra projekt och objekt:

- Säkerhetstjänster
- Tjänsteplattformen
- Identifieringstjänst SITHS
- eRemiss
- eFrikort

Förutsättningar

Kända krav

Säkerhet/Autentisering

Lösningen ska utformas för systemmässig hantering av informations-utbytet. Systemen ska kunna autentisera sig för att lämna och hämta fakturerings-underlag.

Format fakturaunderlag

En arbetsgrupp, med företrädare för ett antal landsting, har specificerat vilken information som behöver utbytas digitalt som fakturaunderlag i XML-format.

Detta format ska användas.

Om förstudien

Förstudiearbetet har bedrivits under perioden från slutet av november 2015 till januari 2016. Arbetet har utförts genom

- Diverse möten, avstämningar och annan kommunikation mellan Ineras representanter och beställare + SFTI arbetsgrupp för Utomregionala ersättningar
- Insamling av IT-mässig information från berörda landsting
- Analys och utformning av rekommenderad lösning av Inera Nationell Arkitektur

Medverkande i förstudien:

- Kerstin Wiss Holmdahl (SKL)
 - Beställare/Uppdragsgivare på uppdrag av ekonomidirektörsnätverket och ansvarig för SFTI arbetsgrupp för Utomregionala ersättningar
- SFTI arbetsgrupp för Utomregionala ersättningar
- Ett antal personer i berörda landsting/regioner
- Inera Arkitektur och Regelverk
 - Tommy Carlsson
 - Manolis Nymark
 - Leif Carlsson
 - Sonja Kantonen
 - Rolf Rönnback

Analys

Verksamhet

Juridik

Se vidare bilaga 1.

Utbyte av patientrelaterade individuppgifter mellan olika organisationer är noga reglerat i lagstiftningen och därför är det avgörande för kommunikationslösningen, eftersom det i praktiken innebär ett utlämnande, att säkerställa lösningens juridiska lämplighet. Uppgifterna omfattas som av en stark sekretess - hälso- och sjukvårdssekretessen - som inte kan brytas utan vidare.

Den juridiska analysen i projektet har emellertid gett vid handen att det finns lättnader i hälso- och sjukvårdssekretessen. Lättnaderna avser utbyte av patientrelaterade individuppgifter mellan kommuner och landsting för ändamålen forskning, framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet. Som exempel nämns i förarbetens faktureringsunderlag. Den aktuella bestämmelsen finns i 25 kap. 11 § 5 p. offentlighets- och sekretesslagen. Skaderekvisitet är rakt, dvs. utgångspunkten är att uppgifterna får lämnas ut för nu nämnda ändamål. Sekretess råder dock om det kan antas om patienten eller närstående kan lida men om uppgifterna röjs. En viktig del i skadeprövningen är givetvis vem som är mottagare av uppgifterna och om mottagaren omfattas av en straffsanktionerad tystnadsplikt. Enligt förarbetena är informationsutbytet med stöd av den sekretessbrytande bestämmelsen patientadministration och utgör därmed en integrerad del av hälso- och sjukvården. Uppgifterna skyddas därför mot åtkomst av utomstående genom hälso- och sjukvårdssekretessen oberoende av vilken enhet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen (kommun eller landsting) som handhar uppgifterna.

Vid en sammantagen bedömning får ett landsting med stöd av gällande rätt samt efter en menprövning lämna ut individrelaterade uppgifter om enskilda patienter för administrativa ändamål, i detta fall fakturaunderlag som avser utomlänsvård. Det erinras dock att varje nämnd inom ett landsting självständigt prövar om förutsättningarna för att röja patientuppgifter med stöd av den sekretessbrytande bestämmelsen. Prövningen ska göras med hänsyn bl.a. till uppgifternas art, det sekretesskydd uppgifterna kommer att få hos mottagaren samt den tekniska utformningen av informationssystemet (behörighetskontroll m.m.).

Det finns alltså inga absoluta juridiska hinder för ”utlämning” av fakturaunderlag. Eftersom det rör sig alltså om relativt känsliga uppgifter samt hanteringen faller in under patientdatalagens bestämmelser ska uppgifterna skyddas mot obehörigt röjande. Det innebär att både kommunikationen mellan organisationer och den interna hanteringen behöver skyddas mot insyn, åtkomst, förändring, med mera på ett tillräckligt starkt sätt. Rent praktiskt innebär detta t

ex

- Styrning av åtkomst
- Möjliggöra åtkomst-revision
- Förhindra insyn av obehörig
- Skydd mot otillbörlig förändring av informationen

Informationssäkerhet

Se vidare bilaga 2.

En informationssäkerhetsmässig analys är viktig och användbar i många sammanhang. I detta fall när vi behandlar integritetskänslig information som dessutom är starkt lagligt reglerad är det naturligtvis extra viktigt.

Informationssäkerhet behandlas utifrån fyra dimensioner:

1. Att informationen är tillgänglig när den behövs – Tillgänglighet
2. Att informationsinnehållet är korrekt – Riktighet
3. Att information enbart är åtkomlig för behöriga – Konfidentialitet
4. Att krav på spårbarhet är beaktade – Spårbarhet

När det gäller kommunikationslösningen är sannolikt de två sista dimensionerna de mest utmanande.

Konfidentialitet

Då systemet innehåller patientinformation, ska åtkomsten till denna information styras så att den uppfyller patientdatalagens krav. Kommunikation över ”öppna nät” (Sjunet är definitionsmässigt ett öppet nät) mellan regionerna ska skyddas exempelvis med hjälp av kryptering på en tillräckligt djup nivå och åtkomsten till de IT-system som hanterar patientinformation ska skyddas enligt de skyddsåtgärder som en genomförd informationsklassificering gett.

Spårbarhet

Alla transaktioner bör loggas på en tillräckligt detaljerad nivå för att möjliggöra att hitta och backa felaktiga transaktioner samt för att uppfylla bokföringslagens krav.

Respektive applikation som ger åtkomst till patientinformation ska loggas ur ett PDL-perspektiv, förslagsvis via säkerhetstjänster. Möjligheter till effektiv logganalys bör implementeras på lämpligt sätt.

För kommunikationslösningen innebär detta t ex

- Behörighetskontroll med stark autentisering
- Loggning av åtkomst och revisioner
- Minimera antal lagringspunkter
- Krypterad kommunikation
- Signering av information för att skydda mot otillbörlig förändring

Informatik

En av de största svårigheterna i informationsutbyte mellan olika aktörer är det sätt informationen är strukturerad och innebörden i olika begrepp. Olika aktörer som har behov av att utbyta information har beroende på t ex val av systemstöd haft svårt att etablera fungerande

samverkan. Just informationsutbytet är en väsentlig del av denna fas av eHälsa-utvecklingen och därför är just informatiken av central betydelse.

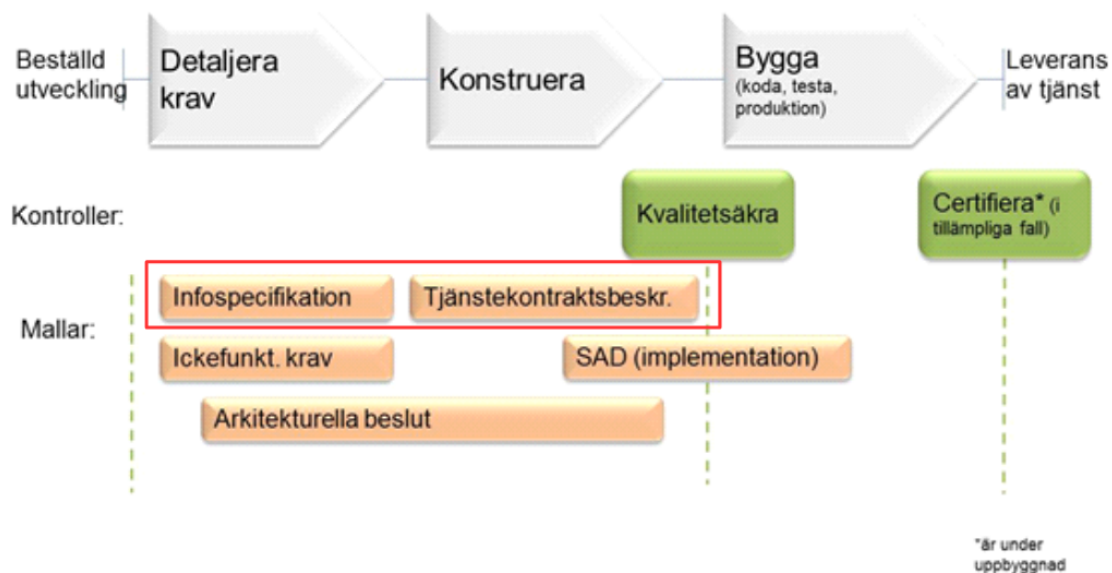
Av denna anledning driver Socialstyrelsen, tillsammans med andra aktörer (t ex Inera), ett kontinuerligt utvecklings-arbete med standarder som ska gälla för den gemensamma informationsstrukturen inom nationell e-hälsa. Detta innebär t ex att benämningar som används inom respektive verksamhet följer ett standardiserat så kallat kodverk. Motivet är helt enkelt att underlätta informationsöverföring mellan flera olika aktörer för att utvecklingen ska kunna bedrivas effektivt.

Tjänstedomäner och tjänstekontrakt är centrala delar vid användning av SKL's tjänsteplattformar och den tjänsteorienterade arkitekturen. Dessa principer är applicerbara i all form av informationsutbyte men i SKL's tjänsteplattformskoncept är detta redan etablerat i full skala.

En tjänstedomän är en övergripande, verksamhetsbaserad (eller annan) indelningsgrund för standardiserade tjänsteinteraktioner. Den nationella domänstrukturen förvaltas av Inera.

Ett tjänstekontrakt beskriver ett standardiserat gränssnitt som förekommer mellan tjänstekomponenterna i den tjänsteorienterade arkitekturen. Tjänstekontraktet är oberoende av transport och "kuvertering".

För en helt ny domän eller vid större förändringar ser utvecklingsprocessen enligt figur x. De inringade delarna är det som specifikt rör informatik-området.



Figur 1. Utvecklingsprocess (röd ram runt den informatiska delen)

Den löpande förvaltningen handlar vanligtvis om förändringar av tjänstekontrakt och andra typer av mindre justeringar.

Det är heller inte helt ovanligt att man under det inledande arbetet med informationsspecifikationen upptäcker att det redan finns utvecklade delar som kan återanvändas.

För de nationella domänerna finns en etablerad utvecklings- och förvaltningsorganisation som lämpligen används som stöd för att arbetet ska gå smidigt.

Projektet har lagt ner ett stort arbete på att specificera och strukturera den information som behöver utbytas i underlaget för fakturor mellan landsting och regioner och därför är det ovan nämnda arbetet sannolikt relativt enkelt.

Modeller – Nationell eHälsa

Socialstyrelsen utvecklar och förvaltar [den nationella informationsstrukturen](#) (NI) som omfattar tre modelltyper:

- Processmodell
- Begreppsmodell
- Informationsmodell

Dessa modeller, som täcker området vård och omsorg, har än så länge helt fokuserat på de direkt vård-relaterade processerna. Det finns alltså i nuläget inget stöd för de administrativa processerna i NI. Å andra sidan skulle detta, för att ha någon poäng, kräva en standardisering av de aktuella processerna i landsting/regioner.

Under arbetet med informationsspecifikation preciseras innebörden i olika begrepp och informationselement som ska användas. I samband med detta kan en avstämning mot NI göras. Denna avstämning behöver göras för att identifiera till vilken domän/kontrakt (befintlig eller ny domän) informationen skall föras i nästa steg, tjänstekontraktsutveckling. För ett nytt område, som i detta fall) är det först under arbetet med informationsspecifikationen som avstämning kan ske.

Informatik-specifikationer, med mera

Samtliga specifikationer, regler/riktlinjer och relevanta mallar för tjänsteplattformskonceptet finns på rivta.se.

IT

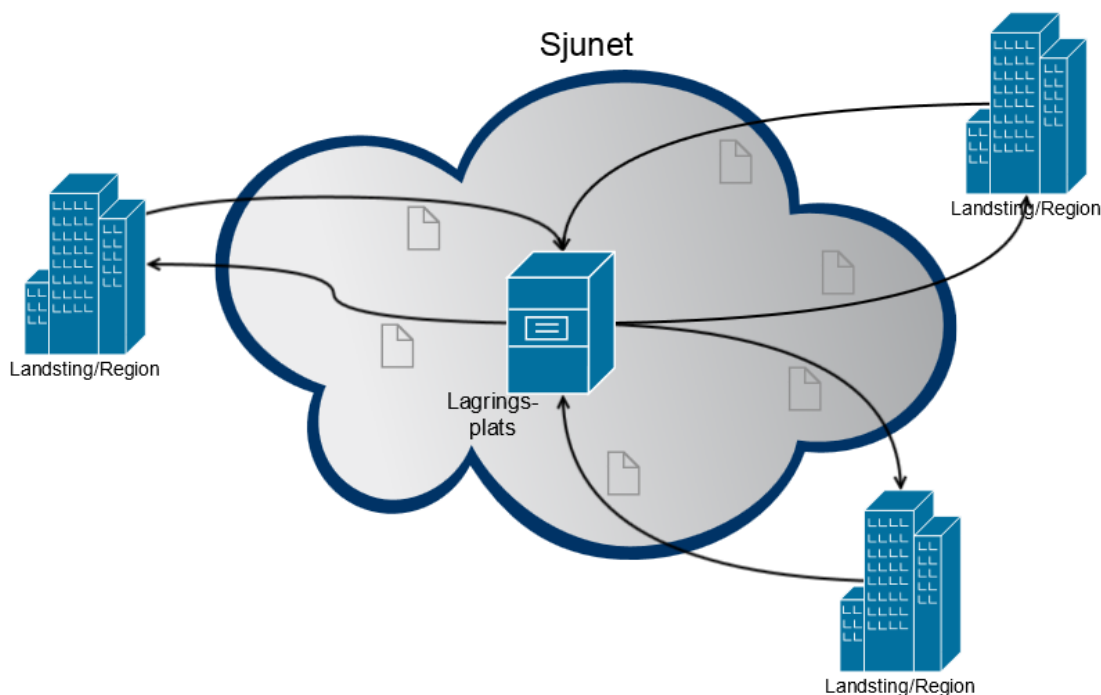
Det är två olika principiella alternativ för kommunikation av faktureringsunderlaget som diskuterats:

1. Mellanlagring av fil
2. Direkt kommunikation (enligt SKL's tjänsteplattformskoncept)

För båda alternativen krävs naturligtvis att det finns möjlighet att, manuellt eller automatiskt, producera ett fakturaunderlag.

Mellanlagring

Mellanlagringsprincipen innebär att den fakturerande organisationen inte skickar fakturaunderlaget direkt till betalande organisation. Fakturaunderlaget, i form av en fil, skickas istället till någon form av lagringsplats där den betalande organisationen hämtar filen.



Figur 2. Mellanlagring principskiss

De två mellanlagringslösningar som har diskuterats i detta sammanhang är

1. FTP/SFTP/FTPS
2. Meddelandetjänst

FTP/SFTP/FTPS

FTP (File Transfer Protocol) är ett standardiserat filöverföringsprotokoll som funnits sedan långt före World Wide Web. SFTP (SSH File Transfer Protocol) och FTPS (SSL File Transfer Protocol) är senare standarder som använder säkerhetshöjande tillägg till FTP-protokollet och är i praktiken de varianter som kan vara aktuella i detta sammanhang.

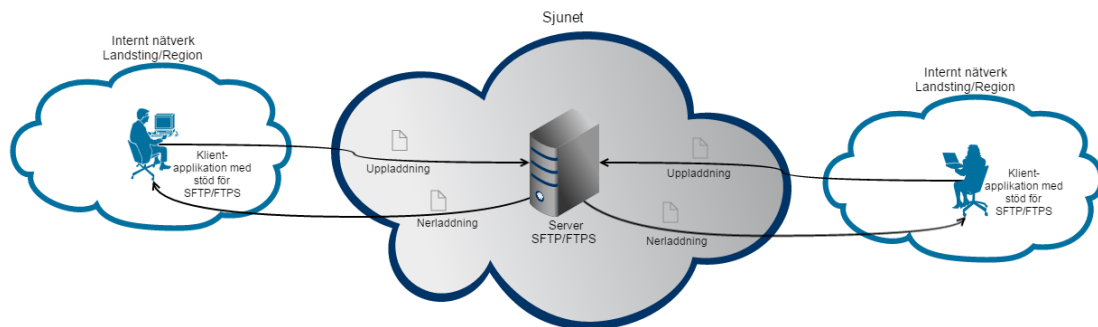
Det finns mängder av programvara för FTP-varianterna, både klient-applikationer och servrar. Många av dessa kan användas kostnadsfritt under någon av upphovsrättslicenserna för fri programvara. Det finns naturligtvis också mängder av kommersiella alternativ. Många integrationsprodukter och andra typer av system har stöd för FTP-protokollet.

FTP-baserade lösningar används i många olika sammanhang, också inom vården, sannolikt i hög grad av historiska skäl. Det är idag vanligare att moderna lösningar använder olika typer av ”webb-baserad teknik”.

Vid användning av den FTP-baserade tekniken kan man tänka sig ett antal olika praktiska implementationer, t ex

- Manuell
- Automatiserad
- Olika kombinationer av ovanstående

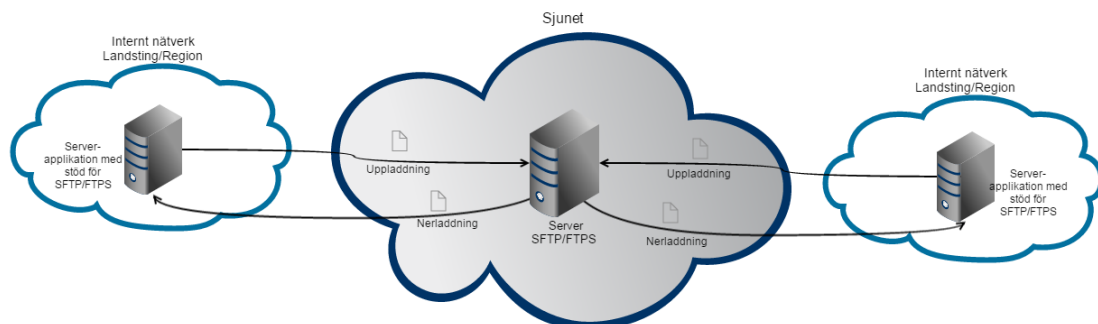
Vid den helt manuella hanteringen är det alltså personal som utför skickandet och hämtningen av fakturaunderlag, grovt sett enligt figur 3.



Figur 3. Manuell hantering

Den berörda personalen använder en klient-applikation för att ladda upp och ladda ner fakturaunderlagen till mellanlagringen i form av en fristående SFTP-/FTPS-server.

Hanteringen går naturligtvis också att automatisera på så sätt att datorer sköter upp och nerladdning utan direkt medverkan av personal.



Figur 4. Automatiserad hantering

Den kan då t ex ”ställas in” för att utföras vid en viss tidpunkt. Den informationen som ska skickas kan då sammanställas automatiskt från någon typ av intern datalagring, alternativt av

personal som placerar en fil på en plats där den automatiserade funktionen kan hämtas den. Nerladdning sker då på omvänt sätt.

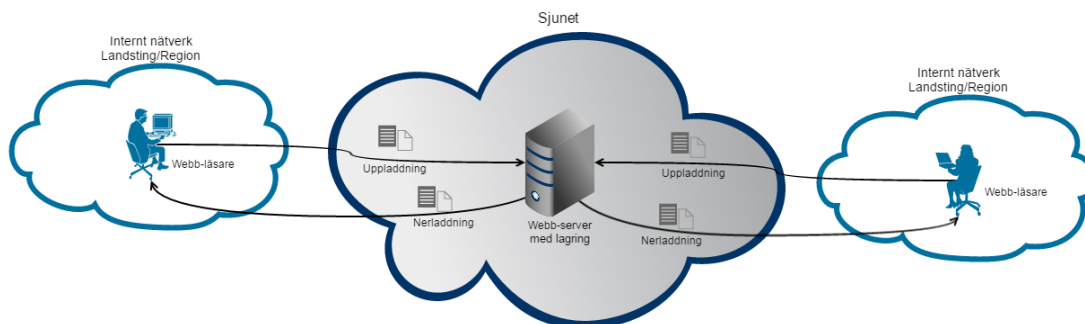
Vad behövs?

- Etablering av server för SFTP/FTPS
 - Uppsättning av server-lösning
 - Drift och övervakning
 - Säkerhetsrutiner inkl. revision
 - Användaradministration
- Etablera gemensam förvaltning
 - Organinsation
 - Process
 - Releasehantering
 - Med mera
- Internt landsting/regioner
 - Säkerhetsrutiner inkl. revision
- Om personal ska ladda upp och ner filer
 - Klient-applikation SFTP/FTPS
- Om personal ska hantera XML-filerna
 - Programvara för produktion av XML enligt specifikation
 - Programvara för att presentera XML-filer på lämpligt format
- Om en mer automatiserad lösning ska användas
 - Server-applikation med stöd för SFTP/FTPS

Rent allmänt kräver hantering av filer mer omfattande administrativa och säkerhetsmässiga rutiner än om information inte lämnar applikationen/systemet. Det är lättare att kontrollera åtkomst via en applikation än att kontrollera vad som händer med filer.

Meddelandetjänst

Tanken med en meddelande-tjänst i detta fall är att personal använder en vanlig webb-läsare för att skicka och hämta meddelanden på ett sätt som liknar e-post. I den tjänst som diskuterats används ingen traditionell e-post-server utan meddelanden laddas upp till en webb-server varifrån den laddas ner av mottagaren.



Figur 5. Meddelandehantering

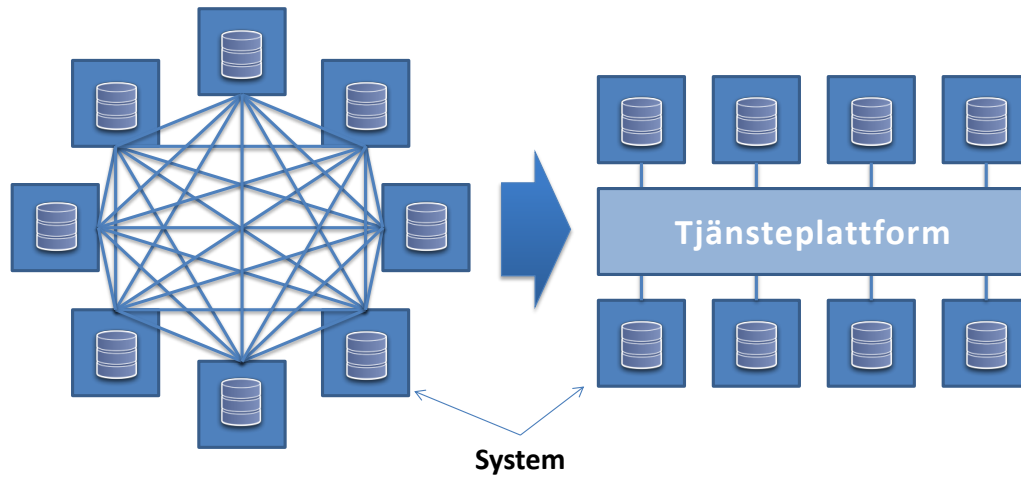
Faktura-underlaget laggs alltså som en bilaga till ett meddelande, adresserat till någon i den mottagande organisationen, och laddas upp till meddelandetjänsten. Principen med mellanlagring är alltså i princip densamma som för FTP/SFTP/FTPS.

En förstudie gällande en Säker Meddelande-tjänst (SMED) initierades under hösten 2015 men stoppades och inget arbete pågår. Det är alltså just nu oklart om och i så fall när det kommer att finnas en säker meddelande-tjänst att använda. Av denna anledning är detta alternativ inte realistiskt och behandlas därför inte vidare.

Direkt kommunikation

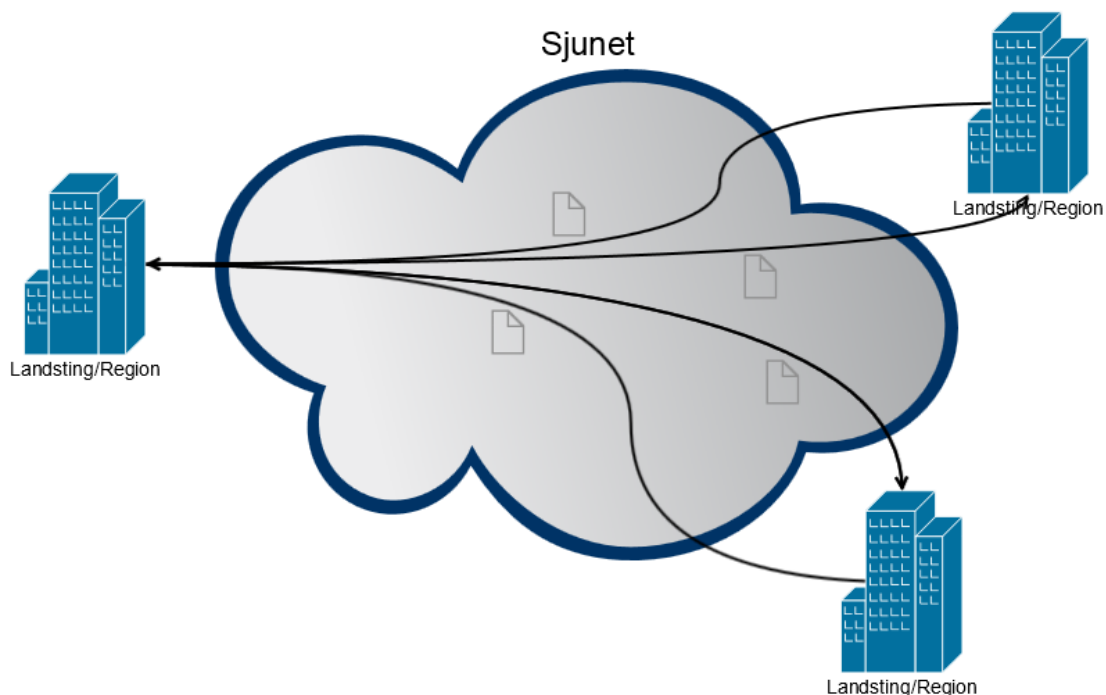
SKL har etablerat ett koncept för tjänsteplattformar där hela kommunikationslösningen finns färdig. Tjänsteplattformar kan finnas på många nivåer och idag finns den nationella och ett antal regionala. Landsting/regioner och regionala plattformar knyts ihop av den nationella tjänsteplattformen och möjliggör på detta sätt kommunikation mellan alla landsting/regioner.

Traditionellt har kommunikationslösningar etablerats mellan två eller ett fåtal aktörer och det blir snabbt väldigt komplext om aktörerna vill kommunicera med många andra. I landsting/regioner finns behovet att kommunicera med många, både andra landsting/regioner, men även andra aktörer. Därför har SKL byggt upp ett gemensamt tjänsteplattformskoncept, som hanterar just denna utmaning.



Figur 6. Många kommunikationslösningar till en

Alternativet direkt kommunikation innebär att fakturaunderlaget inte mellanlagras någonstans på vägen utan skickas direkt mellan organisationerna.

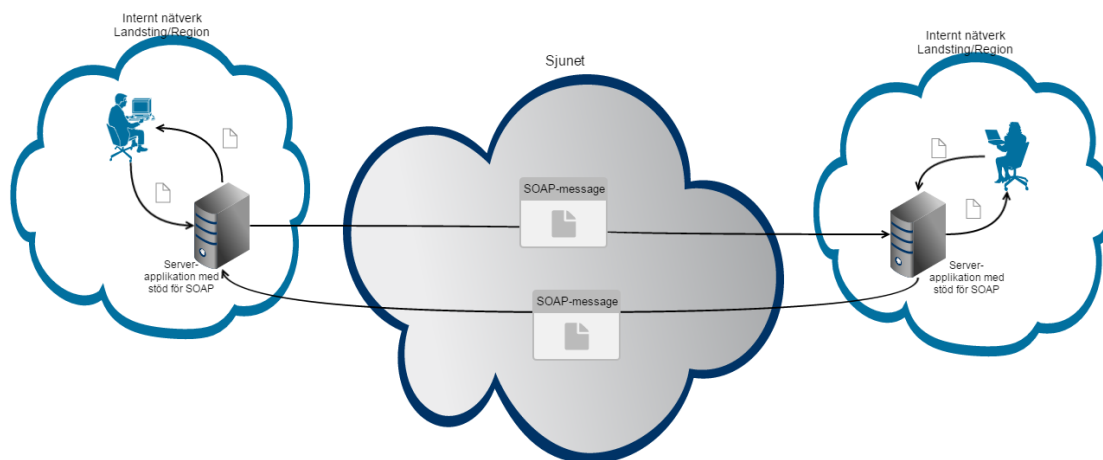


Figur 7. Principiell skiss, direkt kommunikation

Kommunikationslösningen vid användning av tjänsteplattformen är densamma i alla varianter men den interna hanteringen kan naturligtvis skilja sig åt. De två realistiska alternativen är

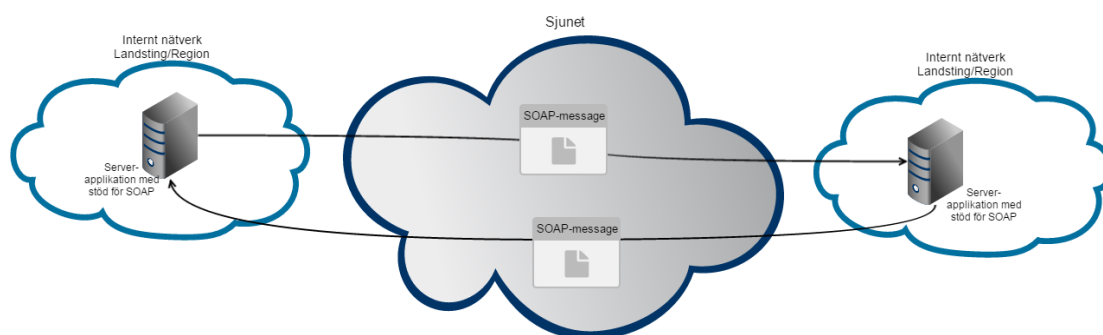
1. Halv-automatiserad lösning
2. Automatiserad

Om underlaget för att göra anropet inte kan produceras automatiskt, behöver personal involveras. Personalen producerar då underlaget ”manuellt” och placerar det där det är åtkomligt för applikationen som utför anropet. Vid mottagning av fakturaunderlag blir hanteringen den omvända.



Figur 8. Halv-automatiserad kommunikation över tjänsteplattformen

Om fakturaunderlaget kan produceras och/eller tas emot och hanteras automatiskt, finns det naturligtvis inget behov av direkt personal-medverkan i kommunikationen. Server-applikationen får antingen informationen skickad från annan applikation, alternativt hämtas den från någon typ av datalagring.



Figur 9. Automatiserad kommunikation över tjänsteplattformen

Själva anropet är standardmässigt och kan göras av många olika produkter, t ex moderna integrations-produkter som används i många landsting/regioner.

Vid användning av tjänsteplattform (nationella direkt eller via regional) finns redan

- Kommunikationslösningen inkl.
 - Drift och övervakning
 - Förvaltning
 - Säkerhetsrutiner
 - Skydd av kommunikationen
- Förvaltningsorganisation för informationen som kommuniceras

Vad behövs?

- Om personal ska hantera XML-filerna
 - Programvara för produktion av XML enligt specifikation
 - Programvara för att presentera XML-filer på lämpligt format
- Server-applikation med stöd för SOAP
 - Om landstinget/regionen använder nationella tjänsteplattformen direkt eller via regional dito, bör det redan finnas lösning som kan användas
- Gruppering som styr vidareutvecklingen (beställer) hos den nationella tjänstekontrakts-förvaltningen

Arkitektur-specifikationer - Tjänsteplattform

Samtliga arkitekturspecifikationer, referens-arkitektur, regler/riktlinjer och relevanta mallar för tjänsteplattformskonceptet finns på *länk 1*. Någon ytterligare arkitekturell dokumentation behöver inte tas fram för kommunikationslösningen.

Relaterade initiativ

eFrikort

Inera har genomfört en förstudie och tagit fram ett beslutsunderlag avseende en nationell tjänst för högkostnadsskydd och frikort; eFrikort. Förstudien har inte behandlat faktureringsfrågan och det ingick inte heller i uppdraget. Frikorts-hanteringen påverkar endast patientens avgift och denna är redan hanterad i de befintliga administrativa rutinerna.

Projektet har därför inget beroende eFrikort.

eRemiss

Den nationella tjänsten för eRemiss skapar grunden för elektroniskt utbyte av remisser mellan vårdgivare inom det egna landstinget/regionen samt utanför det egna landstinget/regionen.

Tjänsten är tänkt att göra det möjligt att skicka och ta emot remisser, bekräftelser, begäran om komplettering, svar samt statusinformation. Den ska hantera informationen nationellt och lokalt, mellan och inom vårdgivare.

Det finns ännu ingen som använder eRemiss via den nationella tjänsteplattformen, men planering pågår inför det första införandet. Förberedelser för piloter och införande pågår.

Hantering av betalningar har bara berörts översiktligt. Vid den tidpunkt när remissvaret ska skickas tillbaka till remittenten finns egentligen ingen ekonomisk information sammanställd så denna ska inte skickas med i remissvaret.

Det finns idag integritetsproblem eftersom det enda sättet att identifiera vad fakturan avser är att sätta patientens personnummer på den. Det finns exempel på när detta lett till verkliga problem, t ex när en pappa på ekonomiavdelningen såg en faktura med hans dotters personnummer för en utförd abort.

Hittills har tanken varit att man istället ska använda det nationella remiss-id't för att identifiera fakturaposter och slippa använda personnummer. Med remissen skickas då en betalningsförbindelse enligt riksavtalsmallen. Denna antas kunna användas i efterhand för att bestrida kostnader som inte var avtalade på förhand.

Betalningsförbindelsen kan inte innehålla information om kostnaden för remissen, eftersom det inte går att i förväg veta exakt vilken vård som behöver utföras. Först när vården utförts kan den specificeras och stämmas av mot regionala prislister enligt nationella riksavtalet. *Se länk 4.*

Man kan tänka sig att man i betalningsförbindelsen i fritext anger någon typ av begränsning, t ex "Maximalt två nätter inom slutenvård". Det är i nuläget oklart om man kommer att kunna ange ett maxbelopp för remissen.

eRemiss resonerar alltså på ett liknande sätt som projektet, d v s att dela upp faktura-information och vårdinformation, men skillnaden är att vården i detta fall beställs. Det verkar alltså som att projektets principer kring användning av fakturaunderlag även skulle kunna användas för eRemiss.

Projektet bör ha kontakt med eRemiss för att inte missa synergier och möjligheter till samarbete.

Om projektet inte redan hanterat det, behöver den integritetsmässiga problematik man identifierat inom eRemiss, hanteras på lämpligt sätt.

Förutsättningar i landsting/regioner

För att få en bild av förutsättningarna för olika typer av lösningar i landsting och regioner, skickade förstudien ut ett antal IT-relaterade frågor. I denna sektion görs en sammanfattning av svaren på de olika frågorna. Se *bilaga 3* för de fullständiga svaren.

Frågorna som ställdes var följande:

1. Fakturering
 - Gör ni någon form av elektronisk fakturering?
 - För vad?
 - På vilket sätt?
2. SKL TjänstePlattform (SKLTP)

- Använder ni någon form av SKL Tjänsteplattform?
 - Nationella?
 - Regional?
- I så fall, till vad eller till vilken typ av information?
- Har ni tillgång till personal (egen eller konsulter) som kan SKL's tjänsteplattformskoncept?
- 3. Filöverföring
 - Utför ni någon form av maskinell överföring av filer till andra landsting?
 - Vad och hur?
 - Använder ni FTP/FTPS?
 - Något annat protokoll?
 - Vilka produkter används?
- 4. HTTPS/SOAP
 - Utför ni någon form av maskinell kommunikation med HTTP/HTTPS och/eller SOAP?
 - Till vad och hur?
 - Vilka produkter används?
 - Har ni tillgång till maskinella webb-klienter för extern kommunikation?
 - Har ni tillgång till extern webb-server?
- 5. Integration
 - Använder ni någon integrationsprodukt?
 - Vilken/vilka?
 - Till vad och på vilket sätt?
 - Används den för extern kommunikation?
- 6. Teknik-standarder
 - Har ni några teknik-standarder som kan vara aktuella när det gäller kommunikation av fakturaunderlag mellan landsting?
 - Finns det några produkter ni vanligtvis använder för denna typ av kommunikation?
- 7. Övrigt
 - Kommer ni i detta sammanhang ha behov av helt manuell hantering av fakturaunderlag?
 - På vilket sätt?
 - Något annat som kan vara av intresse när det gäller kommunikation av fakturaunderlag för fakturering av utomlans vård?

Kommentarer:

- I fråga 3 fanns inte SFTP med uttryckligen men i svaren är det tydligt att det lagts till av de som använder detta.
- I fråga 4 visade svaren att begreppet ”maskinella webb-klienter” var otydligt. Vi har dock fått den efterfrågade informationen genom svaren på övriga frågor.
- Allmänt verkar frågorna ha besvarats av lite olika kompetenser och projektet bör ”gräva fram” lite mer detaljer kring en del av frågeställningarna för några landsting/regioner.

Svar har inkommit från följande landsting/regioner:

- Landstinget Blekinge
- Landstinget Dalarna
- Landstinget i Kalmar län
- Landstinget i Uppsala län
- Landstinget i Värmland
- Landstinget i Västernorrland
- Landstinget i Västmanland
- Landstinget Sörmland
- Norrbottens läns landsting
- Region Gävleborg
- Region Halland
- Region Jämtland Härjedalen
- Region Jönköpings län
- Region Kronoberg
- Region Skåne
- Region Örebro län
- Region Östergötland
- Stockholms läns landsting
- Västerbottens läns landsting
- Västra Götalandsregionen

Sammanfattning av svaren*Fakturerings*

- De flesta landsting/regioner använder elektronisk fakturering
 - Några använder Svefaktura

- Några använder VAN-tjänster
- De flesta av de som inte fakturera elektroniskt ännu, jobbar med etablering eller har långt gångna planer
- Ett par landsting/regioner jobbar inte med elektronisk fakturering

SKL TjänstePlattform (SKLTP)

- Alla utom en använder SKLTP-konceptet
 - Etablering pågår för den återstående
- Relativt många har egna regionala tjänsteplattformar, integrerade över den nationella plattformen
- I princip alla har tillgång till nödvändig kompetens

Filöverföring

- Alla använder någon form av filöverföring
 - Det används för diverse olika ändamål
- Många använder integrationsprodukter som kan använda flera olika protokoll
 - Det finns också exempel på helt eller delvis manuella lösningar
- Några påpekar att de önskar att gå ifrån filöverföring av denna typ och gå över till användning av tjänsteplattform-kommunikation

HTTPS/SOAP

- Med något enstaka undantag används HTTPS/SOAP över tjänsteplattformarna
- De flesta använder integrationsprodukter med stöd för kommunikationen och/eller egen regional tjänsteplattform

Integration

- Alla använder olika typer av integrationsprodukter och de används för många olika typer av integrationer

Teknik-standarder

- Ingen helt entydig bild när det gäller teknik-standarder
 - Några anger tjänsteplattformen som önskad standard
 - Några pekar på att de vill använda sina respektive integrationsprodukter
 - Några uttrycker önskan om VPN-kopplingar, kryptering och signering
- De protokoll och format som nämns är
 - HTTP/HTTPS
 - SOAP
 - FTP/FTPS/SFTP
 - XML

Övrigt

- Några räknar med att behöva hantera fakturor och fakturaunderlag manuellt under en period
 - Målsättningen är dock mer automatiserad hantering
- Några saknar idag tekniska möjligheter att sammanställa fakturaunderlag maskinellt
 - Arbete pågår eller kommer att startas
- eRemiss nämns som kandidater för användning av denna typ av fakturaunderlag
- Ett par synpunkter gällande användning av fakturerings-standarder och SKLTP-standard för fakturaunderlag
- Ett landsting har inte resurser till detta inom närtid, på grund av byte av ekonomisystem

För projektets fortsatta arbete har landsting/regioner valt ut kontaktpersoner. *Se bilaga 4.*

Rekommendation

Förstudien rekommenderar projektet att använda lösningen för direkt kommunikation enligt SKL's och landsting/regioners tjänsteplattformskoncept.

De huvudsakliga skälen för rekommendationen är

- Lösningen finns redan och är det strategiska valet av kommunikations-plattform för landsting/regioner. Vi räknar därför med att det är den mest hållbara lösningen på både kort och lång sikt.
- Det är det enklaste och ”renaste” alternativet. Vid kommunikation direkt över tjänsteplattform är de juridiska, informations- och IT-mässiga utmaningarna redan hanterade. Vid mellanlagring tillförs onödig komplexitet m a p alla ovan nämnda aspekter.
- Kostnaden blir med största sannolikhet lägre eftersom lösningen redan finns och kostnaden delas på alla tjänster som använder plattformen.
- Tjänsteplattformskonceptet är etablerat hos i princip alla landsting/regioner. De flesta har integrationsprodukter för ändamålet och tillgång till kompetens. Några har till och med egna regionala plattformar anslutna till den nationella.
- Informationsutbytet på det ekonomiska/administrativa området kommer att växa och tjänsteplattformen erbjuder den mest lämpliga lösningen. Redan nu ser vi, förutom det för projektet aktuella ändamålet, behov och intresse inom den ekonomiska hanteringen av eRemiss, fakturering av läkemedelssubventionen från apotek och utomlans listning.
- Den informatiska hanteringen är etablerad, standardiserad och dokumenterad. Organisation för utveckling och förvaltning finns på plats och det finns kompetens för stöd och liknande att tillgå
- Det finns etablerade stöd- och förvaltnings-organisationer för alla i kommunikationslösningen ingående delar.

Svaren på en del av frågorna förstudien ställde till landsting/regioner, tyder på att det under en period kommer att finnas behov av en del manuell hantering internt. Framför allt verkar det bero på att det saknas möjligheter att automatiskt producera fakturaunderlaget. Detta problem gäller dock alla studerade alternativ och påverkar inte direkt valet av kommunikationslösning. Projektet behöver dock ha med sig detta i det fortsatta arbetet.

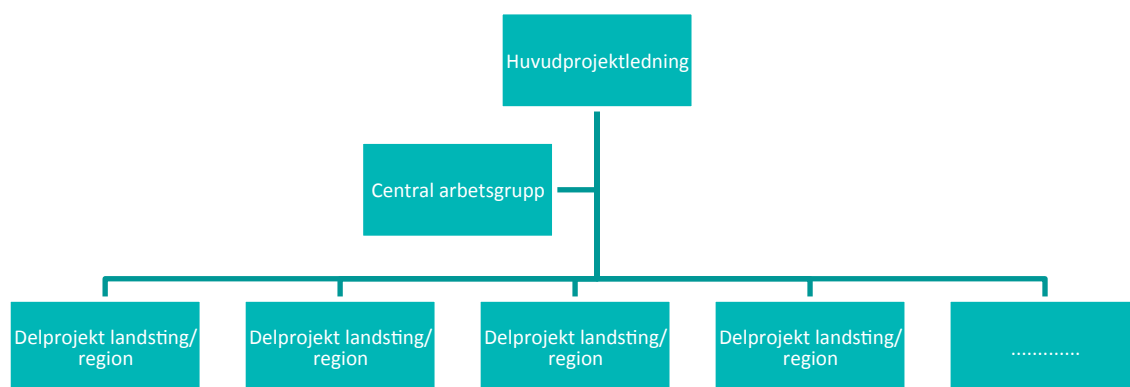
Etablering av rekommenderad lösning

De huvudsakliga resultat som behöver åstadkommas för att etablera rekommenderad lösning är följande:

3. Specifikationer för anslutning till tjänsteplattform
 - a. [Informationsspecifikation](#)
 - b. [Tjänstekontraktsbeskrivning](#)
 - c. [Icke-funktionella krav](#)
 - d. [Arkitekturella beslut](#)
4. Lösningar hos landsting/regioner för att kommunicera fakturaunderlaget över tjänsteplattform, enligt specifikationerna ovan

Omfattningen på de listade specifikationerna ovan är beroende på behoven och komplexiteten. I det aktuella fallet mindre omfattande.

Baserat på tidigare genomförda aktiviteter av denna typ skulle en lämplig organisation av arbetet kunna se ut enligt *Figur 10*.



Figur 10. Förslag projektorganisation

Huvudprojektledning

- Leder och koordinerar hela projektet
- Stöds av den centrala arbetsgruppen för att ta fram gemensamma specifikationer, annat övergripande resultat och för att stödja delprojektet

Central arbetsgrupp

- Tar fram specifikationer och beskrivningar för kommunikation av fakturaunderlaget över tjänsteplattformen
 - Informationsspecifikation
 - Icke-funktionella krav
 - Tjänstekontraktsbeskrivning
- Hanterar kommunikationen med den nationella förvaltningen av tjänsteplattformen

Bemanningen i arbetsgruppen består lämpligen av

- Verksamhetskompetens
- Kompetens från Inera
 - Informatik
 - Värdefullt stöd i allt som har med den nationella informationshanteringen att göra, t ex informationsspecifikationen
 - Tjänstekontrakts-gruppen
 - TK-gruppen hanterar hela det praktiska arbetet med tjänstekontrakts-utveckling
 - Förvaltar redan samtliga nationella tjänstedomäner
 - De ovan nämnda Inera-kompetenserna är experter på denna typ av arbete och det går betydligt mycket smidigare om dessa involveras redan vid start
- Representanter för arkitektur i landsting/regioner
 - Inera driver ett ”Arkitektråd för digital samverkan” med arkitekter utsedda av SLIT

Delprojekt landsting/regioner

- Tar fram sina respektive lösningar för produktion och hantering av fakturaunderlag
- Anpassar sina respektive lösningars kommunikation över tjänsteplattformen enligt specifikationer och beskrivningar framtagna i den centrala arbetsgruppen
 - Använder lämpligen sina egna arkitekter i landsting/regioner. De är (ska vara) väl insatta i tjänsteplattformskonceptet och många av dem har deltagit i framtagandet
 - Tar vid behov hjälp av den centrala arbetsgruppen
- Etablerar drift och förvaltning för sina respektive lösningar

Piloter

Eftersom inte alla landsting/regioner har samma förutsättningar att komma igång lika snabbt, rekommenderas att de som ligger ”längst fram” fungerar som piloter. Detta är ett angreppssätt som använts med framgång i andra projekt och liknande aktiviteter. Allt eftersom övriga blir färdiga med sina lösningar, ansluts de till tjänsteplattformen för utbyte av fakturaunderlag.

Omfattning och kostnader

I nuläget är det inte möjligt att ge någon användbar indikation om den totala omfattningen och kostnaden för ett genomförande.

Inera och projektet

Ineras rekommenderade medverkan i projektet handlar huvudsakligen om följande:

- Framtagande av informationsspecifikation och tjänstekontrakt
- Hanteringen kring installationer av tjänstekontrakt och anslutningar till den nationella tjänsteplattformen under projektet

När det gäller formerna för denna medverkan och andra typer av tjänster pågår en omarbetning av Ineras affärsmodell som innebär en övergång från anslagsfinansiering till intäktsbaserad finansiering. Det pågår, kopplat till detta, även en "tjänstefiering" och prissättning av de framtida tjänsterna. *Se vidare länk 10.*

Av denna anledning erbjuder Inera just nu den aktuella typen av kompetens på konsultbasis och en grov uppskattning, baserad på erfarenheter från andra projekt, skulle kunna se ut enligt följande:

- Timpris: 950:-
- Kalendertid: 1-2 mån
- Total tid: 50-150 tim

Tjänsterna kring förvaltning och användning av tjänster/tjänsteplattform är i nuläget inte klara.

Landsting/regioner

Den totala kostnaden och tidsomfattningen för respektive landsting/region går inte i detta läge att uttala sig om. Inkopplingen i tjänsteplattformen är helt standardiserad och är ofta också i praktiken försumbar i sammanhanget. Landsting/regioner väljer själva hur man kommer fram till att koppla in sig i "de två hålen i väggen". Erfarenheten från tidigare genomförda projekt och andra aktiviteter är också att landsting/regioner, av mängder av olika anledningar, väljer att göra på väldigt olika sätt. De enda som kan välja hur de ska göra och uppskatta tid/kostnad är landsting/regioner själva. En del landsting/regioner är sannolikt nästan framme vid färdiga lösningar medan andra måste börja vid att välja hur, vem, när, med mera.

Bilagor

1. PM Uppgiftsutlämnande vid landstings fakturering utomlänsvård
2. Fakturering av utomregional vård – Informationssäkerhet
3. Svar på IT-frågor till landsting/regioner
4. Kontaktpersoner Utomlänsfakturering

Länkar

1. Regelverk för interoperabilitet inom vård och omsorg – <http://rivta.se/>
2. Informationsspecifikation (Mall) - http://rivta.se/documents/ARK_0026/
3. Tjänstekontraktsbeskrivning (Mall) - http://rivta.se/documents/ARK_0015/
4. Riksavtal utomläns vård -
<http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/utomlansvardriksavtal.943.html>
5. SFTI Svefaktura - <http://sfti.se/standarder/efakturering/svefaktura.2003.html>
6. Arkitekturella beslut (Mall) - http://rivta.se/documents/ARK_0023/
7. Icke-funktionella krav (Mall) - http://rivta.se/documents/ARK_0025/
8. Socialstyrelsens termbank - <http://termbank.socialstyrelsen.se/>
9. Aktuell version av NI - <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-2-7/sidor/default.aspx>
10. Ny prismodell för nationella e-tjänster - <http://www.inera.se/OM-OSS/Ny-prismodell-for-nationella-e-tjanster/>

Referenser

1. Fakturaunderlag vård specifikation 1 0
2. Postbeskrivning för fakturerings- och uppföljningsunderlag för öppenvård/slutenvård
3. Uppdragsbeskrivning Inera 2015-07-03
4. Minnesanteckningar, telefonkonferens om utomregionala ersättningar och kommunikationsfrågan tillsammans med Inera den 24 juni 2015
5. Beslutsunderlag Nationell e-tjänst för högkostnadsskydd och frikort, v1.0
6. Presentation - Tjänsteplattformen/Livet efter faxen – Arbetsgruppsmöte, 2015-05-28
7. Presentation - Upplägg och offert för förstudie – Arbetsgruppsmöte, 2015-09-01
8. Presentation - Utomlänsfakturering - Ekonomidirektörsmöte, 2015-09-18



9. Presentation - Upplägg och offert förstudie – Ekonomidirektörmöte, 2015-10-30

Så fungerar tjänsten Utomlänsfakturering fakturering

Innehåll

Revisionshistorik	2
Referenser	3
1. Bakgrund, syfte och effektmål	4
1.1.1 Bakgrund	4
1.1.2 Syfte.....	4
1.1.3 Effektmål.....	4
2. Så fungerar tjänsten Utomlansfakturerings	4
2.1 Beskrivning av tjänsten.....	4
3. Information i fakturaunderlag	5
4. Landstingens menprövning vid utlämnande av fakturaunderlag	7

Revisionshistorik

Version	Datum	Författare	Kommentar
1.0	2017-03-14	Anders Ekebacke, Malin Ljunggren	Första version.
1.1	2017-05-29	Malin Ljunggren	Uppdaterat titel på referensen till informationsspecifikation (utomregional → utomlans) Uppdaterat kapitel 3 enligt informationsspecifikation och tjänstekontraktsbeskrivning (tagit bort patientens namn och adress, ändrat vårdtillfälle till vårdkontakt)
1.2	2017-05-30	Anders Ekebacke	Infogat nytt sista stycke avseende vårdkostnader för personer med skyddade personuppgifter.
1.3	2017-05-30	Anders Ekebacke	Flytt av text från p 4 till p 3.

Referenser

Namn	Dokument	Länk
R1	Informationsspecifikation Utomlänsfakturerings	http://rivta.se/domains/financial_billing_claim.html

1. Bakgrund, syfte och effektmål

1.1.1 Bakgrund

SFTI arbetsgrupp för Utomlänsfakturering gav 2016 Inera i uppdrag att genomföra en förstudie gällande en nationell digital kommunikationslösning. Kommunikationen avser vårdinformation i form av fakturaunderlag kopplat till fakturering för utomlänsvård.

Slutsatsen och rekommendation från Inera blev att överföra fakturaunderlag via säkra tjänster i Ineras nationella tjänsteplattform.

1.1.2 Syfte

Tjänsten Utomlänsfakturering har tillkommit i syfte i syfte att minimera det manuella administrativa arbete som förekommer vid fakturering av utomlänspatienter samt att ge landsting/regioner förbättrad möjlighet till fakturakontroll och fakturauppföljning.

1.1.3 Effektmål

Tjänstens effektmål är:

- Mer resurser till vårdrelaterade uppgifter genom en automatisering av fakturaflödet.
- Ökad kvalitet på underlag för fakturering.
- Förbättrade möjligheter till kontroll och uppföljning.

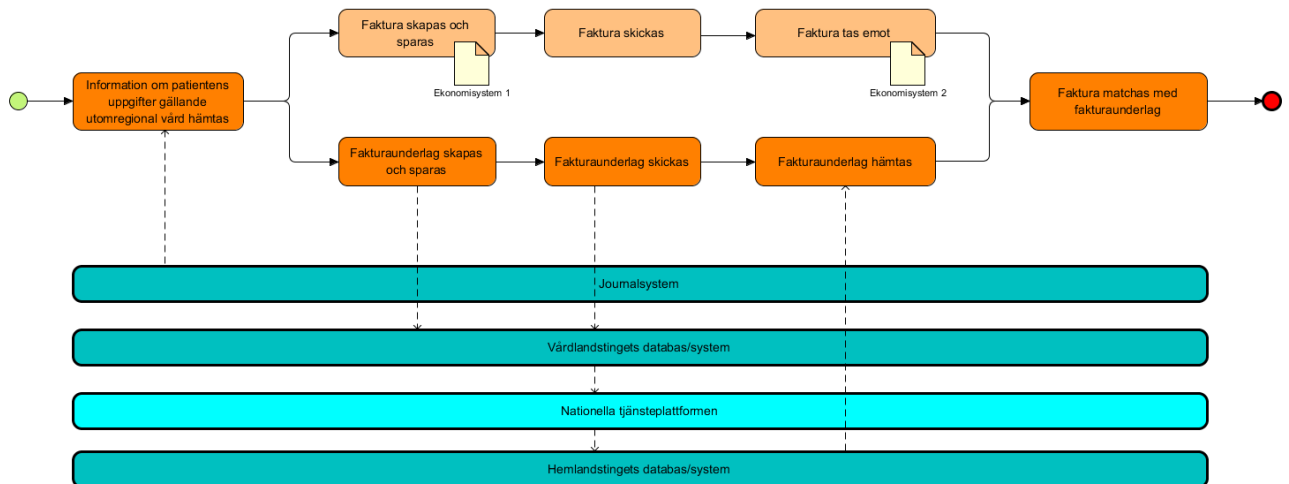
2. Så fungerar tjänsten Utomlänsfakturering

2.1 Beskrivning av tjänsten

I och med införandet av det fria vårdvalet har antalet utomlänspatienter i vården ökat vilket medför ett behov av effektiv fakturering mellan vårdgivande och betalande landsting. För att underlätta fakturering mellan landsting vilka hittills haft manuella rutiner har tjänsten Utomlänsfakturering skapats.

Då en patient får vård utanför sitt hemlandsting faktureras hemlandstinget, enligt fastställda prislistor, för utgifter som uppkommit i samband med vården. En faktura skapas av vårdlandstingets ekonomisystem, medan fakturaunderlaget (som fakturan refererar till) vilket innehåller patientuppgifter skapas vid sidan om, i en separat databas/ett system. Både faktura och fakturaunderlag skickas till hemlandstinget. När faktura och fakturaunderlag når hemlandstinget matchas dessa och godkännande för betalning görs.

Relevant flöde är fakturaunderlaget vilket är markerat med mörkare orange färg i flödesdiagrammet nedan. Det ljusare flödet (skapa och skicka faktura) sker parallellt och visas för en ökad förståelse, men hanteras vid sidan om och är inte del i något tjänstekontrakt i Ineras nationella tjänsteplattform.



3. Information i fakturaunderlag

I detta avsnitt beskrivs översiktligt den information som hanteras inom fakturaunderlag vid utomlänsfakturerings och som skickas via Ineras tjänsteplattform. Mer detaljerad information och beskrivningar återfinns i informationsspecifikationen [R1].

Vårdkostnader för personer med skyddade personuppgifter genom kvarskrivning eller med sekretessmarkering ingår inte i tjänsten.

Fakturan som skickas parallellt (se flöde i avsnitt 2.1) hanteras separat och skickas ej via Ineras tjänsteplattform.

Information i fakturaunderlaget:

- Övergripande information om fakturaunderlaget
 - o fakturaunderlag-Id
 - o datum och tidpunkt då fakturaunderlaget skapades
 - o fakturatyp (faktura eller kreditfaktura)
 - o fakturanummer (som fakturaunderlaget är kopplat till)
 - o datum då fakturan utfärdades
 - o fakturabelopp (den totala debiteringen)
 - o information om leverantör/juridisk säljare och juridisk köpare (identitet + kontaktuppgifter)
 - o information om fakturaperiod vid delfakturerings (ex. patient vårdas över månadsgräns)
- Patientinformation

- patient ID (personnummer/samordningsnummer/reservnummer)
- kön enligt skatteverket
- länskod för folkbokföringsadress
- kommunkod för folkbokföringsadress
- listningslandsting
- LMA kortnummer (för asylsökande)
- EU-kort nummer (för EU-medborgare som berättigar till vård enligt nationell prislista)
- Information om betalningsförbindelse
 - remiss-id
 - betalningsförbindelse-id
 - betalningsförbindelsetyp avtal (Riksavtal, Regionavtal, Mellanlänsavtal)
 - betalningsförbindelsetyp kapitel (kapitlen i Riksavtalet)
 - avtalspost i Riksavtalet
 - betalningsförbindelse ersättningstyp (anges om remiss finns. Ersättning från patientens hemlandsting enligt reglerna i riksavtalet eller Ersättning från patientens hemlandsting enligt hemlandstingets kontrakt med vårdgivaren)
- Information om vårdenhet som utfört vård
 - id och namn på vårdenhet
 - yrkeskod för den som har behandlat patienten (för öppen vård)
- Information om vårdinsatsen
 - id på vårdinsats (löpande numrering inom en faktura)
 - id på vårdkontakt
 - öppen eller sluten vård
 - offentligt eller privat vård
 - om vården var planerad eller ej
 - typ av besök (nybesök, återbesök)
 - besökstid (öppenvård)
 - inskrivnings- och utskrivningstid (sluten vård)
 - permissionsdagar (sluten vård)
 - vårddagar (sluten vård)
 - diagnos (huvuddiagnos, bidiagnos)
 - DRG-kod + DRG-vikt
 - åtgärds kod kopplade till sjukdomsfall
 - läkemedels ATC-kod

- Information om fakturerad vårdkontakt
 - o brutto + nettobelopp
 - o avdrag, rabatt, påslag
 - o patientavgift (öppenvård, erlagd öppenvård, nedsatt kategori, frikortsgrundad indikator, slutenvård)
- Information som anges vid kreditering
 - o referens till faktura
 - o referens till originalfakturans fakturaunderlag
 - o referens till radnummer som finns på originalfakturans fakturaunderlag
 - o orsak till kreditering
- Information om verksamhet
 - o medicinskt verksamhetsområde (klinikkod/specialitet)
 - o verksamhetskod
 - o vårdnivå (primärvård, länsvård, regionvård, riksvård)
- Kategorisering
 - o av prissättning (för olika typer av debiteringar)
 - o för prislista (aktuella samverkansavtal)

4. Landstingens menprövning vid utlämnande av fakturaunderlag

Hälso- och sjukvårdssekretessen är som utgångspunkt en ”stark” sekretess. Den juridiska analysen i projektet har emellertid gett vid handen att det finns lättnader i hälso- och sjukvårdssekretessen. Lättnaderna avser utbyte av patientrelaterade individuppgifter mellan kommuner och landsting för ändamålen forskning, framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet. Som exempel nämns i förarbetens faktureringsunderlag.

Den aktuella bestämmelsen finns i 25 kap. 11 § 5 p. offentlighets- och sekretesslagen (OSL). Skaderekvisitet är rakt, dvs. utgångspunkten är att uppgifterna får lämnas ut för nu nämnda ändamål. Sekretess råder dock om det kan antas om patienten eller närstående kan lida men om uppgifterna röjs.

En viktig del i skadeprovningen är givetvis vem som är mottagare av uppgifterna och om mottagaren omfattas av en straffsanktionerad tystnadsplikt. Enligt förarbetena är informationsutbytet med stöd av den sekretessbrytande bestämmelsen patientadministration och utgör därmed en integrerad del av hälso- och sjukvården. Uppgifterna skyddas därför mot

åtkomst av utomstående genom hälso- och sjukvårdssekretessen oberoende av vilken enhet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen (kommun eller landsting) som handhar uppgifterna.

Som regel ska en myndighet göra en konkret och individuell prövning av ett utlämnande, uppgift för uppgift. Ibland kan emellertid en sådan procedur vara praktiskt ogenomförbar när utlämnande av mer omfattande poster eller volymer av uppgifter om enskilda, vilket kan aktualiseras vid utomlänsfakturerings. Myndigheten, till exempel en nämnd i ett landsting som ansvarar för hälso- och sjukvård eller central ekonomiadministration, kan helt enkelt inte bilda sig en rimlig uppfattning om den särskilda skaderisk som kan vara förbunden med varje enskild uppgift som kontinuerligt tillförs patientens journal.

I sådana situationer får i stället en myndighet göra en schabloniserad menprövning, i analogi med vad som i förarbetena till den äldre sekretesslagen förordas vid så kallat massuttag (prop. 1979/80:2 Del A s. 80 f.). De kunskaper som myndigheten har om mottagaren eller mottagarna, hur dessa kommer att hantera uppgifterna och vilken risk för ytterligare spridning som finns, kan då – tillsammans med en bedömning av den skaderisk som typiskt sett är förbunden med uppgifter av aktuellt slag – i de allra flesta fall ge fullt tillräckligt underlag för bedömningen av om sekretessbestämmelsens skaderekvisit är uppfyllt och sekretess därmed gäller eller inte gäller gentemot mottagaren i fråga.

Hur denna prövning praktiskt ska genomföras framgår inte av förarbetena. Rättsordningen har således överlämnat till myndigheterna att laga på bästa sätt för att upprätthålla kravet på skadeprövning vid utlämnande av samma slag av uppgifter som sker återkommande och i större poster.

Utgångspunkten i OSL är att menprövningen ska göras av den som förfogar över uppgifterna, t.ex. hälso- och sjukvårdspersonalen eller annan befattningshavare inom nämnden. Dessa agerar här i rollen som företrädare för myndigheten. Även myndigheten själv kan givetvis fatta beslut om utlämnande, t.ex. en nämnd.

Det torde inte finnas några hinder för att den nämnd som ansvarar för uppgifterna hos en vårdmyndighet att göra en schabloniserad skadeprövning av det slag som beskrivs ovan. Beslutet kan vidare läggas till grund för instruktioner till ett personuppgiftsbiträde som för vårdgivarens räkning administrerar utlämnandet. Det är olämpligt att lägga uppgiften att göra en schabloniserad menprövning på en enskild tjänsteman när det rör sig om så stora mängder uppgifter.

Det torde inte finnas några rättsliga hinder för att lägga "menprövningsbeslutet" till grund för återkommande och automatiserade utlämnanden, förutsatt att beslutet är tillräckligt specifikt. Självklart ska beslutet följas upp med viss regelbundenhet av myndigheten i syfte att korrigera eller förhindra avvikelser från beslutet. Det underlättar om myndigheten i beslutet, som riktar sig till den eller de som ska verkställa beslutet, infogar instruktioner om de kontroller som ska utföras när ett utlämnande av uppgifter aktualiseras och där det är befogat att göra en individuell menprövning.

En nationell tjänst för utomlänsfakturerings som baseras på enskilda landstings utlämnande av uppgifter kräver samordning, därav detta regelverk som grund för beslut hos landstingen om utlämnande av faktureringsunderlag.



16

Ramverk avseende personuppgiftsansvar
och gallring av information i 1177
Vårdguidens e-tjänster

RS/1318/2018

2018-08-21

Sekretariatet

Charlotte Funseth

Tfn: 063-14 75 51

E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

RS/1318/2018

Ramverk avseende personuppgiftsansvar och gallring av information i 1177 Vårdguidens e-tjänster

Ärendebeskrivning

Med hänsyn till principen om uppgiftsminimering enligt den nya dataskyddsförordningen samt verksamhetsövergången till Inera har ett ramverk avseende personuppgiftsansvar och gallring tagits fram för 1177 Vårdguidens e-tjänster. Se bifogat ramverksdokument "Ramverk för gallring av information i 1177 Vårdguidens e-tjänster" (v 1.0, 2018-06-18). Ramverket ersätter det tidigare beslutsunderlaget "Gallring invånarsidan 1177 Vårdguidens e-tjänster" som skickades till landsting/regioner den 31 augusti 2017 och då godkändes via passivitet. Ramverket skiljer sig jämfört med tidigare beslutsunderlag främst i att ramverket avser både invånarsidan och vårdsidan, personuppgiftsansvaret i visst avseende är justerat och att tiden från avslutad kommunikation i ett ärende/meddelande till gallring är förlängd.

Ramverket kommer att läggas till grund för instruktioner till Inera för behandlingen av personuppgifter i 1177 Vårdguidens e-tjänster. Instruktionerna tas fram av Inera och utgör del av den tjänstebeskrivning som varje vårdgivare, inklusive sjukvårdshuvudman, kan teckna för att ansluta sig till 1177.

Ramverket har förankrats i Ineras Juridik- och informationssäkerhetsråd samt externa arkitekturråd.

Landsting och regioner rekommenderas att ställa sig bakom ramverkets målbild och styrande principer. Återkoppling från varje landsting och region önskas så snart som möjligt, dock senast den 28 september 2018. Ramverket kommer därefter att godkännas av Ineras VD.

Regiondirektörens förslag

Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom målbild och styrande principer i Ramverk avseende personuppgiftsansvar och gallring av information i 1177 Vårdguidens e-tjänster.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Gun Råberg Kjellerstrand
Kommunikationsdirektör

Utdrag till

Inera
Kommunikationsdirektör
IT-chef

Ramverk för gallring av information i 1177 Vårdguidens e-tjänster

Fastställande av personuppgiftsansvar och
gemensamma principer för gallring av information



Innehåll

1. Ramverk avseende personuppgiftsansvar och gallring av information i	
1177 Vårdguidens e-tjänster.....	3
1.1 Målbild	3
1.2 Gallring	3
1.3 Principer för personuppgiftsansvar	3
1.4 Principer för gallring av information	4



1. Ramverk avseende personuppgiftsansvar och gallring av information i 1177 Vårdguidens e-tjänster

Nedanstående målbild och gemensamma principer har fastställts av Ineras styrelse eller VD efter delegation och ska i nästa led fastställas av landsting/regioner för att ligga till grund för gallring av information på invånarens respektive vårdgivarens sida i 1177 Vårdguidens e-tjänster.

1.1 Målbild

I början av 2019 finns funktionalitet för löpande gallring av invånarens personuppgifter i 1177 Vårdguidens e-tjänster samt ett tydligt personuppgiftsansvar.

1.2 Gallring

Med gallring i detta ramverk avses radering av allmänna handlingar och uppgifter.

1.3 Principer för personuppgiftsansvar

Berörda uppgifter är av två slag;

- A. Handlingar gällande invånarens ärende eller meddelande hos eller kommunikation med en vårdgivare (A-handlingar).
- B. Handlingar som inte rör kommunikation med någon utpekad vårdgivare. Det kan exempelvis vara folkbokföringsadress och personliga inställningar (B-handlingar).

För A-handlingar är varje samverkande vårdgivare (allmän respektive enskild vårdgivare) personuppgiftsansvarig.

För B-handlingar är det landsting/region där invånaren är folkbokförd personuppgiftsansvarig.



1.4 Principer för gallring av information

Gallringen faller tillbaka på

- principen om uppgiftsminimering enligt art. 5.1 c dataskyddsförordningen
- e-tjänsternas avsedda användning enligt gjord NMI-klassning¹ (Nationella medicinska informationssystem).

De gemensamma principerna är följande:

- Varje vårdgivare driver sin egen vårdverksamhet på lokal och regional nivå, men ingår också i ett nationellt nätverk, följer nationella kvalitetsnormer och använder sig av samma beslutsunderlag för medicinska bedömningar. Oavsett var invånaren bor, har invånarna samma grundläggande förutsättningar att ta del av information i 1177 Vårdguidens e-tjänster. Av detta följer att även gallring bör hanteras på ett enhetligt sätt.
- Enligt patientdatalagen är en vårdgivare personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som vårdgivaren utför.
- All information om en avliden person ska gallras automatiskt en (1) månad efter att personen har avlidit. Detta gäller handlingar av både typ A och B ovan.
- All information av typ A, ska gallras automatiskt 24 månader² efter vårdgivarens avslutande av kommunikation.
- Felaktig information av typ B får raderas av Inera AB.
- Invånare ska ha möjlighet att själv radera ärenden och meddelanden från den egna inkorgen (enbart invånarsidan).
- Landsting/regioner uppdrar åt Inera AB att verkställa gallring enligt ovanstående principer.
- Ramverket ska läggas till grund för instruktioner till Inera AB om behandling av personuppgifter i 1177 Vårdguidens e-tjänster. Inera AB ska ansvara för att ta fram instruktionerna.

¹ Enligt Avsedd användning i NMI-klassningen av 1177 Vårdguiden Mina vårdkontakter (2014) "kan invånare/patienter och vårdgivare/mottagningar *kommunicera och dela information* gällande MVK-tjänster via internet. Mina vårdkontakter är ett komplement till andra sätt att enklare komma i kontakt med vården...".

² Gränsen 24 månader harmonierar med preskriptionstiden för tillsynsärenden.



Gallring av information på invånarsidan i 1177 Vårdguidens e-tjänster

Inledning och bakgrund

Detta ärende avser gallring av information *på invånarsidan* i 1177 Vårdguidens e-tjänster. Gallring på vårdsidan är aktuell först i ett senare steg.

Hösten 2016 gjordes en utredning kring prestanda och stabilitet i 1177 Vårdguidens e-tjänster. Utredningen fann att en viktig orsak till de problem med prestanda och stabilitet som finns är den mängd information som är lagrad på invånarsidan i 1177 Vårdguidens e-tjänster. Eftersom både antal användare och tjänsternas användning bland invånare ökar kraftigt, behöver åtgärder vidtas för att inte informationsmängden ska bli ett allt större problem.

Gallringen faller i detta fall tillbaka på de grundläggande kraven i 9 § PUL (Personuppgiftslagen), bland annat kraven på att uppgifter som behandlas är aktuella eller relevanta. I stort sett har ingen information gallrats under tiden som systemet har varit i produktion (sedan 2002). Det betyder att e-tjänsterna innehåller en stor mängd information som inte kan bedömas vara varken aktuell eller relevant.

Sammantaget utgör därför lagringen av information på invånarsidan i 1177 Vårdguidens e-tjänster både ett juridiskt och ett tekniskt problem.

Ett beslutsunderlag har tagits fram med flera olika perspektiv, som problemen med prestanda och stabilitet, juridik, invånares förmodade behov av historisk information, lösningar för att tillgodose detta behov och e-tjänsternas avsedda användning enligt gjord NMI-klassning¹ (Nationella medicinska informationssystem). När det gäller det senare kan konstateras att lagring av information inte ligger i linje med systemets avsedda användning.

¹ Enligt Avsedd användning i NMI-klassningen av 1177 Vårdguiden Mina vårdkontakter (2014) "kan invånare/patienter och vårdgivare/mottagningar *kommunicera och dela information* gällande MVK-tjänster via internet. Mina vårdkontakter är ett komplement till andra sätt att enklare komma i kontakt med vården...".



De intressenter och kompetenser som har varit med i arbetet och/eller lämnat information eller synpunkter är jurister (från Inera, Stockholms läns landsting och Landstinget Dalarna), Stockholms läns landstings arkivarier, förvaltningsorganisationen och den nationella förvaltningsgruppen för 1177 Vårdguidens e-tjänster samt resurser från projekt Nya 1177 Vårdguidens e-tjänster.

Tidigare utredningar och arbete, som exempelvis en författningsutredning inom projekt Stöd och behandling och en gallringsutredning avseende 1177 Vårdguiden på telefon, har tagits i beaktande och erfarenheter därifrån har återanvänts.

Förslag till beslut

Med bakgrund i ovan finns behov av att göra två saker. Det ena är en initial gallring av engångskaraktär för att relativt snabbt och enkelt åstadkomma en avlastning i systemet. Den kan exempelvis handla om att i ett samlat tag gallra den information som är mycket gammal. Det andra som behöver göras är en utveckling i e-tjänsterna för löpande, automatisk gallring framöver, enligt ett fastställt regelverk. Utvecklingen är planerad inom ramen för projekt Nya 1177 Vårdguidens e-tjänster, i samband med det tekniklyft som görs där.

Landsting och regioner förväntas utifrån ovan beskriven bakgrund samt beslutsunderlaget i **bilaga 1** godkänna hanteringen av gallring av information *på invånarsidan* i 1177 Vårdguidens e-tjänster.

Aktuellt förslag till beslut och process bygger på godkännande genom passivitet och att alla landsting/regioner hanterar frågan på samma sätt. Det innebär, under förutsättning att inga invändningar görs, att gallring på invånarsidan i 1177 Vårdguidens e-tjänster kommer att hanteras så som det är beskrivet i detta dokument.



Om beslutet och dess konsekvenser

Det finns idag inte någon generell, enhetlig hantering av gallring i de nationella e-tjänsterna. Samtidigt är det av stor vikt att få till stånd gallring inom 1177 Vårdguidens e-tjänster snarast. Att lagra information som inte längre bedöms nödvändig för de ändamål för vilka informationen först skapades innebär en onödig kostnad, utöver den juridiska aspekt som nämns ovan. Stora mängder information kan även påverka ledtider vid driftsättningar och svarstider vid användningen av e-tjänsterna.

Den huvudsakliga invändningen mot föreslagen gallring har handlat om oro för en försämrad användarupplevelse och att invånare skulle sakna den del av historiken i 1177 Vårdguidens e-tjänster som försvinner i och med gallringen.

För att möta denna oro och eventuella behov kan och bör ett antal lösningar tas fram för att ge invånaren möjlighet att själv lagra aktuell information, på annan plats. Exempel på sådana åtgärder kan vara att

- i systemet skapa möjligheter att skiva ut eller spara ner (pdf eller annat filformat) befintliga meddelanden och ärenden
- någon form av överföring till annat system, om och när sådana system erbjuds.

Det förslag som nu föreligger är ett principiellt beslut och utifrån det behöver alltså ett antal aktiviteter – inklusive informationsinsatser – successivt ske innan full implementation är genomförd, vilket beräknas vara i början av 2018.

Bilagor (nedan)

Bilaga 1	Beslutsunderlag inför gallring av information i 1177/Vårdguidens e-tjänster – Invånarsidan, juni 2017
----------	---



Beslutsunderlag inför gallring av information i 1177 Vårdguidens information i 1177 Vårdguidens e-tjänster – Invånarsidan

Sammanfattning

Stockholms läns landsting (SLL) har med stöd av sitt förvaltningsuppdrag gällande e-tjänsten 1177 Vårdguiden beslutat att genomföra gallring av vissa handlingar (bl.a. personuppgifter) som lagrats i e-tjänsten och som inte längre bedöms nödvändiga för det ändamål för vilket uppgifterna först registrerades.

De berörda uppgifterna är av två slag;

- A. Handlingar gällande ärende hos eller kommunikation med en vårdgivare.
- B. Handlingar som inte rör kommunikation med någon utpekad vårdgivare. Det kan exempelvis vara folkbokföringsadress och personliga inställningar.

Gallringsbeslutet innebär att

- all information om en avliden person gallras automatiskt en (1) månad efter att personen har avlidit. Detta gäller information av både typ A och B.
- all information av typ A, gallras automatiskt 15 månader² efter vårdgivarens avslutande av kommunikation.

Uppgifter om ärenden hos eller kommunikation med en vårdgivare (typ A) finns i e-tjänsterna lagrade såväl på *invånarsidan* som på *vårdgivarsidan* eller i något annat informationssystem hos vårdgivaren. Det innebär att sådan information finns dubbellagrad. Det aktuella gallringsbeslutet berör endast *invånarsidan* av 1177 Vårdguiden. Vid vård och behandling förs *dessutom* patientjournal av respektive vårdgivare. Sammantaget innebär beslutet därför inte någon förlust av hälsoinformation eller annan information som är väsentlig ur ett vårdgivarperspektiv.

Gallringsbeslutet villkoras av att sjukvårdshuvudmännen inte invänder mot gallringsbeslutet **inom sex (6) veckor** från avsändande av detta underlag.

² Gränsen 15 månader harmonierar med tjänsten Läkemedelsförteckningen hos eHälsomyndigheten.



Bakgrund

1177 Vårdguiden är en nationell och regional tjänst som erbjuder bl.a. sjukvårdsrådgivning. Stockholms läns landstings (SLL) förvaltar och utvecklar gemensamma tekniska system för den nationella tjänsten på uppdrag av Inera AB. Den ökande användningen av tjänsterna har medfört att tjänsternas prestanda och stabilitet påverkats, särskilt som uppgifter inte gallrats någon gång sedan systemet byggdes 2002. Lagrade uppgifter har inte heller överförts till mellanarkiv eller slutarkiv.

Det finns därför ett akut behov av gallring eller arkivering av sådana uppgifter som inte längre bedöms nödvändiga för det ändamål för vilket de först registrerades. SLL avser därför att som ett led i förvaltningsuppdraget genomföra gallring av uppgifter enligt ovan, förutsatt att anslutna sjukvårdshuvudmän inte invänder mot detta inom angiven tid.

Varje landsting och region driver sin egen sjukvårdsrådgivningsverksamhet på regional nivå, men ingår också i ett nationellt nätverk, följer nationella kvalitetsnormer och använder sig av samma beslutsunderlag för medicinska bedömningar. Oavsett var patienten bor, har patienterna samma förutsättningar att ta del av information i 1177 Vårdguidens e-tjänster. Av detta följer att även gallring bör hanteras på ett enhetligt sätt.

Varje samverkande vårdgivare är personuppgiftsansvarig för personuppgifter som lagras i de nationella system som tillhandahålls av SLL. SLL är därvid personuppgiftsbiträde och tillhandahåller teknisk bearbetning och lagring av uppgifter³. SLL är dock personuppgiftsansvarig för de uppgifter som inte rör kommunikation med någon utpekad vårdgivare.⁴

Vid vård och behandling förs patientjournal. Övriga inkommande och utgående uppgifter vid kommunikation mellan patienter och vårdgivare som lagrats, utgör allmänna handlingar hos offentliga vårdgivare och innebär ofta dubbellagring av hälsouppgifter. Gallringsbeslutet omfattar *inte* uppgifter i patientjournaler. Det bedöms heller inte medföra någon annan informationsförlust som är väsentlig ur ett vårdgivarperspektiv, eftersom motsvarande information om kommunikation med invånaren/patienten som lagras i *vårdgiversidan* av tjänsten inte berörs av beslutet i detta skede.

³ Inera AB har med stöd av fullmakt från vårdgivare som anslutits till nationella tjänster tecknat personuppgiftsbiträdesavtal med uppdragstagaren SLL för vårdgivarnas räkning. (Modellavtal).

⁴ Enligt personuppgiftslagen (1998:204), PUL, är personuppgiftsansvarig den som ensam eller tillsammans med andra bestämmer över ändamålen med och medlen för behandlingen av personuppgifter. Ett personuppgiftsbiträde utför osjälvständig personuppgiftsbehandling i enlighet med de instruktioner som personuppgiftsansvariga vårdgivare lämnar, jfr 3 och 30 § PUL.



Det ankommer på personuppgiftsansvariga vårdgivare att genom sitt befullmäktigade ombud Inera AB ge SLL de instruktioner gällande personuppgiftsbehandling som behövs för fullgörande av förvaltningsuppdraget. Inera AB avser att ta fram ett mer omfattande regelverk för bevarande och gallring av handlingar i 1177 Vårdguidens e-tjänster, vilket landstingen/regionerna därefter kommer att få fastställa.

Det akuta gallringsbeslut som redogjorts för ovan, har föranletts av att tjänsternas prestanda och stabilitet påverkats på ett negativt sätt. Beslutet innebär godkännande genom passivitet och har tagits fram i samråd mellan företrädare för Inera AB, SLL och några landstingsjurister.



17

Trombektomi vid akut stroke

RS/1192/2018



2018-08-05

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

RS/1192/2018

Trombektomi vid akut stroke

Ärendebeskrivning

Diskussionerna kring trombektomi i norra sjukvårdsregionen har pågått under en längre tid. Förbundsdirektören sammanfattade 2017-03-30 situationen för den akuta strokevården i Norra sjukvårdsregionen med följande reflektioner:

Den akuta strokevården kräver samarbete i hela regionen för att bli långsiktigt hållbar och av hög kvalitet.

Förutom trombektomi finns det ett antal andra faktorer som påverkar resultatet av den akuta strokevården för hela patientgruppen. Allt från kunskapen hos patienter och anhöriga att söka hjälp till transporttider och handlägningsrutiner är viktigt för utfallet.

Akut strokevård är under stark utveckling såväl nationellt som internationellt och den kunskap som vi idag gör våra avvägande utifrån kan komma att ändras relativt snabbt.

I det enskilda patientfallet finns det två principiella faktorer som påverkar resultatet av en eventuell intervention. Det första är **tiden** som innefattar hela förloppet från insjuknande och första kontakten med sjukvården ända fram till avgörandet om intervention är aktuell. Tidsfönstrets storlek kan variera. Den andra faktorn är **kompetensen** i genomförandet som innefattar såväl beslut om att intervention ska göras, teknisk skicklighet liksom strategiska avgöranden under behandlingens gång. Här finns ett samband mellan volym och kompetens.

För den samlade gruppen patienter med behov av intervention i regionen finns det dessutom behov av ett excellenta centrum som driver uppföljning, utveckling, utbildning och forskning inom området.

Mot bakgrund av ovanstående reflektioner drogs slutsatsen att utformandet av den akuta strokevården i norra Sverige är en utvecklingsprocess som kräver återkommande utvärderingar och ställningstaganden. Samsyn rådde på tjänstemannaledningsnivå kring ett antal utvecklingspunkter utom en punkt som angav att i väntan på ytterligare evidens skulle trombektomi vid stroke endast genomföras vid Norrlands Universitetssjukhus.

Arbetet med de nationella riktlinjerna för stroke har fortsatt och hösten 2017 presenterade Nationella programrådet för strokeriktlinjer kring hur vården bör utformas nationellt och vilka organisatoriska och kompetensmässiga krav som bör uppfyllas vid centra där trombektomi vid stroke genomförs. Nationella kunskapsstyrningsrådet godkände vid en första presentation inte riktlinjerna utan gav programrådet i uppdrag att ytterligare belysa internationellt arbete och evidens. När programrådet så vid årsskiftet 2017/2018 återkom med en kompletterad rapport var Norrlands representanter inte nöjda med rapporten. Rapporten innehöll vissa sakfel gällande Västernorrland och skriftlig reservation lämnades därutöver med följande innehåll.

”Den kompletterande rapporten ger inte svar på de frågor som ställs i uppdraget. Följande frågor är inte tillräckligt belysta.

Pågående aktiviteter i omvärlden vad avser uppbyggnad av verksamheter med trombektomi vid stroke i samarbete med PCI-enheter. Enligt den information vi har fått är sådan verksamhet under uppbyggnad i ett antal länder, både i Europa och i andra världsdelar. Detta gör att man i högre grad bör beakta möjligheterna att bygga upp sådan verksamhet även i Sverige och då inbegripa en utveckling på länssjukhusnivå.

Detta framkommer inte i den kompletterande rapporten.

Jämlikhetsaspekterna.

De stora avstånden i Sverige, inte minst i Norrland, medför stora svårigheter vid diagnoser och akuta tillstånd där prognosen är starkt beroende av ett mycket snabbt omhändertagande.

Denna situation löses inte heller med ett ökat antal ambulanshelikoptrar eller ambulansflygplan. Avstånden är fortfarande för långa vid den här typen av diagnos som kräver ett mycket snabbt omhändertagande. Även nyare typer av helikoptrar och flygplan måste rätta sig efter vädrets makter.

Ytterligare vetenskaplig evidens har sedan dess tillkommit som både styrker metodens värde och också visar att tidsfönstret då behandlingen kan förväntas vara framgångsrik för vissa patienter kan ökas till 16 timmar i utvalda fall, men fortfarande är det så att majoriteten av patienterna måste behandlas inom några timmar för att få någon effekt alls.

Med anledning av ovanstående har representanter för tjänstemannaledningarna i Norra regionen gemensamt utarbetat en gemensam utvecklingsplan. Norrlandstingens regionförbund beslutade 2018-05-16, § 38, att rekommendera landstinget/regionerna att ställa sig bakom förslaget avseende utveckling av behandling av trombektomi vid akut stroke i Norra sjukvårdsregionen.

Regiondirektörens förslag

1. Region Jämtland Härjedalen godkänner den gemensamma utvecklingsplanen för trombektomi i norra sjukvårdsregionen.
2. Regiondirektören får i uppdrag att kontakta St Olavs universitetssjukhus för att säkerställa att patienter kan skickas dit när väder eller andra omständigheter gör det omöjligt att skicka patient till NUS.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Planeringschef

Utdrag till

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

§ 38 Trombektomi vid akut stroke (Dnr 182/16)

Kort sammanfattning av ärendet angående trombektomi vid akut stroke:

- Våren 2017 genomfördes tre möten med chefssamråden för; stroke, bild- och funktionsmedicin och hjärtsjukvård.
- Ett förslag till hur den fortsatta utvecklingen i norra sjukvårdsregionen kunde hanteras lades fram, vilket RVN och RJH reserverade sig mot.
- En lägesrapport presenterades vid Förbundsdirektionen i maj 2017.
- Hösten 2017 ställde RVN och RJH frågan till BG om verksamheten kunde påbörjas inom ramen för en forskningsverksamhet.
- Chefssamråden för stroke är oeniga och chefssamrådet för bild- och funktionsmedicin förordar utveckling på ett ställe.
- Hösten 2017 publicerades rapporten för "Trombektomi vid stroke" från det nationella programrådet för stroke. Där avråder man från att starta fler utbudspunkter.

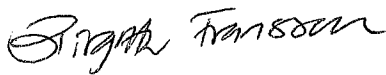
Vid arbetsutskottets möte redovisade förbundsdirektören resultatet av de tjänstemannaöverläggningar som genomförts mellan Västerbottens läns landsting, Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland, vilket innebär att man är överens om inriktningen i frågan. Dock reserverade sig Per Wahlberg (M), Region Västernorrland mot beslutet.

Vid Förbundsdirektionen redovisade förbundsdirektören det gemensamma förslag som arbetats fram och som framgår av bilaga 38.

Förbundsdirektionen beslutade

att rekommendera landstinget/regionerna att ställa sig bakom förslaget avseende utveckling av behandling av trombektomi vid akut stroke i Nora sjukvårdsregionen.

Rätt utdraget intygar:



Birgitta Fransson
Förbundssekreterare

Exp 2018-06-11 med bifogad bilaga 38 till:
Diarium vid Region Norrbotten, Västerbottens läns landsting, Region Västernorrland, Region Jämtland-Härjedalen.

Trombektomi vid stroke i Norra regionen

- utvecklingsplan

Bakgrund

Förbundsdirektören sammanfattade 2017-03-30 situationen för den akuta strokevården i Norra regionen i relation till behandling av stroke med trombektomi och gjorde bland annat följande reflektioner:

Den akuta strokevården kräver samarbete i hela regionen för att bli långsiktigt hållbar och av hög kvalitet.

Förutom trombektomi finns det ett antal andra faktorer som påverkar resultatet av den akuta strokevården för hela patientgruppen. Allt från kunskapen hos patienter och anhöriga att söka hjälp till transporttider och handlägningsrutiner är viktiga för utfallet.

Akut strokevård är under stark utveckling såväl nationellt som internationellt och den kunskap som vi idag gör våra avvägande utifrån kan komma att ändras relativt snabbt.

I det enskilda patientfallet finns det två principiella faktorer som påverkar resultatet av en eventuell intervention. Det första är **tiden** som innefattar hela förloppet från insjuknande och första kontakten med sjukvården ända fram till avgörandet om intervention är aktuell. Tidsfönstrets storlek kan variera. Den andra faktorn är **kompetensen** i genomförandet som innefattar såväl beslut om att intervention ska göras, teknisk skicklighet liksom strategiska avgöranden under behandlingens gång. Här finns ett samband mellan volym och kompetens.

För den samlade gruppen patienter med behov av intervention i regionen finns det dessutom behov av ett excellent centrum som driver uppföljning, utveckling, utbildning och forskning inom området.

Mot bakgrund av ovanstående reflektioner drogs slutsatsen att utformandet av den akuta strokevården i norra Sverige är en utvecklingsprocess som kräver återkommande utvärderingar och ställningstaganden. Samsyn rådde på tjänstemannaledningsnivå kring samtliga förslagspunkter utom en punkt som angav att i väntan på ytterligare evidens skulle trombektomi vid stroke endast genomföras vid Norrlands Universitetssjukhus.

Arbetet med de nationella riktlinjerna för stroke har fortsatt och hösten 2017 presenterade Nationella programrådet för stroke riktlinjer kring hur vården bör utformas nationellt och vilka organisatoriska och kompetensmässiga krav som bör uppfyllas vid centra där trombektomi vid stroke genomförs. Nationella kunskapsstyrningsrådet godkände vid en första presentation inte riktlinjerna utan gav programrådet i uppdrag att ytterligare belysa internationellt arbete och evidens. När programrådet så vid årsskiftet 2017/2018 återkom med en kompletterad rapport var Norrlands representanter inte nöjda med rapporten. Rapporten innehöll vissa sakfel gällande Västernorrland och skriftlig reservation lämnades därutöver med följande innehåll.

"Den kompletterande rapporten ger inte svar på de frågor som ställs i uppdraget. Följande frågor är inte tillräckligt belysta.

Pågående aktiviteter i omvärlden vad avser uppbyggnad av verksamheter med trombektomi vid stroke i samarbete med PCI-enheter. Enligt den information vi har fått är sådan verksamhet under uppbyggnad i ett antal länder, både i Europa och i andra världsdelar. Detta gör att man i högre grad bör beakta möjligheterna att bygga upp sådan verksamhet även i Sverige och då inbegripa en utveckling på länssjukhusnivå.

Detta framkommer inte i den kompletterande rapporten.

Jämlighetsaspekterna.

De stora avstånden i Sverige, inte minst i Norrland, medför stora svårigheter vid diagnoser och akuta tillstånd där prognosen är starkt beroende av ett mycket snabbt omhändertagande.

Denna situation löses inte heller med ett ökat antal ambulanshelikoptrar eller ambulansflygplan. Avstånden är fortfarande för långa vid den här typen av diagnos som kräver ett mycket snabbt omhändertagande. Även nyare typer av helikoptrar och flygplan måste rätta sig efter vädrets makter.

Ytterligare vetenskaplig evidens har sedan dess tillkommit som både styrker metodens värde och också visar att tidsfönstret då behandlingen kan förväntas vara framgångsrik för vissa patienter kan ökas till 16 timmar i utvalda fall, men fortfarande är det så att majoriteten av patienterna måste behandlas inom några timmar för att få någon effekt alls.

Med anledning av ovanstående har representanter för tjänstemannaledningarna i Norra regionen gemensamt utarbetat följande utvecklingsplan:

Gemensam utvecklingsplan för trombektomi i norra sjukvårdsregionen

1. För en långsiktigt hållbar akut strokevård av hög kvalitet så är ett väl fungerande samarbete i sjukvårdsregionen en förutsättning. Ett uppdrag ges till chefsrådet i stroke/regionalt programområde för nervsystemets sjukdomar(RPO) att tillsammans med chefsrådet Bild- och funktionsmedicin utarbeta en handlingsplan för den akuta strokevården i norra sjukvårdsregionen där förbättringsområden identifieras och åtgärdas. Handlingsplanen ska också innehålla utformning av ett gemensamt ansvar för utbildning för att säkra kompetens i norra sjukvårdsregionen. NUS erbjuder fortlöpande auskultation som utbildning, men också andra utbildningsmöjligheter (inom eller utom Sverige) ska undersökas för att säkra mängdträning i trombektomi för berörda kompetenser vid PCI-enheter i norra sjukvårdsregionen.
2. En särskild översyn av logistiken kring patientflödet görs under ledning av regional processledare anställd vid NRF. Detta innefattar bland annat; rutiner kring diagnos och dirigeringsanvisningar av vägabulans, analys av helikoptertillgång och påverkan av väder, hur kontakt med trombektomi-centrum initieras och etableras, säkerställande av rutiner vid avsändande, transport och mottagande. Detta kräver både sjukvårdsövergripande utredningar och lokala utredningar.

3. Chefssamråden/RPO utgör styrgrupp med stöd av regional processledare anställd vid NRF. Implementering och uppföljning av de kommande reviderade riktlinjerna för stroke från Socialstyrelsen är en naturlig utgångspunkt.
4. Även ett väl fungerande samarbete över nationsgränser där så är möjligt är värdefullt vid den akuta strokevården. För Jämtlands del bör samarbete med Trondheim vara en möjlighet t.ex. när endast vägtransport är möjlig att genomföra. Patienter från Vasa bör också kunna erbjudas möjlighet till akut strokevård i Norra regionen.
5. Det är viktig dels ur den enskilda patientens perspektiv men också för den samlade gruppen patienter att alla tänkbara fall för trombektomi omedelbart börjar diskuteras och analyseras tillsammans med den etablerade funktionen vid NUS. Dels för att ge den enskilda patienten bästa möjliga vård dels för att bygga upp en gemensam bild och kunskap kring regionens behov och behandlingsmöjligheter.
6. Organisandet av den akuta strokevården handlar ytterst om hur kvoten mellan risk och nytta ser ut på gruppnivå. I det enskilda fallet kan visserligen kvoten mellan risk och nytta vara total men vi saknar i dag möjlighet att veta vilka dom individerna är. Utfallet av de patienter som behandlas respektive inte behandlas med trombektomi måste därför följas noggrant och analyseras för att tillsammans med övrig forskning och utvärdering inom området bättre kunna avgöra hur behandling med trombektomi i fortsättningen ska läggas upp. För uppföljning behöver respektive region/landsting löpande ta fram statistik på hur många patienter som skickats som fått åtgärden trombektomi, vilka som skickats utan åtgärd, vart patienterna skickats och hur många som borde ha skickats men inte gick pga väder.
7. I väntan på att ett fungerande samarbete i sjukvårdsregionen etableras med en gemensam bild av behov och behandlingsmöjligheter, att strokevårdkedjan i sin helhet optimeras och att den i övrigt intensiva forskning och utveckling inom området kan ge vägledning om hur sjukvårdsregionens trombektomi-verksamhet kan läggas upp förslås att detta i nuläget enbart utförs vid NUS.
8. Årligen gör chefssamråden/RPO en gemensam bedömning i NRF av utfallet av utvärderingen av verksamheten enligt punkt 6 ovan och det samlade kunskapsläget avseende trombektomi. Rapport till NRFs förbundsledning görs för nytt ställningstagande för den norra sjukvårdsregionen. Den långsiktiga visionen är att sjukvårdsregionens PCI-centra ska kunna genomföra trombektomi, med start i Sundsvall. Detta ska ske med stöd av neurointerventionist, när evidens, erfarenhet och kompetens är säkrade.



18

Förslag till ändrat samarbetsavtal mellan
Kommunalförbundet Avancerad
Strålbehandling (Skandionkliniken) och
Sveriges landsting och regioner

RS/1326/2018

2018-08-23

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

RS/1326/2018

Förslag till ändrat samarbetsavtal mellan Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling (Skandionkliniken) och Sveriges landsting och regioner

Ärendebeskrivning

Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling (KAS) bildades 2006 av de sju landsting och regioner som innehar universitetssjukhus för att uppföra och driva en nationell anläggning för protonstrålning, Skandionkliniken. Målsättningen är att kunna tillhandahålla jämlik tillgång till denna högspecialiserade behandlingsform till alla patienter som behöver, oavsett bostadsort i Sverige.

År 2012 slöts ett samarbetsavtal mellan KAS och Sveriges landsting och regioner angående finansieringen av kommunalförbundets kostnader. Enligt samarbetsavtalet ska hälften av de budgeterade kostnaderna täckas genom abonnemangsentäkter och hälften genom ett fast pris per fraktion.

I augusti 2015 behandlades den första patienten på Skandionkliniken. Remitteringen av patienter har därefter inte ökat i den takt som förutsågs, dels i utredningarna inför uppförandet av Skandionkliniken och dels inför att samarbetsavtalet utformades. Intäkterna har därför blivit betydligt lägre än kostnaderna med underskott som följd. År 2017 var resultatet -52,2 mkr och år 2016 var det -37,7 mkr. För 2018 är prognosen ett resultat på omkring -50 mkr.

Skandionkliniken har höga fasta kostnader i form av kapitalkostnader för materiella anläggningstillgångar och hyra för fastigheten samt även för personal, medan de rörliga kostnaderna för att behandla ytterligare en patient är låga. Samtidigt är kapacitetsutnyttjandet lågt och Skandionkliniken skulle behöva få in fler patienter. Bedömningen är samtidigt att det finns ett behov av protonbehandling som inte tillgodoses i dag.

Under de förutsättningar som råder kommer det inte vara möjligt för kommunalförbundet att få en ekonomi i balans endast genom kostnadsminskningar. Bedömningen är att en höjd abonnemangsavgift är att föredra framför ett höjt pris per fraktion. Det motsvarar bättre den kostnadsbild som Skandionkliniken har samtidigt som den styr remissflödet på ett mer korrekt

sätt. Mot bakgrund av detta föreslår kommunalförbundet och medlemmarna gemensamt att samarbetsavtalet ska omförhandlas så att abonnemangsvygften höjs till 70 procent av kostnaderna för Skandionkliniken.

När kapacitetsutnyttjandet är lågt medför varje extra utförd fraktion låga extra kostnader för Skandionkliniken men betydande intäkter. För att uppmuntra landstingen och regionerna att remittera många fler patienter i nuvarande situation anser kommunalförbundet och dess medlemmar att direktionen ska ha möjlighet att införa en mängdrabatt. Således föreslås möjligheten för direktionen att besluta att priset sänks till hälften för fraktioner utöver landstingets/regionens kvot under året, beräknat på befolkningsandel och de antal fraktioner som budgeten baseras på.

Skandionkliniken har uppförts för att ge högspecialiserad behandling för patienter i hela landet. Det förutsätter att landstingen och regionerna remitterar de patienter för vilka protonstrålning har förutsättningar att ge ett bättre behandlingsresultat med färre biverkningar än fotonstrålning, "traditionell strålbehandling".

Sammanfattningsvis innehåller det nya samarbetsavtalet följande förändringar:

- Abonnemangsvygften höjs till 70 procent av kostnaderna från och med år 2019.
- Priset per fraktion räknas upp med LPIK exklusive läkemedel.
- Direktionen ges möjlighet att vid lågt kapacitetsutnyttjande införa en mängdrabatt. Rabatten innebär att priset per fraktion sänks till hälften för beställda fraktioner utöver landstingets/regionens kvot, beräknad som befolkningsandel multiplicerad med antalet budgeterade fraktioner.
- Det tydliggörs i avtalet att landstingen och regionerna har ansvar för att aktuella patienter i det egna landstinget/regionen remitteras till universitetssjukhusens onkologkliniker, som i sin tur ansvarar för att patienter remitteras till Skandionkliniken.

För Region Jämtland Härjedalen innebär detta att abonnemangsvygften som debiteras enligt regionens befolkningsandel höjs från 1 133 000 kronor per år till 1 586 200 kronor dvs en ökning med 485 000 kronor.

För alla fyra norrlandstingen har Norrlandstingens Regionförbund har i sin uppföljning noterat följande rörliga kostnader och patienter. Hur volymen patienter är från Jämtland Härjedalen framgår inte av den uppföljningen.

Tabell 5. Antal patienter och rörlig kostnad mnkr, Skandionkliniken

	2016	2017
Antal behandlingar	532	215
Antal patientbesök*	21	8
Rörlig kostnad exkl mat och hotell, mnkr	2,8	1,2

* En patient kan ha flera besök

Källa: Skandionkliniken

Vid ekonmidirektörsnätverkets möte i maj presenterades denna förändring där delgavs information om patientvolymen 2017. Av den framgår att i Norra sjukvårdsregionen kom 1 patient från Norrbotten, 1 patient från Västerbotten, 3 från Västernorrland och 1 patient från Jämtland. Andra områden har större nyttjande t ex Dalarna 20, Gävleborg 11 och Uppsala 16 patienter.

Av denna beskrivning framgår att det är stora skillnader i landet kring nyttjandet av denna resurs. Det bör diskuteras i norra sjukvårdsregionen vad som ligger bakom de stora skillnaderna i nyttjandet.

Regiondirektörens förslag

1. Region Jämtland Härjedalen godkänner det förändrade samarbetsavtalet med Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling (KAS)
2. Den ökade kostnaden ska beaktas när förslag till finansplan 2019-2021 utarbetas.
3. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att till kommande NRFdirektionens möte be om fördjupad analys kring norra sjukvårdsregionens nyttjande av Skandionkliniken.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Planeringschef

Utdrag till

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

Till Sveriges landsting och regioner

Förslag till ändrat samarbetsavtal mellan Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling och Sveriges landsting och regioner

Bakgrund

Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling (KAS) bildades 2006 av de sju landsting och regioner som innehar universitetssjukhus för att uppföra och driva en nationell anläggning för protonstrålning, Skandionkliniken. Målsättningen är att kunna tillhandahålla jämlik tillgång till denna högspecialiserade behandlingsform till alla patienter som behöver, oavsett bostadsort i Sverige.

År 2012 slöts ett samarbetsavtal mellan KAS och Sveriges landsting och regioner angående finansieringen av kommunalförbundets kostnader. Enligt samarbetsavtalet ska hälften av de budgeterade kostnaderna täckas genom abonnemangsintäkter och hälften genom ett fast pris per fraktion.

I augusti 2015 behandlades den första patienten på Skandionkliniken. Remitteringen av patienter har därefter inte ökat i den takt som förutsågs, dels i utredningarna inför uppförandet av Skandionkliniken och dels inför att samarbetsavtalet utformades.

Intäkterna har därför blivit betydligt lägre än kostnaderna med underskott som följd. År 2017 var resultatet -52,2 mkr och år 2016 var det -37,7 mkr. För 2018 är prognosen ett resultat på omkring -50 mkr.

Inriktning för budget 2019 och ändringar i samarbetsavtalet

Skandionkliniken har höga fasta kostnader i form av kapitalkostnader för materiella anläggningstillgångar och hyra för fastigheten samt även för personal, medan de rörliga kostnaderna för att behandla ytterligare en patient är låga. Samtidigt är kapacitetsutnyttjandet lågt och Skandionkliniken skulle behöva få in fler patienter. Bedömningen är samtidigt att det finns ett behov av protonbehandling som inte tillgodoses i dag.

Under de förutsättningar som råder kommer det inte vara möjligt för kommunalförbundet att få en ekonomi i balans endast genom kostnadsminskningar. Bedömningen är att en höjd abonnemangsavgift är att föredra framför ett höjt pris per fraktion. Det motsvarar bättre den kostnadsbild som Skandionkliniken har samtidigt som den styr remissflödet på ett mer korrekt sätt. Mot bakgrund av detta föreslår kommunalförbundet och medlemmarna gemensamt att samarbetsavtalet ska omförhandlas så att abonnemangsavgiften höjs till 70 procent av kostnaderna för Skandionkliniken.

Vidare föreslås att det skrivs in i avtalet att priset per fraktion ska räknas upp med landstingsprisindex, (LPIK, exklusive läkemedel), vilket är en korrekt beskrivning av hur priset sätts i dag. Då kan inte samtidigt priset räknas upp så att det täcker 50 procent av Skandionkliniken totala kostnader, varför denna skrivning föreslås tas bort i avtalet.

När kapacitetsutnyttjandet är lågt medför varje extra utförd fraktion låga extra kostnader för Skandionkliniken men betydande intäkter. För att uppmuntra landstingen och regionerna att remittera många fler patienter i nuvarande situation anser kommunalförbundet och dess medlemmar att direktionen ska ha möjlighet att införa en mängdrabatt. Således föreslås möjligheten för direktionen att besluta att priset sänks till hälften för fraktioner utöver landstingets/regionens kvot under året, beräknat på befolkningsandel och de antal fraktioner som budgeten baseras på.

Skandionkliniken har uppförts för att ge högspecialiserad behandling för patienter i hela landet. Det förutsätter att landstingen och regionerna remitterar de patienter för vilka protonstrålning har förutsättningar att ge ett bättre behandlingsresultat med färre biverkningar än fotonstrålning, "traditionell strålbehandling". Skandionkliniken ansvarar för att driva på arbetet med att ta fram nationella behandlingsprotokoll, dvs strukturerade instruktioner rörande behandlingsstrategi och teknik, för fler tumörgrupper. I takt med att det sker är det landstingens och regionernas ansvar att remittera patienter för vilka behandlingsprotokollen anger att protonstrålning är mer gynnsam än fotonstrålning.

Sammanfattning av förändringar i samarbetsavtalet för budget 2019

Sammanfattningsvis innehåller det nya samarbetsavtalet följande förändringar:

- Abonnemangsavgiften höjs till 70 procent av kostnaderna från och med år 2019.
- Priset per fraktion räknas upp med LPIK exklusive läkemedel.
- Direktionen ges möjlighet att vid lågt kapacitetsutnyttjande införa en mängdrabatt. Rabatten innebär att priset per fraktion sänks till hälften för beställda fraktioner utöver landstingets/regionens kvot, beräknad som befolkningsandel multiplicerad med antalet budgeterade fraktioner.
- Det tydliggörs i avtalet att landstingen och regionerna har ansvar för att aktuella patienter i det egna landstinget/regionen remitteras till universitetssjukhusens onkologkliniker, som i sin tur ansvarar för att patienter remitteras till Skandionkliniken.

Den fortsatta processen

Landstingen/regionerna ska återkomma med preliminärt besked om de godkänner avtalet - och även vilket politiskt organ som kan fatta beslut om detta och när - till karin.axen@skandion.se senast den 24 augusti 2018.

Förbundsdirektören tar fram förslag till budget för kommunalförbundet för 2019 med antagandet att 70 procent av kommunalförbundets kostnader täcks av abonnemangsintäkter.

Kommunalförbundets direktion beslutar om budget för KAS för 2019 den 12 september.

Stockholm 2018-06-27

För medlemmarna

Henrik Gaunitz

Ekonomidirektör
Stockholms läns landsting

Uppsala 2018-06-27

För Kommunalförbundet Avancerad
Strålbehandling

Peter Daneryd

Förbundsdirektör
Kommunalförbundet Avancerad
Strålbehandling

SAMARBETSAVTAL

AVSEENDE



mellan

- 1) Region Uppsala
- 2) Stockholms läns landsting
- 3) Region Skåne
- 4) Västra Götalandsregionen
- 5) Västerbottens läns landsting
- 6) Region Östergötland
- 7) Region Örebro län
- 8) Landstinget Sörmland
- 9) Region Jönköpings län
- 10) Region Kronoberg
- 11) Landstinget i Kalmar län
- 12) Region Gotland
- 13) Landstinget i Blekinge
- 14) Region Halland
- 15) Landstinget i Värmland
- 16) Region Västmanland
- 17) Landstinget Dalarna
- 18) Region Gävleborg
- 19) Region Västernorrland
- 20) Region Jämtland Härjedalen
- 21) Region Norrbotten

nedan kallade landstingen och regionerna

och Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling

nedan kallad KAS.

1 BAKGRUND

- 1.1** De sju landsting och regioner som inom sig rymmer universitetssjukhus, Region Uppsala, Region Östergötland, Region Skåne, Stockholms läns landsting, Västerbottens läns landsting, Västra Götalandsregionen samt Region Örebro län, har bildat Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling (KAS) med syfte att skapa en anläggning för cancerbehandling med protonstrålning - Skandionkliniken.
- 1.2** Protonstrålning av cancer utgör högspecialiserad sjukvård och beslut om behandling fattas vid universitetssjukhusens onkologiska kliniker. Skandionkliniken ska erbjuda behandling till aktuella patienter från hela landet. Landstingen och regionerna ansvarar för att aktuella patienter i det egna landstinget/regionen remitteras till universitetssjukhusens onkologkliniker, vilka ansvarar för att patienter remitteras till Skandionkliniken.
- 1.3** Genom arbete enligt så kallad distribuerad kompetens säkerställs att indikation och beslut om behandling med protonstrålning sker enligt vårdprogram och riktlinjer gemensamma för hela landet.

2 GRUNDER FÖR FINANSIERING

- 2.1** Grunden för finansiering av KAS är självkostnadsprincipen. Finansiering av verksamheten sker med ett grundabonnemang och ersättning per nyttjad fraktion.
- 2.2** Av årskostnad enligt fastställd budget ska 70 procent debiteras landstingen och regionerna i relation till deras respektive befolkningsandel sista december året innan, i form av ett årsabonnemang.
- 2.3** Med hänsyn till förändringar i befolkningsunderlag ska KAS årligen revidera fördelningen av abonnemangskostnaden mellan landstingen och regionerna.
- 2.4** Priset per fraktion, som är 6 052 kronor år 2018, ska årligen räknas upp med landstingsprisindex (LPIK exklusive läkemedel). Kostnaden för utnyttjad fraktion debiteras remitterande universitetssjukhus. Inom ramen för etablerade regionvårdsavtal vidaredebiteras hemlandstinget/-regionen för fraktionskostnaden.
- 2.5** Direktionen för KAS har möjlighet att besluta om mängdrabatt när kapacitetsutnyttjandet är lågt vid Skandionkliniken. Landstinget/regionen ska då betala hälften av ordinarie pris för utförda fraktioner utöver landstingets/regionens "kvot" för året. Kvoten ska beräknas som landstingets/regionens befolkningsandel, sista december året innan, multiplicerad med antalet fraktioner som kommunalförbundet har budgeterat med för året.

- 2.6** Eventuella överskott från verksamheten ska användas för att återställa tidigare underskott i kommunalförbundets ekonomi.
- 2.7** Full transparens för kostnaderna för KAS kommer att gälla och samtliga landsting och regioner kommer årligen att tillställas årsredovisning och revisionsrapport.

3 ERSÄTTNING

- 3.1** Landstingen och regionerna ska mot faktura utbetala abonnemangsavgift årligen i förskott till KAS, om inte annat beslutas i direktionen för KAS.
- 3.2** Ersättning per fraktion utbetalas av respektive universitetssjukhus mot faktura i enlighet med fastställda faktureringsrutiner.

Detta Avtal har upprättats i tjugotvå (22) likalydande exemplar, av vilka Parterna tagit var sitt.

Uppsala den -----

REGION UPPSALA

Kommunalförbundet Avancerad
Strålbehandling

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

REGION SKÅNE

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

REGION ÖSTERGÖTLAND

REGION ÖREBRO LÄN

LANDSTINGET SÖRMLAND

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

REGION KRONOBERG

LANDSTINGET I KALMAR LÄN

REGION GOTLAND

LANDSTINGET I BLEKINGE

REGION HALLAND

LANDSTINGET I VÄRMLAND

REGION VÄSTMANLAND

LANDSTINGET DALARNA

REGION GÄVLEBORG

REGION VÄSTERNORRLAND

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

REGION NORRBOTTEN

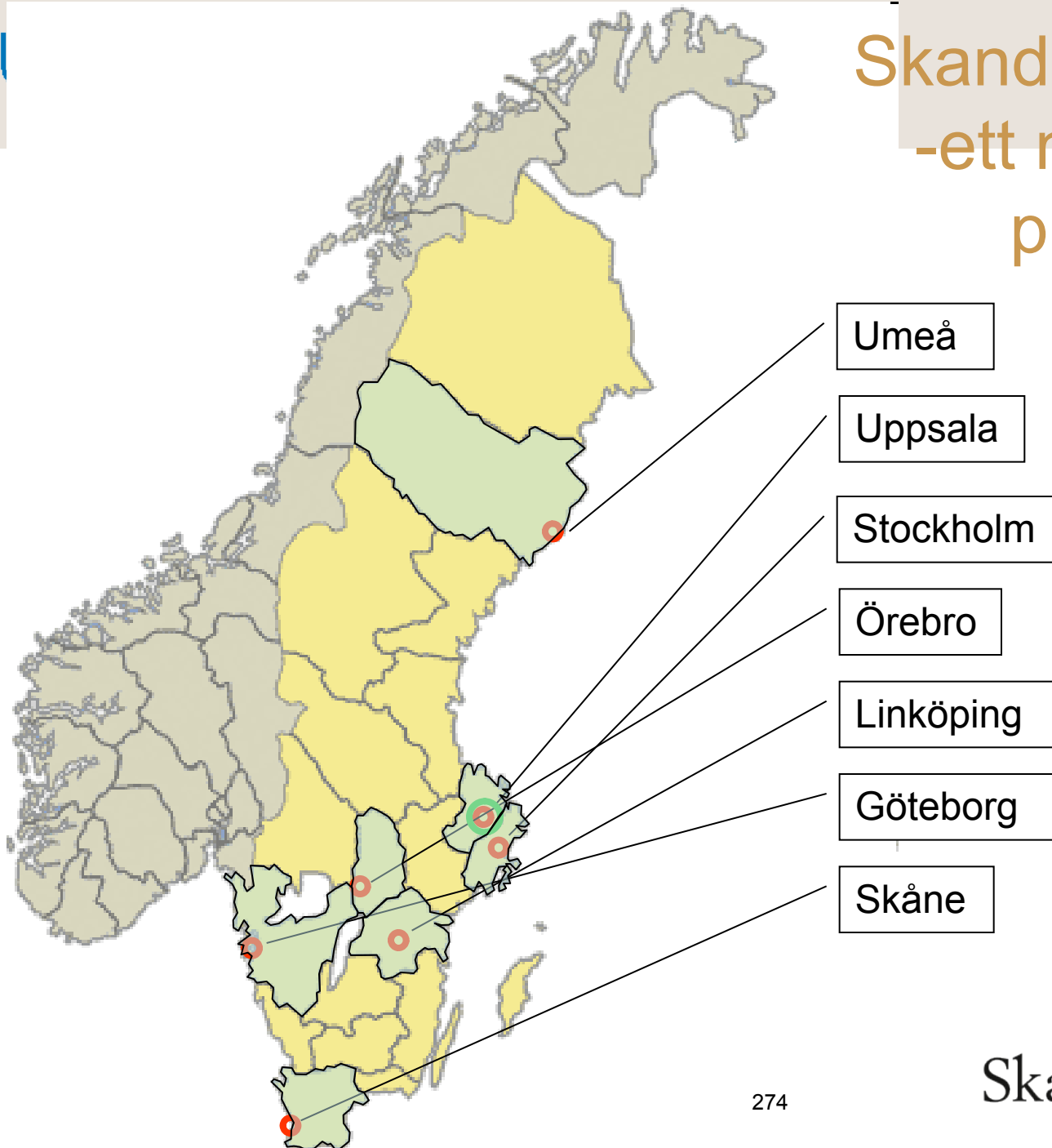
FÖRSLAG

Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling - Skandionkliniken

Möte med landstingens/regionernas
ekonomidirektörer

Kalmar 17-18 maj 2018

Skandionkliniken -ett nationellt projekt



9:e juni 2011



17:e maj 2013



3:e december 2014



31:a augusti 2015





Problemet

- Skandionkliniken har höga fasta kostnader för utrustningen och hyra för anläggningen men har för få patienter och går för halvfart
- Patienter får inte tillgång till behandlingen på lika villkor i Sverige
- Underskott på 38 mkr 2016 och 52 mkr 2017
- Prognos om ett underskott på 50 mkr 2018

Kapacitet och produktion lägre än beräknat

- Ursprunglig beräkning att kapaciteten skulle vara 15 000 fraktioner per år
- Ny beräkning är att kapacitetstaket ligger vid 11 400 fraktioner per år givet nuvarande arbetssätt
- År 2017 var produktionen 6 276 fraktioner
- För 2018 är prognosen att utföra 7400-7500 fraktioner
- Budgetförutsättningen för 2019 är att 9000 fraktioner utförs

Möjliga anledningar till att patienterna är färre än beräknat

- Arbetet med att ta fram behandlingsprotokoll för ytterligare tumörtyper har gått trögt.
- Skandionkliniken är inte känd ute i landet, varken av remitterande klinik eller patienter
- En behandlingsomgång är ofta sex veckor och det är tufft att bo på hotell långt hemifrån så länge
- Priset för behandlingen är betydligt högre än traditionell strålterapi för remitterande och betalande klinik
- Även traditionell strålterapi har utvecklats sedan Skandionkliniken planerades

Medlemmarnas ekonomidirektörer har fått i uppgift att:

- Ta fram utkast till förslag till långsiktig finansiering
- Analysera samtliga möjligheter till kostnadsbesparingar
- Se över prissättningen
- Se över andra möjligheter till att öka intäkterna
- Se över förändringar i finansieringen

Möjliga kostnadsbesparingar som har undersökts

- Flytta över lånet till medlemslandstingen för att minska räntekostnaden – Ger liten besparing men krångligt
- Köpa Skandionkliniken från Akademiska Hus för att minska hyreskostnaden – Akademiska Hus är inte intresserade av att sälja till det pris som KAS erbjudit och har inte återkommit med ett motbud trots flera påstötningar
- Låta Region Uppsala köpa Skandionkliniken från Akademiska Hus för att minska räntekostnaden – Region Uppsala är inte intresserade
- Säga upp personal för att minska personalkostnaden – Kan bli nödvändigt
- Ytterligare åtgärder - ?

Möjliga intäktsökningar

- Få fler patienter från Sverige – Snabba på framtagandet av nya behandlingsprotokoll samt marknadsföring
- Ta in fler utländska patienter – Eventuellt använda Care-bolagen
- Höja abonnemangsavgiften – Kräver en omförhandling av samarbetsavtalet men bör prövas
- Höja priset per fraktion – Priset är redan högt
- Hyra ut delar av Skandionkliniken till annan verksamhet – Skulle störa verksamheten
- Hyra ut delar av hotellet till annan verksamhet – Nu när rättstvisten är avklarad har region Uppsala uppmanat Akademiska sjukhuset att använda hotellet för egna patienter

Budgetunderskott även 2019 om förutsättningarna inte ändras

	Ökade kostnader	Oförändrade kostnader	Minskade kostnader
Antal fraktioner	9 000	9 000	9 000
Kostnader	202 544 tkr	189 081 tkr	184 000 kr
Abonnemangsintäkter (hälften av kostnaderna)	101 272 tkr	94 541 tkr	92 000 tkr
Intäkter vid uppräknig med LPIK till 6 052 kr*	59 913 tkr	59 913 tkr	59 913 tkr
Resultat	-41 359 tkr	-34 627 tkr	-32 087 tkr
Intäkter vid 20 % prishöjning till 7 064 kr*	69 938 tkr	69 938 tkr	69 938 tkr
Resultat	-31 334 tkr	- 24 602 tkr	-22 062 tkr
Pris per fraktion* som leder till nollresultat.	10 229 kr	9 550 kr	9 293 kr
Prishöjning per fraktion* som leder till nollresultat	74 %	62 %	58 %

Protonstrålning drygt tre gånger så dyrt som fotonstrålning i dagsläget

	Proton	Proton	Proton	Proton	Foton
Prishöjning	2,8 % (LPIK)	20 %	62 %*	74 %**	
Pris per fraktion	6 052 kr	7 064 kr	9 550 kr	10 229 kr	
Strålbehandling Svensk patient 30 behandlingar)	181 560 kr	211 920 kr	286 500 kr	306 870 kr	
Strålbehandling Utländsk patient 30 behandlingar	363 120 tkr	423 840 kr	573 000 kr	613 740 kr	
Förberedelser på hemmaklinik	50 000 kr	50 000 kr	50 000 kr	50 000 kr	
Resor och logi	28 000 kr	28 000 kr	28 000 kr	28 000 kr	
Totalt svensk patient	259 560 kr	289 920 kr	364 500 kr	384 870 kr	80 000 kr
Totalt utländsk patient	441 120 tkr	501 840 kr	651 000 kr	691 740 kr	

* Prishöjning som krävs för ekonomi i balans vid 9000 fraktioner och oförändrade kostnader

** Prishöjning som krävs för ekonomi i balans vid 9000 fraktioner och kostnadsökningar med 7,1 %

Samarbetsavtalet ger inte möjlighet att höja abonnemangsavgiften i nuvarande form

- Abonnemangsavgiften är fastställd i ett samarbetsavtal mellan samtliga landsting/regioner i Sverige och KAS 2012-09-20.
- §2.2 säger att: *Av årskostnad enligt fastställd budget skall 50 procent debiteras landstingen i relation till deras respektive befolkningsunderlag i form av årsabonnemang.*
- §2.4 säger att: *Av årskostnad enligt fastställd budget skall 50 procent fördelas på planerade antal fraktioner....*
- Avtalet innehåller ingen paragraf om på vilka grunder en omförhandling kan ske
- Avtalet ger möjlighet att höja priset per fraktion eftersom 50 procent av årskostnaden skall fördelas på planerat antal fraktion men däremot inte en höjning av abonnemangsavgiften utöver 50 procent av kostnaderna.

Abonnemang är en bra finansiering enligt teorin men en höjning kräver omförhandling med samtliga 21 landsting och regioner

- Landsting/regioner utanför medlemskretsen står för sammantaget en tredjedel (32 %) av abonnemangsintäkterna och betalar 1-4 procent av abonnemangskostnaderna vardera.
- De landsting utanför medlemskretsen som skickar många patienter i förhållande till sin befolkning skulle tjäna på en balansering av budgeten genom abonnemangshöjning framför en höjning av priset per fraktion. De som skickar få patienter skulle förlora på en abonnemangshöjning om de fortsätter att skicka få patienter.
- Jönköping har störst befolkning och betalar högst abonnemangskostnad utanför medlemskretsen med 4 procent idag. Samtidigt skickar Jönköping minst antal patienter av alla landsting och regioner till Skandionkliniken. Om KAS kostnader utgör 189,1 mkr i budget 2019 och abonnemanget höjs från 50% till 70% av kostnaderna höjs Jönköpings abonnemang med 1,3 mkr.

Budget 2019 skulle ge ett litet överskott vid trolig utveckling av antalet fraktioner om abonnemanget höjs till 70 procent av kostnaderna

	Ökade kostnader	Oförändrade kostnader	Minskade kostnader
Antal fraktioner	9 000	9 000	9 000
Kostnader	202 544 tkr	189 081 tkr	184 000 kr
Abonnemangsintäkter om 70 % av kostnaderna	141 781 tkr	132 356 tkr	128 800 tkr
Intäkter vid prishöjning med LPIK till 6 052 kr*	59 913 tkr	59 913 tkr	59 913 tkr
Resultat om abonnemangsintäkterna utgör 70 % av kostnaderna	-850 tkr	3 189 tkr	4 713 tkr

* 10 % utländska patienter som betalar dubbelt pris

Effekt per landsting/region av höjning av abonnemangsavgiften till 70 % av kostnaderna

Landsting/region	Folkmängd 2017	Folkmängd 2017 i %	Abonnemang i tkr vid 50 % av kostnaderna på 189 081 tkr	Abonnemang i tkr vid 70 % av kostnaderna på 189 081 tkr	Höjd abonnemangsavgift
Stockholm	2 308 143	23	21 562	30 187	8 625
Uppsala	368 971	4	3 447	4 826	1 379
Södermanland	291 341	3	2 722	3 810	1 089
Östergötland	457 496	5	4 274	5 983	1 710
Jönköping	357 237	4	3 337	4 672	1 335
Kronoberg	197 519	2	1 845	2 583	738
Kalmar	243 536	2	2 275	3 185	910
Gotland	58 595	1	547	766	219
Blekinge	159 371	2	1 489	2 084	596
Skåne	1 344 689	13	12 562	17 586	5 025
Halland	324 825	3	3 034	4 248	1 214
Västra Götaland	1 690 782	17	15 795	22 113	6 318
Värmland	280 399	3	2 619	3 667	1 048
Örebro	298 907	3	2 792	3 909	1 117
Västmanland	271 095	3	2 532	3 545	1 013
Dalarna	286 165	3	2 673	3 743	1 069
Gävleborg	285 637	3	2 668	3 736	1 067
Västernorrland	245 968	2	2 298	3 217	919
Jämtland	129 806	1	1 213	1 698	485
Västerbotten	268 465	3	2 508	3 511	1 003
Norrbotten	251 295	2	2 348	3 287	939
Utlandet					
Totalt	10 120 242	100	94 541	132 357	37 816

Möjliga incitament för att skicka fler patienter

- Eftersom Skandionkliniken går för halvfart är det bra om landstingen och regionerna skickar många fler patienter.
- Vi föreslår en mängdrabatt för den som remitterar många patienter.
- När landstinget/regionen väl har skickat sin andel patienter i förhållande till sin befolkning av budgeterade 9000 fraktioner sänks priset per fraktion till hälften
- Vid sänkt pris per fraktion är marginalintäkten fortfarande högre än marginalkostnaden och en nettointäkt för KAS

Sänkt pris till hälften vid antal fraktioner och antal patienter när abonnemang och pris per fraktion har satts så att break-even nås vid 9000 fraktioner

Landsting/region	Folkmängd 2017	Folkmängd %	Efter uppnått antal fraktioner ges lägre pris	Efter uppnått antal patienter ges lägre pris	Antal patienter 2017	Antal patienter som berättigar till lägre pris	Rabatt tkr
Stockholm	2 308 143	23	2 053	68	42		0
Uppsala	368 971	4	328	11	16	5	-459
Södermanland	291 341	3	259	9	5		0
Östergötland	457 496	5	407	14	7		0
Jönköping	357 237	4	318	11	4		0
Kronoberg	197 519	2	176	6	3		0
Kalmar	243 536	2	217	7	4		0
Gotland	58 595	1	52	2	2		0
Blekinge	159 371	2	142	5	2		0
Skåne	1 344 689	13	1 196	40	18		0
Halland	324 825	3	289	10	4		0
Västra Götaland	1 690 782	17	1 504	50	29		0
Värmland	280 399	3	249	8	3		0
Örebro	298 907	3	266	9	8		0
Västmanland	271 095	3	241	8	9	1	-87
Dalarna	286 165	3	254	8	20	12	-1 045
Gästrik	285 637	3	254	8	11	3	-230
Västernorrland	245 968	2	219	7	3		0
Jämtland	129 806	1	115	4	1		0
Västernorrland	268 465	3	239	8	1		0
Norrbotten	251 295	2	223	7	2		0
Totalt	10 120 242	100	9000	300	194	20	-1 822

Medlemmarnas förslag till inriktningsbeslut i KAS direktionen 23 maj

- Budgeten utgår ifrån att KAS ska utföra 9000 fraktioner 2019.
- Kostnaderna är oförändrade från 2018 års budgetnivå med 189 081 tkr. Om det blir troligt under året att KAS kommer att utföra fler än 9000 fraktioner kan kostnaderna tillåtas öka mer.
- KAS ska arbeta enligt plan med att få till stånd fler behandlingsprotokoll och kan ersätta deltagande experter med egna medel inom ram för detta
- KAS ska ta initiativ till möte med Care-bolagen för att få till stånd ett samarbete angående utländska patienter.
- Samarbetsavtalet omförhandlas så att abonnemangsavgiften höjs till 70 procent av budgeterade kostnader, dvs till 132 357 tkr
- Priset per fraktion räknas upp med LPIK index exklusive läkemedel dvs med 2,8 procent 2019
- En mängdrabatt införs så att priset per fraktion sänks till hälften för fraktioner utöver landstinget/regionens kvot under året, dvs för fler fraktioner än landstingets/regionens befolkningsandel * 9000 fraktioner.

Underskott att återställa enligt balanskravsreglerna i kommunallagen

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Resultat	- 3 229	26 422	-37 722	-52 255	-49 606*	-24 603**		
Att återställa enligt kommunallagen						37 722	52 255	49 606*
Senarelagd återställning***							89 997	49 606*
Totalt behov av kapitaltillskott p.g.a. underskott t.o.m. 2018								139 583*

*Prognos från KAS 2018-01-12

** Alternativ med 9000 fraktioner, frysta kostnader vid 2018 års nivå och prishöjning med 20 procent

***KAS har anfört synnerliga skäl för att börja återställandet först 2020

Förslag till landstingens/regionernas ekonomidirektörer

- Samarbetsavtalet förhandlas om så att:
- Av årskostnad enligt fastställd budget debiteras 70 procent landstingen som årsabonnemang i relation till deras respektive befolkningsunderlag.
- Priset per fraktion indexeras med LPIK, exklusive läkemedel
- Det årliga överskott används för att återställa KAS ackumulerade underskott enligt balanskravsresultatet



19

Riktlinje för intern styrning och kontroll

RS/598/2018

2018-08-10

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

RS/598/2018

Riktlinje för intern styrning och kontroll

Ärendebeskrivning

Vid regionfullmäktiges sammanträde den 19–20 juni 2018, antogs ett reviderat reglemente för intern styrning och kontroll. Denna riktlinje beskriver hur reglementet ska tillämpas i verksamheten i form av övergripande arbetssätt. Riktlinjen beskriver vad arbetet med intern styrning och kontroll innebär för Region Jämtland Härjedalen och tydliggör hur processen för intern styrning och kontroll är integrerad med planeringen, genomförandet, uppföljningen och förbättringen av verksamheten. Det åligger Regionstyrelsen, nämnderna och förvaltningarna att riktlinjen för intern styrning och kontroll efterlevs.

Regiondirektörens förslag

Riktlinje för intern styrning och kontroll antas.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Utdrag till

Handläggare sekretariatet

Riktlinje för intern styrning och kontroll

Beslutad 2018-01-01, av:

Sammanfattning/bakgrund

Denna riktlinje beskriver hur reglemente för intern styrning och kontroll ska tillämpas i verksamheterna i form av övergripande arbetssätt.

Riktlinje för intern styrning och kontroll
Dnr RS/598/2018

Handläggare
Daniel Nilsson
Sekretariatet

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

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING/BAKGRUND	1
1 SYFTE MED RIKTLINJEN.....	3
2 OMFATTNING/TILLÄMPNINGSOMRÅDE.....	4
3 ANSVAR.....	4
4 BESKRIVNING AV PROCESSEN FÖR INTERN STYRNING OCH KONTROLL.....	4
4.1 Verksamhetens organisation och arbetssätt.....	5
4.2 Identifiera och värdera framgångsfaktorer och risker	5
4.3 Ta fram och besluta om aktiviteter och åtgärder	5
4.4 Genomföra aktiviteter och åtgärder	5
4.5 Följa upp och utvärdera genomförda aktiviteter och åtgärder	6
4.6 Dokumentation av internkontrollprocessen.....	6
4.7 Bedömning av internkontroll, rapportskyldighet.....	6

1 Syfte med riktlinjen

Denna riktlinje beskriver vad arbetet med intern styrning och kontroll innebär för Region Jämtland Härjedalen och tydliggör hur den processen för intern styrning och kontroll är integrerad med planeringen, genomförandet, uppföljningen och förbättringen av verksamheten. Det åligger Regionstyrelsen, nämnderna och förvaltningarna att riktlinjen för intern styrning och kontroll efterlevs.

Bilden nedan illustrerar den dokumenthierarki som gäller för ISK (Intern styrning och kontroll) inom Region Jämtland Härjedalen.



Reglemente för ISK – Utgångspunkter, syftet, definitioner, roller och ansvar för ISK beslutas av regionfullmäktige

Riktlinje för ISK – Beskrivning av ISK-processen. Hur reglementet ska tillämpas i form av övergripande arbetssätt. Beslutas av regionstyrelsen.

Verksamhetsspecifika rutiner för hur ISK-processen ska tillämpas kan beslutas inom respektive förvaltning.

Grunden för utformningen av Region Jämtland Härjedalens process för intern styrning och kontroll har varit SOFS (2011:9), COSO-ramverket, FISK (2007:603) samt ISO-standarder. SOFS tillämpas redan av merparten av Regionens verksamheter och därför är den varit en viktig utgångspunkt.

2 Omfattning/tillämpningsområde

Riktlinjen gäller samtliga nämnder/förvaltningar/verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen och ska vara en integrerad del i Region Jämtland Härjedalens ledningsprocess.

3 Ansvar

Regiondirektören är ytterst ansvarig för att riktlinjens aktualitet provas och revideras vid behov.

4 Beskrivning av processen för intern styrning och kontroll

En god intern kontroll ska bidra till en ändamålsenlig och lagenlig verksamhet, att verksamheten med Regionens intressenters bästa för ögonen bedrivs effektivt och säkert. Syftet med intern kontroll och definitionen av intern kontroll framgår av Reglemente för intern styrning och kontroll (RS/598/2018).

Intern kontroll är en återkommande process som innebär att ständigt förbättra verksamhetens förmåga att leverera en ändamålsenlig och lagenlig verksamhet genom att uppfylla ställda krav:

Intern styrning

- a) Att verksamheten fullgör sina föreskrivna uppgifter samt uppnår beslutade mål och uppdrag.
- b) Att verksamheten bedrivs inom tilldelade ekonomiska ramar.

Intern kontroll

- c) Att verksamheten följer de styrande dokument som Region Jämtland Härjedalen har beslutat om samt lagar, förordningar, föreskrifter och avtal som gäller för verksamheten.
- d) Att redovisningen och uppföljningen av verksamheten och ekonomin är rättvisande och ändamålsenlig.
- e) Att informationssäkerheten är tillgodosedd utifrån kraven på konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet.

Arbetet i internkontrollprocessen sker i två spår, där ett av spåren utgår från kraven för intern styrning och det andra spåret utgår från kraven för intern kontroll. Processen består av momenten:

Identifiera framgångsfaktorer och risker, värdera framgångsfaktorer och risker, ta fram och beslut om aktiviteter och åtgärder, genomföra aktiviteter och åtgärder samt följa upp och utvärdera genomförda aktiviteter och åtgärder.

Infoga bild över processen.

4.1 Verksamhetens organisation och arbetssätt

Regiondirektör ska i enlighet med reglementet för intern styrning och kontroll ansvara för att det skapas en organisation och ett arbetssätt i verksamheten som möjliggör goda förutsättningar för att en tillräcklig intern styrning och kontroll upprätthålls inom förvaltningen. Verksamheternas organisation och arbetssätt är utgångspunkten för den interna styrningen och kontrollen. Det är här verksamheten kan förbättra sina möjligheter att bedriva en ändamålsenlig och lagenlig verksamhet genom att förebygga risker och att förbättra verksamhetens förmåga att uppnå goda resultat. Ändamålsenliga processer, kända och kommunicerade riktlinjer och rutiner som tydliggör vad som ska göras och hur arbetet ska utföras är en förutsättning.

4.2 Identifiera och värdera framgångsfaktorer och risker

Regiondirektör, chefer för förvaltningsområdena och regionstabschef ansvarar för att en analys genomförs för att identifiera och värdera framgångsfaktorer för att verksamheten ska fullgöra/uppnå krav a-b.

Regiondirektör, chefer för förvaltningsområdena och regionstabschef ansvarar för att en riskanalys genomförs för att identifiera risker som kan leda till icke-uppfyllande av krav a-c samt fatta beslut om hantering av risker. Att värdera risker innebär att bedöma hur allvarlig konsekvensen av en händelse skulle vara för verksamhetens intressenter och/eller Region Jämtland Härjedalen samt att bedöma sannolikheten för att en viss händelse inträffar. Utifrån bedömningen prioriterar verksamheten vilka risker som ska hanteras kommande verksamhetsår samt hur riskerna ska hanteras (behålla, begränsa eliminera).
Riskbedömningarna ska göras i riskbedömningsmatris.

4.3 Ta fram och besluta om aktiviteter och åtgärder

Utifrån de risker som hanteras ska verksamheten ta fram åtgärder för att förebygga att riskerna inträffar och/eller minska allvarlighetsgraden av konsekvenserna av att riskerna kan inträffa. Verksamheten ansvarar även för att utse en ansvarig person för genomförande av åtgärden/åtgärderna samt ett datum för när åtgärden ska vara genomförd. Använd riskbedömningsmatris. Åtgärderna ska arbetas fram som en del av planeringen i förvaltningarnas internkontrollplaner. Nämnder och förvaltningar ska årliga fastställa internkontrollplaner inom sina respektive ansvarsområden. Regionstyrelsen har möjlighet att komplettera nämndernas internkontrollplaner med obligatoriska åtgärder som gäller för samtliga nämnder.

4.4 Genomföra aktiviteter och åtgärder

Verksamheten genomför aktiviteter och åtgärder under verksamhetsåret i enlighet med sin planering. Omprövning av framgångsfaktorer, risker, aktiviteter och åtgärder ska vid behov göras under verksamhetsåret om verksamhetens förutsättningar eller omständigheterna har förändrats i betydande omfattning.

4.5 Följa upp och utvärdera genomförda aktiviteter och åtgärder

Chefer för förvaltningsområden/regionstabschef ansvarar för att uppföljning och utvärdering av genomförda aktiviteter och åtgärder sker under verksamhetsåret. Utvärderingen syftar till att bedöma om genomförda aktiviteter och åtgärder har bidragit till önskad effekt. Resultatet av uppföljningen ska rapporteras två gånger per år till nämnderna som också har rapportskyldighet till regionstyrelsen. Regionstyrelsen och övriga nämnder ska vid avvikelser ge uppdrag eller lämna anvisningar till förvaltningarna.

4.6 Dokumentation av internkontrollprocessen

Internkontrollprocessen ska gå att följa från identifiering av framgångsfaktorer och risker till uppföljning och utvärdering av effekterna av genomförda aktiviteter och åtgärder. Respektive förvaltning dokumenterar arbetet i sin analys och verksamhetsplan samt i sin riskanalys och internkontrollplan. Dokumentationen är ett underlag för förvaltningschefernas, nämndernas samt regionstyrelsens bedömning av om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

4.7 Bedömning av internkontroll, rapportskyldighet

Bedömning av om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig i enlighet med reglementet för intern styrning och kontroll ska ske vid helår. Bedömningen ska dokumenteras i förvaltningarnas/nämndernas uppföljningsrapporter. I bedömningen ingår att bedöma ändamålsenligheten av processen för intern styrning och kontroll samt hur tillämpningen har fungerat och vid behov föreslår förbättringsåtgärder. Förvaltningschefer ansvarar för att bedömningen rapporteras till nämnderna samt till regiondirektören som har rapportskyldighet till regionstyrelse. Regionstyrelsen ska utifrån sin uppsiktsplikt göra ett utlåtande i årsredovisningen om den interna styrningen och kontrollen för verksamheten i Region Jämtland Härjedalen har varit tillräcklig. Om det föresligger brister i den interna styrningen och kontrollen ska dessa brister beskrivas.



20

Svar på begäran om förtydligande av
svaret på granskning av det
suicidpreventiva arbetet

RS/207/2018



2018-08-13

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

RS/207/2018

Svar på begäran om förtydligande av svar på granskning av det suicidpreventiva arbetet

Ärendebeskrivning

Regionens revisionskontor har genomfört en granskning av det suicidpreventiva arbetet 2017. Granskningen har syftat till att svara på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av att det sker ett systematiskt förbättringsarbete för att närma sig fullmäktiges nollvision för suicid. Regionstyrelsen besvarade den granskningen 2018-05-30 § 115.

Revisorerna har nu begärt förtydliganden av svaret i fyra punkter och det ska besvaras senast 31 augusti. Paragrafen bör därför justeras omedelbart.

Ett förslag till svar har upprättats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på begäran om förtydliganden av svar på granskning av det suicidpreventiva arbetet 2017 antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen

Utdrag till

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Områdeschef Psykiatri
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen 2018-08-28
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post:

RS/207/2018

Svar på förtydligande av svaret på granskning av det suicidpreventiva arbetet 2017

Revisorernas fråga 1

- Av styrelsens svar framgår att hälso- och sjukvårdsförvaltningen har konkretiserat det suicidpreventiva arbetet genom att i verksamhetsplanen hänvisa till handlingsplanen för psykisk hälsa. Ärendet om att ta fram en handlingsplan för psykisk hälsa ligger emellertid hos den regionala utvecklingsnämnden. Vad vi kan se är den reviderade versionen från 2017 ännu inte fastställd av nämnden, vilket innebär att det för närvarande saknas en aktuell handlingsplan för psykisk hälsa. Vi vill få ett förtydligande om hur handlingsplanen för psykisk hälsa blir formellt styrande för regionstyrelsen som hälso- och sjukvårdsnämnd då ärendet tillhör en annan nämnd.

Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen område psykisk hälsa 2016-2020 är inte upprättad på uppdrag av Regionala utvecklingsnämnden. Det är istället en länsövergripande handlingsplan som fastställs av SVOM (Sociala vård och omsorgsgruppen). SVOM är en politisk samverkansgrupp med representanter från samtliga kommuner och regionen. SVOM ligger organisatoriskt under regionstyrelsen och Regionstyrelsens ordförande är också ordförande i SVOM. Den senaste versionen av handlingsplanen fastställdes av SVOM den 20 oktober 2017. Respektive huvudman ansvarar för att genomföra aktiviteter för att nå de mål som inryms i handlingsplanen.

Bakgrunden till handlingsplanen är den överenskommelse om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och Jämtlands läns landsting gällande personer med psykiska funktionsnedsättningar som upprättades första gången 2011. Det mot bakgrund av en långsiktig handlingsplan för psykiatri som togs fram av SKL, och där samverkan mellan huvudmän var en viktig beståndsdel, samt årliga överenskommelser mellan staten och SKL om insatser inom psykisk hälsa. I de årliga överenskommelserna ingår ekonomiska medel för analysarbete och lokala och regionala handlingsplaner. Den länsövergripande handlingsplanen är ett underlag för mål och aktiviteter utifrån överenskommelsen. En utgångspunkt för handlingsplanen är också det länsgemensamma måldokumentet "Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025".

Som beredande tjänstemannaorgan till SVOM finns de gemensamma kunskaps- och samverkansarenorna Fredagsgruppen och L-IFO. Fredagsgruppen bereder i första hand frågor inom vård- och omsorgsfrågor och L-IFO med frågor tillhörande individ- och familjeomsorg samt skola. De två organen ansvarar tillsammans med Barnarenan, samverkansorgan med fokus på barn och unga, för handlingsplanens intentioner och det

fortsatta arbetet. Region Jämtland Härjedalen har i dessa organ representanter från både regionala utvecklingsförvaltningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och regionstaben. Arbetet med handlingsplanen samordnas av tjänstemän inom område Valfärd, Klimat och kompetens eftersom det området har ett specifikt uppdrag att genom regional samordning samt gemensamma aktiviteter verka för en förbättrad psykisk hälsa. Samtliga samverkansarenor som nämnts ovan har också utbyte i olika frågor med Regionens samverkansråd vars uppgift är att samordna de regionala utvecklingsfrågorna med de kommunala frågor som har ett regionalt intresse.

För närvarande pågår en uppföljning samt ett revideringsarbete av planens mål i enlighet med de krav som ställs i 2018 års överenskommelse mellan regeringen och SKL. Reviderad upplaga av handlingsplanen går upp till beslut i SVOM den 19 oktober 2018. Det pågår också ett arbete med en ny övergripande handlingsplan för suicidpreventivt arbete. Framtagen handlingsplan beräknas även den tas upp för beslut i SVOM i oktober.

Revisorernas fråga 2

- De länsövergripande handlingsplanerna innebär att överenskommelser görs med kommunerna. Framtagandet av den länsövergripande handlingsplanen för psykisk hälsa har finansierats med riktade statsbidrag och är en del av den nationella satsningen för psykisk hälsa. Av regionstyrelsens svar framgår att regiondirektörens direktiv för förvaltningarnas verksamhetsplaner ska kompletteras med relevanta länsövergripande handlingsplaner. Vi vill få ett förtydligande om detta också innebär att länsövergripande handlingsplaner ska beslutas av regiondirektören. Om så är fallet, hur har detta reglerats i delegationsbestämmelserna avseende de förpliktelser övergripande handlingsplaner innebär mot tredje part. Hur har styrelsen säkerställt att detta inte bryter mot kommunallagens delegeringsförbud, dvs. förbud mot att delegera ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.

I Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplaner 2019 som fastställs av regiondirektör under augusti har listan med övergripande handlingsplaner kompletterats med en komplett lista över samtliga länsövergripande styrdokument, där ingår också de länsövergripande handlingsplanerna. Regiondirektörens direktiv syftar till att ge ledning och styrning, samt medskick, i verksamheternas arbete med verksamhetsplaner kommande år. I tidigare års direktiv har inte samtliga länsövergripande styrdokument funnits med, utan enbart förtecknats i regionplan, men för att tydliggöra att även dom utgör ett viktigt underlag i verksamhetsplaneringen har nu listan kompletterats. Regiondirektören beslutar inte om länsövergripande handlingsplaner och har ingen delegation på att fastställa länsövergripande styrdokument. De flesta fastställs av regionfullmäktige eller som beskrivits ovan av ett specifikt utpekat organ. Region Jämtland Härjedalen har för denna typ av dokument ofta två roller, dels att vara ansvarig och samordnande för framtagandet av dem tillsammans med andra aktörer i länet, dels att vara mottagare och en av länets aktörer i genomförande av styrdokumentens verkställande.

Revisorernas fråga 3

- Av granskningen framkommer att samma typer av brister återkommer i Lex Maria utredningarna kopplat till suicid. Av regionstyrelsens svar framkommer att detta delvis kan bero på att en förankring av Lex Maria teamet i ledningsgruppen hittills saknats. Detta bristande förfarande planeras att åtgärdas med start i september 2018. Styrelsens internkontrollplan kommer att kompletteras med en aktivitet som åtgärdar detta under 2018. Vi vill få ett förtydligande om vilka kontrollåtgärder som ska vidtas och hur man kan säkerställa en bestående effekt av dessa.

I det svar som Regionstyrelsen gav i maj står det ”Lex Maria teamet inom område Psykiatri är väl fungerande. En förankring i ledningsgruppen har dock hittills saknats, vilket planeras att åtgärdas med start i september 2018. Resultat från analyser som Lex Maria teamet gjort kommer att kommuniceras med enhetschefer och verksamhetschef. Syftet är att resultat av analyser ska ligga till grund för beslut om bättre patientsäkerhet”, ”Aktivt ta tillvara resultat från händelseanalyser. Markörbaserad journalgranskning inom psykiatri är beslutat samt rutin framtagen. Regionstyrelsens verktyg för att utöva sitt övergripande ansvar finns bland annat i den internkontrollplan som regionstyrelsen beslutar om. Regionstyrelsen kommer uppdatera 2018 års internkontroll med en aktivitet som fördjupar detta under hösten 2018. ”

Det finns just nu ingen aktivitet kopplat till Lex Maria ärenden i styrelsens internkontrollplan för 2018. Arbeta har nu påbörjats med internkontrollplanen för 2019. Det är därför för tidigt att beskriva vilka kontrollåtgärder som kommer att vidtas, men det är rimligt att anta att de bl a kommer att om psykiatriens arbete med att tillvara ta beslutat från händelseanalyser, markörbaserad journalgranskning och Lex Maria ärenden.

Revisorernas fråga 4

- Av den uppföljning som gjorts i form av delårsrapporter och uppföljning av den övergripande handlingsplanen mot suicid framgår väldigt lite om hur de regioninterna processerna fungerar. Regioninterna processer som vårdövergångar och utskrivningar från psykiatri har identifierats som riskområden. Fokus för uppföljningen har i stället varit vad arbetet på länsnivå medfört. I regionstyrelsens svar framgår att uppföljningen bör ha fokus på både det regioninterna arbetet och det länsövergripande. Vi vill dock ha ett förtydligande om hur regionstyrelsens uppföljning av regioninterna processer kommer att förbättras.

Processen för hur de länsövergripande styrdokumenterna följs upp ser olika ut beroende på vilket dokument det handlar om och vilken varaktighet dokumentet har. De flesta dokument revideras också löpande. Från 2019 kommer en särskild uppföljningspunkt att läggas in i regionala utvecklingsnämndens uppföljningsplan som kommer att omfatta en övergripande statusrapportering om de länsövergripande styrdokumenterna.

Inom Region Jämtland Härjedalen pågår ständiga förbättringar med att utveckla regionens arbete med uppföljning. Under 2017 initierades ett projekt i syfte att tydliggöra Region Jämtland Härjedalens arbete med uppföljning. Det resulterade bland annat i att uppföljningsprocessen tydliggjordes. Det utarbetades också tydligare och bättre mallar. Arbetet med att förbättra uppföljningen har fortsatt även under 2018.

Nästa uppföljning av politiska mål och övergripande handlingsplaner, även de länsövergripande, kommer att göras i samband med delårsbokslutet per augusti. Det finns ett behov av att tydligare redovisa regioninterna processer i uppföljningen. Inför arbetet med delårsbokslutet har det därför i instruktioner till sakkunniga medarbetare tydliggjorts att det är viktigt att i rapporteringen ge exempel på vad som pågår i verksamheten utifrån uppsatta mål och vad det bidrar till.

I överenskommelserna mellan regeringen och SKL om psykisk hälsa ställs också särskilda krav på analys. I enlighet med årets överenskommelse genomför Region Jämtland Härjedalen och Jämtlands läns kommuner under 2018 en gemensam analys av länets insatser för att förebygga ohälsa, förbättra skolresultat, ta hand om barn med behov av sammansatt stöd och resultat av specialistinsatser. Analysen kommer att finnas med i den övergripande handlingsplanen för psykisk hälsa.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson
Regiondirektör

Regionstyrelsen

Begäran om förtydligande av svaret på granskning av det suicidpreventiva arbetet 2017

Utifrån det svar Regionstyrelsen lämnade på vår granskning av det suicidpreventiva arbetet vill vi få förtydliganden avseende nedanstående delar av svaret:

- Av styrelsens svar framgår att hälso- och sjukvårdsförvaltningen har konkretiserat det suicidpreventiva arbetet genom att i verksamhetsplanen hänvisa till handlingsplanen för psykisk hälsa. Ärendet om att ta fram en handlingsplan för psykisk hälsa ligger emellertid hos den regionala utvecklingsnämnden. Vad vi kan se är den reviderade versionen från 2017 ännu inte fastställd av nämnden, vilket innebär att det för närvarande saknas en aktuell handlingsplan för psykisk hälsa. Vi vill få ett förtydligande om hur handlingsplanen för psykisk hälsa blir formellt styrande för regionstyrelsen som hälso- och sjukvårdsnämnd då ärendet tillhör en annan nämnd.
- De länsövergripande handlingsplanerna innebär att överenskommelser görs med kommunerna. Framtagandet av den länsövergripande handlingsplanen för psykisk hälsa har finansierats med riktade statsbidrag och är en del av den nationella satsningen för psykisk hälsa. Av regionstyrelsens svar framgår att regiondirektörens direktiv för förvaltningarnas verksamhetsplaner ska kompletteras med relevanta länsövergripande handlingsplaner. Vi vill få ett förtydligande om detta också innebär att länsövergripande handlingsplaner ska beslutas av regiondirektören. Om så är fallet, hur har detta reglerats i delegationsbestämmelserna avseende de förpliktelser övergripande handlingsplaner innebär mot tredje part. Hur har styrelsen säkerställt att detta inte bryter mot kommunallagens delegeringsförbud, dvs. förbud mot att delegera ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.
- Av granskningen framkommer att samma typer av brister återkommer i lex Maria utredningarna kopplat till suicid. Av regionstyrelsens svar framkommer att detta delvis kan bero på att en förankring av Lex Maria teamet i ledningsgruppen hittills saknats. Detta bristande förfarande planeras att åtgärdas med start i september 2018. Styrelsens internkontrollplan kommer att kompletteras med en aktivitet som åtgärdar detta under 2018. Vi vill få ett förtydligande om vilka kontrollåtgärder som ska vidtas och hur man kan säkerställa en bestående effekt av dessa.

- Av den uppföljning som gjorts i form av delårsrapporter och uppföljning av den övergripande handlingsplanen mot suicid framgår väldigt lite om hur de regioninterna processerna fungerar. Regioninterna processer som vårdövergångar och utskrivningar från psykiatri har identifierats som riskområden. Fokus för uppföljningen har i stället varit vad arbetet på länsnivå medfört. I regionstyrelsens svar framgår att uppföljningen bör ha fokus på både det regioninterna arbetet och det länsövergripande. Vi vill dock ha ett förtydligande om hur regionstyrelsens uppföljning av regioninterna processer kommer att förbättras.

Vi emotser senast den 31 augusti 2018 på denna begäran.

För Region Jämtland-Härjedalens revisorer



Bernt Söderman
Vice Ordförande



Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

Bilaga

Revisionsrapport "Granskning av det suicidpreventiva arbetet 2017" Rev/21/2017 och Regionstyrelsens svar RS/207/2018.

Kopia till

Regiondirektören

Förvaltningschef för hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Områdeschef för psykiatri

Områdeschef för regiondriven primärvård

Områdeschef för patientsäkerhet

Chefsläkare



21

Svar på granskning av geriatrisk
kompetens

RS/756/2018



2018-08-07

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

RS/756/2018

Svar på granskning av geriatrisk kompetens

Ärendebeskrivning

PwC har på uppdrag av och under ledning av revisionskontoret utfört en granskning av den geriatriska kompetensen inom Region Jämtland Härjedalen. Syftet med granskningen har varit att granska om regionstyrelsen har tillfredsställande kontroll av att det finns en tillräcklig geriatrisk kompetens för att upprätthålla en god och säker vård för multisjuka äldre.

Revisorerna vill att regionstyrelsen senast den 1 juni redovisar vilka åtgärder som styrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet. Regionstyrelsen har begärt och medgett förlängd svarstid så att svaret kan behandlas på styrelsens sammanträde 28 augusti.

Ett förslag till svar har upprättats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på granskning av geriatrisk kompetens antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen

Utdrag till

Utdrag och svar skickas till regionens revisorer
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Vårdstrateger



2018-08-28

RS/756/2018

Kerstin Lejonklou
Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Tfn: 063 - 15 34 57
E-post:

Regionens revisorer

Svar på Granskning av geriatrisk kompetens

PwC har på uppdrag av och under ledning av revisionskontoret utfört en granskning av den geriatriska kompetensen inom Region Jämtland Härjedalen. Syftet med granskningen har varit att granska om Regionstyrelsen har tillfredsställande kontroll av att det finns en tillräcklig geriatrisk kompetens för att upprätthålla en god och säker vård för multisjuka äldre. Rapporten har nummer REV/24/2017.

Revisorerna framför följande bedömningar och rekommendationer:

1. *Bevakning av kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet sker till viss del inom regionen, men bevakningen och kunskapsinhämtningen är inte systematiserad och regionövergripande.*

Svar:

Det geriatriska fältet är idag mindre avgränsat jämfört tidigare, då verksamheten som kallades geriatrik ofta fanns inom någon institutions väggar. Idag bor många personer som tidigare kunde kategoriseras som geriatriska patienter i egna hemmet högt upp i åldrarna, ibland med flera sjukdomar. Dessa personer har ofta hjälp och stöd såväl från hälso- och sjukvård från Region Jämtland Härjedalen, som vård och omsorg från någon av länets kommuner.

Revisionsrapporten konstaterar att det till viss del sker kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet, men att kunskapsinhämtningen inte är systematisk eller regionövergripande. På verksamhetsområdesnivå sker kunskapsspridning på olika sätt. Sannolikt kan systematiken bli bättre, men tillvägagångssätten måste få variera. De metoder för spridning av kunskap som finns tex inom ortopedi fungerar inte med säkerhet inom primärvård beroende på verksamheternas olika förutsättningar för medarbetarna att kunna ta del av information.

Rapporten konstaterar att geriatrisk kompetens handlar om att ha kunskap om åldrandet och åldrandets sjukdomar, och nämner att det bland annat ingår kunskap om läkemedel för äldre, åldrandets sjukdomar (t.ex. stroke och demens), kost och nutrition, tand- och munhälsa, rehabilitering samt palliativ vård. Självklart ingår

dessas delar i geriatrisk kompetens. Dock har rapporten en utgångspunkt som utelämnar såväl allmän som specifik omvårdnad, vilket lätt leder resonemangen i rapporten till fokus som inte blir komplett. Geriatrisk kompetens bör innehålla kunskap hos den legitimerade personalen att kunna göra bedömningar av en äldre persons hälsa och behov av omvårdnad. Här ingår att kunna göra adekvata riskbedömningar och ställningstaganden till eventuella åtgärder. Förebyggande åtgärder kan både vara sådana som individen själv ska lära sig att utföra t.ex. förebyggande av fall och sådana som hälso- och sjukvårdspersonal eller vård- och omsorgspersonal ska kunna utföra för att en äldre person ska få minskad risk för vårdskador.

Landstings- och regioners samverkan för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård har som ambition att skapa ett system för kunskapsstyrning för riket. En del i systemet är att bygga nationella programområden (NPO). I nuläget är ca 20 programområden framtagna, såtillvida att de blivit beslutade av styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan. Styrgruppen består av två landstings – regiondirektörer, fyra representanter från hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket samt en från Sveriges Kommuner och landsting. Ett av de beslutade NPO är Äldres hälsa. NPO Äldres hälsa kommer att ansvara för geriatrik, vård av multisjuka, palliativ vård i livets slutskede samt demens. Genom uppbyggnad av NPO får regioner och landsting bättre förutsättningar att kunna följa utvecklingen inom de olika specialiteterna, förutsatt att de regionala och lokala strukturerna blir ändamålsenliga. En viktig del blir mottagande av kunskap och spridning av kunskap till medarbetare inom olika yrkeskategorier. Information och återkoppling rörande det nationella arbetet sker i nuläget genom att varje region och landsting har representant i nationella kunskapsstyrningsgruppen.

2. *Det har hittills inte skett någon systematisk inventering avseende behovet av geriatrisk kompetens. Därmed saknas information om vilket kompetensbehov som behöver tillföras. Inom enskilda verksamhetsområden har det dock i viss utsträckning vidtagits åtgärder för att täcka kompetensbehovet.*

Svar:

Inom personalenheten görs inventeringar av behov av kompetens. Personalstrateg har gjort kartläggning av hur många specialistutbildade läkare och sjuksköterskor det finns i Region Jämtland Härjedalen. Vid kartläggning har Socialstyrelsens kategorisering använts. I kartläggning framkommer att det finns en geriatriker och två sjuksköterskor med specialistutbildning med examen äldresjuksköterska. En del i kartläggningen är att cheferna får svara på behov av kompetens med hjälp av framskrivningar i olika tidsintervall. Utifrån kända förändringar i verksamheten, förväntas cheferna göra bedömningar av vilka kompetenser de har behov av. Idag

görs kompetenskartläggningar med olika metoder och med inslag av manuell hantering, vilket är tidskrävande. Arbete pågår att övergå till att alla utbildningar ska läggas i SABA, ett system för kompetenshantering och webbaserat lärande. Systemet ger närmaste chef en överblick över gruppens och individens kompetenser och utvecklingsplaner.

Det är av vikt att vid inventering inom det geriatriska kompetensområdet även fokusera på icke legitimerad personals kunskap inom gerontologi och geriatrik och gällande rehabiliterande och bibehållande omsorg.

3. *Det saknas dokumenterade rutiner för att införa nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska området. Svårigheter att hitta i aktuella vårdprogram, riktlinjer och rutiner dokumenthanteringssystemet nämns som en brist i sammanhanget.*

Svar: Rutiner för att implementera vårdprogram och vådrutiner bör inte vara specifika för varje specialitet. Det bör finnas en grund i hur tillvägagångssättet ska vara. Implementering är ett viktigt steg, som ofta missbedöms avseende både tidsåtgång och insatser. Avseende mottagande och arbete med nationella riktlinjer finns dokumentet Beredning av nationella riktlinjer (23181), som innehåller avsnitt om implementering. Detta dokument kommer att omarbetas under hösten till följd av förmodade ändrade arbetssätt i samband med införande av nationella kunskapsstyrningssystemet. Norra sjukvårdsregionen kommer att ta fram en mer gemensam process vid mottagande av nationella riktlinjer och översynen påverkas även av Socialstyrelsens arbetssätt vid utskick och information av nationella riktlinjer i remissversion.

För att identifiera behov av övergripande vådrutin finns dokumentet Bedömningsgrund för behov av vådrutin och direktiv för godkännande (18207). Förutom att rutinen ska vara stöd vid övervägande av om en rutin ska gälla hela Region Jämtland Härjedalen eller vara lokal för ett verksamhetsområde finns beslutsgången beskriven där det framgår att alla nya rutiner tillkännages i ledningsmejl samt att person som tagit fram rutinen tillsammans med beslutande chef avgör om ytterligare informationsinsatser behövs. Inget av de nämnda dokumenten är specifikt utformat för geriatrik, men om det tas fram rutiner eller nationella riktlinjer inom geriatriska området behandlas dessa på samma sätt som andra. Geriatrik utkristalliseras inte inom Region Jämtland Härjedalen som en separat specialitet utan respektive specialitet innehar ansvar även för de äldre patienterna inom sitt ansvarsområde. I befintliga vårdprogram inom respektive specialitet finns äldre definierade som en specifik målgrupp när ålder har betydelse

för vårdinsatsen. Det kan vara en förklaring till varför specifika vårdprogram för äldre bedöms vara svåra att finna.

Vi är ytterst medvetna om att medarbetare kan tycka att det är svårt att hitta de dokument de söker i dokumenthanteringssystemet Centuri. Det finns en förväntan att varje person ska klara användandet av Centuri som dokumenthanteringssystem utan någon utbildning eller introduktion och utan vidareutbildning och information gällande förändringar i funktionalitet av systemet. Det behövs ett annat synsätt både avseende användning av dokumenthanteringssystemet/Centuri men även på Ledningssystemet. Ledningssystemet blandas ofta ihop med Centuri. Det är viktigt att påtala att Centuri bara är ett system för att hantera dokument tillhörande ledningssystemet.

Funktioner finns för att lättare styra så att de dokument en medarbetare frekvent behöver tillgång till ska ligga lättåtkomligt. Om resurser kan avsättas kan respektive verksamhet inventera sina behov. Behov finns av informations- och utbildningsinsatser såväl till personal med läsbehörighet som till personal utsedda att upprätta dokument.

4. *Det saknas dokumenterade rutiner för att kontrollera följsamheten till nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet.*

Svar: Även när det gäller uppföljning bör den processen ha en generell utgångspunkt. Uppföljning av vårdprogram och vådrutiner sker till viss del genom att den som är ägare till en vådrutin, som är publicerad i Centuri, får påminnelse från systemet när det är dags att uppdatera. Detta gäller de dokumentkategorier som det är granskningsplikt på. Om vådrutinen är skriven i rätt dokumentmall dvs vådrutin (medicinsk, omvårdnad, rehab rutin) fungerar denna påminnelsefunktion och uppdatering av dokumentet kan göras. Denna funktion åtgärdar inte följsamheten till en rutin, men säkerställer att den rutin som finns är uppdaterad, granskad och beslutad.

Uppföljning av följsamhet är ett förbättringsområde. Under förutsättning att resurser finns, kan internkontroll som verktyg användas för uppföljning av följsamhet i högre omfattning än vad som görs idag.

5. *Vår bedömning är att det inte finns något geriatriskt team inom regionen vilket också innebär att det inte finns något geriatriskt team att nyttja för att täcka kompetensbehov.*

Svar:

Avsaknad av geriatriskt team samt med hänvisning till Mobilt närvårdsteam (MINT) finns omnämnt i revisionsrapporten. Det finns dock inte beskrivet vad man avser med begreppet Geriatriskt team och vilka kompetenser och uppdrag ett sådant team skulle innefatta varför det är svårt att bedöma i jämförelse med befintliga verksamheter i regionen vad som bättre kunnat täcka kompetensbehov och övriga ej definierade uppdrag. Utifrån detta nämner vi här nedan vissa förutsättningar och behov av förtydliganden kring MINT.

MINT har inte ett läsuppdrag för alla äldre patienter utan uppdrag för till teamet anslutna personer med multisjuklighet i instabilt läge och inte nödvändigtvis äldre personer, även om ålder, 75år eller äldre är ett av sex inskrivningskriterier varav fyra ska vara uppfyllda. I teamet finns Geriatrisk kompetens som kan ge konsultativa-, stödjande insatser främst kring personer anslutna till teamet. MINT har inte ett uppdrag att kompetensutveckla andra men ger råd och stöd i frågor kring multisjuka personer till legitimerad personal i primärvård och kommunal sjukvård.

MINT utför inte multiprofessionella utredningar

Det finns behov av att inför permanentandet av MINT förtydliga om teamet ska ha ett uppdrag rörande att vara kompetensresurs och bistå med konsultativt stöd till andra. Efter fattade beslut bör informationsinsats ges till berörda.

Det konstateras i bakgrundsbeskrivning av revisionens granskning att "Multisjuka äldre har ofta komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver nära samarbete mellan kommun, primärvård och slutenvård." En god samverkan mellan huvudmännen med tydligt definierade ansvarsområden och informationsflöden är en förutsättning för detta.

1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft. Bestämmelser om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan ska tillämpas. För att kunna möta samverkansbehoven som krävs för en god och sammanhållen vård för äldre och multisjuka har Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner tecknat en överenskommelse enligt SFS 2017:612, 4 kap 5 § som reglerar samverkan och ansvar vid vårdens övergångar. Överenskommelsen är en bilaga till *Samverkan kring hemsjukvård mellan region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län, sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst i Jämtlands län*

Gemensamma riktlinjer för samarbete vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården finns framtagna. <http://centuri/ViewItem.aspx?regno=42702>

Syftet med riktlinjen är att "Den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård och en socialtjänst av god kvalitet genom hela in- och utskrivningsprocessen. Att

ledtiderna är så korta som möjligt vid utskrivning från slutenvård till fortsatt öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst och att individen känner sig delaktig har inflytande och upplever trygghet i samband med hemgång från sluten vård.”

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson
Regiondirektör

Regionstyrelsen

Granskning av geriatrisk kompetens

På vårt uppdrag har PwC under ledning av revisionskontoret genomfört en granskning av den geriatriska kompetensen inom regionen.

Syftet med granskningen har varit att granska om Regionstyrelsen har en tillfredställande kontroll av att det finns en tillräcklig geriatrisk kompetens för att upprätthålla en god och säker vård för multisjuka äldre.

Granskningen är samordnad med en granskning inom Östersunds kommun. Bedömningar och rekommendationer avseende Östersunds kommun framgår inte i denna skrivelse.

Inledningsvis kan vi konstatera att det inte finns något geriatriskt team inom regionen att nyttja för att täcka kompetensbehovet. Däremot bedrivs ett projekt avseende mobilt närvårdsteam (MINT), riktat mot hemsjukvårdspatienter. I närvårdsteamet ingår bland annat en geriatriker. Enligt uppdragsbeskrivningen för projektet ska konsultativa insatser, som tidigare gavs av projektet "Geriatriskt stöd", ingå i MINTS verksamhet. Dock bör närvårdsteamet bli bättre på att informera om sin nuvarande verksamhet till berörda enheter.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad revisionsrapport.

Nedan följer några av de bedömningar och rekommendationer som beskrivs i rapporten:

- Bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet sker till viss del inom regionen, men bevakningen och kunskapsinhämtningen är inte systematiserad och regionövergripande.
- Det har hittills inte skett någon systematisk inventering avseende behovet av geriatrisk kompetens. Därmed saknas information om vilket kompetensbehov som behöver tillföras. Inom enskilda verksamhetsområden har det dock i viss utsträckning vidtagits åtgärder för att täcka kompetensbehovet.
- Det saknas dokumenterade rutiner för att införa nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska området. Svårigheter att hitta i aktuella vårdprogram, riktlinjer och rutiner dokumenthanteringssystemet nämns som en brist i sammanhanget.
- Det saknas dokumenterade rutiner för att kontrollera följsamheten till nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet.

Vi emotser **senast den 1 juni 2018** redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Region Jämtland-Härjedalens revisorer



Bernt Söderman
Vice Ordförande



Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

Bilaga

Revisionsrapport "Granskning av geriatrisk kompetens" Rev/24/2017.

Kopia till

Regiondirektören

Förvaltningschef för hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Områdeschef för Ortopedi

Områdeschef för akutområdet

Områdeschef för regiondriven primärvård

Revisionsrapport

Granskning av geriatrisk kompetens

Region Jämtland Härjedalen
Östersunds kommun

Jenny Krispinsson
Cert. kommunal
revisor

Maria Strömbäck
Revisionskonsult

Linnéa Grönvold
Revisionskonsult

Mars 2018

Innehållsförteckning

1.	Inledning	1
1.1.	Uppdrag.....	1
1.2.	Bakgrund	1
1.3.	Syfte och revisionsfrågor	2
1.4.	Revisionskriterier	2
1.5.	Metod och avgränsning	2
2.	Granskningsiakttagelser Region Jämtland Härjedalen	4
2.1.	Mål och styrdokument.....	4
2.2.	Bevakning och kunskapsinhämtning	6
2.3.	Kompetens.....	7
2.3.1.	Inventering av kompetensbehov	7
2.3.2.	Åtgärder för att täcka kompetensbehov	8
2.4.	Geriatriskt team.....	9
2.5.	Vårdprogram och vådrutiner	11
2.5.1.	Implementering av nya vårdprogram och vådrutiner	11
2.5.2.	Rutiner för uppföljning av följsamhet till vårdprogram och vådrutiner	12
2.6.	Övriga iakttagelser.....	13
3.	Granskningsiakttagelser Östersunds kommun	14
3.1.	Mål och styrdokument.....	14
3.2.	Bevakning och kunskapsinhämtning	16
3.3.	Kompetens.....	17
3.3.1.	Inventering av kompetensbehov	17
3.3.2.	Åtgärder för att täcka kompetensbehov	18
3.4.	Geriatriskt team.....	20
3.5.	Vårdprogram och vådrutiner	21
3.5.1.	Implementering av nya vårdprogram och vådrutiner	21
3.5.2.	Rutiner för uppföljning av följsamhet till vårdprogram och vådrutiner	21
4.	Bedömning av revisionsfrågor	23
4.1.	Region Jämtland Härjedalen	23
4.2.	Östersunds kommun	24

1. *Inledning*

1.1. *Uppdrag*

De förtroendevalda revisorerna inom Region Jämtland Härjedalen och de förtroendevalda revisorerna inom Östersunds kommun har beslutat sig för att genomföra en gemensam granskning av om det finns tillfredställande geriatrisk kompetens hos vård- och omsorgspersonal för vården av multisjuka äldre.

PwC har genom anbudstävlan erhållit uppdraget och genomfört granskningen. Granskningens resultat redovisas i föreliggande rapport.

1.2. *Bakgrund*

Multisjuka äldre har ofta komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver nära samarbete mellan kommun, primärvård och slutenvård. Vården bör vara individanpassad, skapa trygghet för den äldre och präglas av en helhetssyn och kontinuitet.¹ Ofta kräver vården av denna grupp insatser från ett multi-professionellt team.²

Geriatrisk kompetens handlar om att ha kunskap om åldrande och åldrandets sjukdomar och utifrån det kunna göra en helhetsbedömning av vårdbehovet och vilka insatser som behöver vidtas. Inom geriatrisk kompetens ingår bland annat kunskaper om:

- Läkemedel för äldre
- Åldrandets sjukdomar som t.ex. demens och stroke
- Kost och nutrition
- Tand- och munhälsa
- Rehabilitering
- Palliativ vård

Multisjuka äldre behöver ofta vård från olika vårdnivåer och det är därför viktigt att flera olika yrkeskategorier inom olika delar av vården har geriatrisk kompetens. Det kan handla om läkare distriktsköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, socionomer, undersköterskor och sjukvårdsbiträden. En stor del av dessa yrkeskategorier arbetar inom den kommunala hemsjukvården och särskilda boenden.

En ytterligare faktor att ta hänsyn till avseende geriatrisk kompetens är att antalet äldre med utländsk härkomst ökar. Detta ställer krav på kompetens inom andra områden som t.ex. kunskap om olika kulturer samt språkkunskaper.

¹ Svensk geriatrisk förening "Ett policyprogram för bästa möjliga vård"

² Framtidens geriatrik Socialstyrelsen

1.3. Syfte och revisionsfrågor

Av förfrågningsunderlaget framgår följande syfte och revisionsfrågor:

Syftet med granskningen har varit att granska om regionstyrelsen respektive vård- och omsorgsnämnden i Östersunds kommun har en tillfredställande kontroll av att det finns en tillräcklig geriatrisk kompetens för att upprätthålla en god och säker vård för multisjuka äldre.

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- Finns en tillfredställande bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet?
- Sker återkommande inventering av vilken kompetens som saknas och behöver tillföras?
- Har åtgärder vidtagits/planerats att vidtas för att täcka kompetensbehovet?
- Nyttjas det geriatriska teamet på ett tillfredställande sätt för att täcka kompetensbehovet?
- Finns tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet?
- Finns tillfredställande rutiner för att följa upp verksamheten till nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet?

1.4. Revisionskriterier

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Patientsäkerhetslagen
- Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kompetens hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12)

1.5. Metod och avgränsning

Granskningen inleddes med insamling och granskning av relevanta styrdokument, riktlinjer/rutiner samt relevanta underlag kopplat till kompetens inom området från Region Jämtland Härjedalen och Östersunds kommun. Föreliggande revisionsfrågor samt analys av styrdokument har fungerat som underlag för upprättande av frågeställningar för djupintervjuer inom regionen och kommunen.

Inom ramen för granskningen har 29 personer från Region Jämtland Härjedalen och Östersunds kommun intervjuats. De intervjuer som genomförts har syftat till att ge svar på specifika frågor samt bekräfta eller dementera iakttagelser som gjorts vid genomförda dokumentstudier.

Följande befattningar har intervjuats inom Region Jämtland Härjedalen:

- Verksamhetschef, enhetschef, sjuksköterska samt medicinskt ledningsansvarig inom akutsjukvård och ortopedi
- Verksamhetschefer och/eller enhetschef inklusive medicinskt ledningsansvarig för Frösöns hälsocentral, Odensala hälsocentral, Strömsunds hälsocentral och Svenstaviks hälsocentral
- Geriatriker och sjuksköterska från det mobila närvårdsteamet
- Regionöverläkare
- Vårdstrateg
- Verksamhetsutvecklare
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Avstämning via mejl med personalstrateg

Följande befattningar har intervjuer inom Östersunds kommun:

- Biträdande förvaltningschef och sektorchef
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Enhetschefer och sjuksköterskor vid fyra särskilda boenden
- Verksamhetsutvecklare

Efter analys av resultatet från intervjuer och dokumentstudier har gransknings-iakttagelser och preliminära bedömningar återkopplats till verksamhetsföreträdare för att säkerställa resultatet och åstadkomma en fördjupad förståelse för vad granskningen visar. Innehållet har även stämts av med regiondirektören.

Granskningen har inom Region Jämtland Härjedalen avgränsats till två enheter inom den specialiserade vården och fyra hälsocentraler, varav två hälsocentraler inom Östersunds kommun. Inom Östersunds kommun har granskningen avgränsats till fyra särskilda boenden inom Östersunds kommun. Granskningen har varit avgränsad till revisionsåret 2017.

Avstämningar avseende granskningsresultat har löpande genomförts med revisionskontoret inom Region Jämtland Härjedalen.

Rapporten har kvalitetssäkrats av Jean Odgaard, certifierad kommunal revisor.

2. *Granskningsiakttagelser Region Jämtland Härjedalen*

2.1. *Mål och styrdokument*

Regionfullmäktiges strategiska mål anges i *Regionplan 2016-2018*. Inom området patient framgår följande mål:

- Patientsäker vård av god kvalitet efter behov
- Den vård som är möjlig ska ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt
- Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper
- Bra bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor
- Ökat patientinflytande

I Regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges utöver fullmäktiges strategiska mål även följande aktiva mål inom området Patient:

- Andel vårdskador ska minska
- Minska antalet återinskrivningar

Vidare framgår av planen att regionen ska ha en patientsäker och jämlik vård av god kvalitet. Det ska bland annat ske ett fortsatt arbete inom Ledningskraft för att beakta äldre och multisjukas behov av vård och kontinuitet. Det anges även att tillgången till specialistkompetens och teamresurser är viktig för dessa grupper samt att implementeringen av närvårdsteam ska följas. I planen beskrivs också att vård inom Region Jämtland Härjedalen så långt som det är möjligt ska ske i hemmet eller så nära hemmet som möjligt. Den specialiserade vården ska tillsammans med primärvården och kommunal vård ändra arbetssätt för att delta i utvecklingen av vård i hemmet. Vidare anges att det inom Region Jämtland Härjedalen och tillsammans med kommunerna ska utvecklas nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar.

I uppföljningsplanen framgår hur uppföljning ska ske avseende målen. Bland annat anges att arbetet med de mest sjuka äldre följs upp av regionstyrelsen i november, liksom samverkan med kommunerna i SVOM och Barnarenan. I oktober följs de aktiva målen för området patient upp.

Tillsammans med kommunerna i länet har Region Jämtland Härjedalen även antagit gemensamma mål för hälso- och sjukvårdsområdet. Målen framgår av dokumentet *Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025*. De övergripande målen är:

- Förbättrad psykisk hälsa

- Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor
- Tillgänglighet och samordnad hälso- och sjukvård

I dokumentet lyfts fram att särskilt fokus bland annat ligger på målgrupperna barn, unga och äldre. Vidare lyfts samverkan i form av satsningen *Bättre liv för sjuka äldre* fram liksom behovet av kompetensförsörjning hos såväl kommunerna som regionen. Avseende geriatrisk kompetens så beskrivs att kompetens inom området behöver utvecklas gemensamt mellan regionen och kommunerna.

De verksamhetsområden som berörts av granskningen inom regionen är primärvården, akutvården samt ortopedin. I verksamhetsplanen för regiondriven primärvård 2017 framgår bland annat att kompetensförsörjning är en stor utmaning. Vidare lyfts det fram att specialiserad vård och primärvård tillsammans ska ändra arbetssätt och utveckla nya arbetsformer för vård oberoende av distans samt mobila lösningar, med syfte att de vårdbehövande ska få vård i hemmet eller så nära hemmet som möjligt. Detta arbete kräver nära samverkan med kommunerna i länet. Som mål inom området patient anges:

- God vård (med mätetal för patienter 70 år och äldre)
- Andel diabetespatienter typ 2 ska minska

Även i akutvårdens verksamhetsplan för år 2017 beskrivs kompetensförsörjningen som en stor utmaning. Bland annat ses utmaningar avseende att sjuksköterskor och undersköterskor inte uppfyller krav för att arbeta på akutmottagningen samt att rörligheten bland personal ökar rekryteringsbehovet. En viktig del i möjligheten att rekrytera beskrivs vara att kunna erbjuda ersättning vid utbildning. De målområden som anges inom området patient i verksamhetsplanen är bland annat:

- Nöjda patienter
- Medicinsk kvalitet
- Vårdskador

Liksom hos akutsjukvården och primärvården lyfts det i ortopedins verksamhetsplan för år 2017 fram att kompetensförsörjningen är en stor utmaning. Det beskrivs att brist på ordinarie personal både hindrar utvecklingen och kostar pengar. Bristen på personal påverkar också hur många vårdplatser som kan hållas öppna. Inom område patient anges följande mål:

- Andel anmälningar till patientnämnden angående bemötande skall minska
- Andel brytpunktssamtal (dokumenterade i journal) för patienter som kan medverka ska öka
- Antal enkla läkemedelsgenomgångar (ska öka)
- Andel oplanerad återinskrivning inom 30 dagar ska minska?
- Alla vårdverksamheter ska genomföra förbättringsarbeten relaterade till aktuella egna mätresultat inom områdena: Vårdprevention, BHK och VRI
- Andel vårdskador (ska minska)

- Utskrivningsmeddelande

Till verksamhetsmålen inom primärvården, akutvården och ortopedin finns såväl utgångsvärden, målvärden, intervaller samt hur målen mäts. Till målen finns också aktiviteter formulerade. För mer detaljerad information om dessa hänvisas till respektive verksamhetsplan.

2.2. Bevakning och kunskapsinhämtning

Av granskningen framgår att det inte finns någon funktion centralt inom Region Jämtland Härjedalen som har ett formaliserat uppdrag att särskilt att bevaka och inhämta kunskap inom det geriatriska området.

Inom de verksamheter som ingått i granskningen sker i varierande omfattning bevakning och kunskapsinhämtning avseende det geriatriska området. Inom en del verksamheter har uppdraget att bevaka och inhämta kunskap inom området formaliserats, medan andra verksamheter är beroende av att personal med särskilt intresse för området på eget initiativ står för bevakning och kunskapsinhämtning.

Inom regionen finns sedan år 2016 ett mobilt närvårdsteam (se avsnitt 3.4) vars uppdrag är att utveckla vård och omsorg för personer med omfattande behov samt skapa en ökad upplevelse av trygghet för individer och deras närstående när de befinner sig i ett instabilt skede eller multisviktande situation. Inom teamet arbetar bland annat en äldresjuksköterska och en geriatriker och en stor del av de patienter som är inskrivna hos teamet uppges vara äldre individer. Av uppdragsbeskrivningen för mobila närvårdsteamet framgår inte om teamet har något särskilt uppdrag kopplat till bevakning och kunskapsinhämtning avseende det geriatriska området. Av intervjuer framgår dock att de som arbetar i teamet har ett stort intresse av geriatrik och vård av äldre och därför följer med i vad som händer kring området.

Inom akutmottagningen finns en teamledare som, tillsammans med enhetschef, har i uppdrag att ansvara för följande områden:

- Äldre patienter på akutmottagningen
- Samverka med kommuner
- Fallrisk
- Snabbspår
- Samverka med undersköterska FA³ äldre patienter

Teamledaren, vars uppdrag är formaliserat i dokumentet *AKM Teamledaruppdrag Äldrepatienter*, är en stödfunktion gentemot enhetschef och medarbetare. I uppdragsbeskrivningen anges bland annat att teamledaren ska ta initiativ till förbättringsarbeten och genomföra dessa samt övervaka patientsäkerheten och introducera nya medarbetare inom området. Av uppdragsbeskrivningen framgår inte att teamledaren har ansvar för bevakning och kunskapsinhämtning inom det

³ FA står här för funktionsansvar.

geriatriska området. Genom intervjuer framgår dock att teamledaren till viss del har ett uttalat ansvar, även om det inte är formaliserat i uppdragsbeskrivningen.

Inom ortopedin finns dokumentet *Arbetsbeskrivning ortopedgeriatriska teamet* som bland annat tydliggör arbetsfördelningen inom det ortopedgeriatriska teamet som finns på ortopedavdelningen. I dokumentet finns även en prioritetslista för vilka patienter som ska prioriteras för de tio geriatriska platser som finns på avdelningen sedan ett antal år tillbaka. I arbetsbeskrivningen finns inget skrivet om ansvar för bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska området. För granskningen har vi heller inte erhållit något annat dokument där det framgår om någon har ett särskilt uppdrag att bevaka området. Genom intervjuer lyfts dock fram att en av sjuksköterskorna, som har ett särskilt intresse för vård av äldre samt den läkare som har det medicinska ledningsuppdraget på ortopedavdelningen har ett uttalat uppdrag att vara de som bevakar och inhämtar kunskap inom det geriatriska området. De uppges även ha i uppdrag att sprida information vidare till sina kollegor på avdelningen.

Hos de hälsocentraler som ingått i granskningen uppges att det inte finns någon uttalad funktion som har i uppdrag att särskilt bevaka och inhämta kunskap inom det geriatriska området. Den bevakning och kunskapsinhämtning som sker kopplat till geriatrik och vård av äldre är i stället beroende av personalens eget intresse för dessa frågor. Som exempel lyfts det fram att den medicinskt ledningsansvariga vid Odensala hälsocentral har ett särskilt intresse för patientgruppen äldre och därför försöker hålla sig uppdaterad på nyheter och vad som är på gång inom området.

Bedömning

Vår bedömning är att det till viss del sker bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet inom regionen, men att bevakningen och kunskapsinhämtningen inte är systematisk i tillfredställande utsträckning. Vi baserar vår bedömning på:

- Det finns ingen som på regionövergripande nivå har ett uttalat uppdrag att särskilt bevaka och inhämta kunskap inom det geriatriska området.
- Bevakning och kunskapsinhämtning avseende det geriatriska området sker i varierande utsträckning inom de granskade verksamheterna i regionen. Inom några av dessa verksamheter finns personal som har ett uttalat uppdrag att särskilt bevaka området. Dock är det inte säkerställt att detta formaliserats i t.ex. arbetsbeskrivning eller annat skriftligt dokument.

2.3. Kompetens

2.3.1. Inventering av kompetensbehov

Inom denna granskning har vi inte erhållit något dokument som påvisar att inventeringar avseende vilken kompetens som saknas och som behöver tillföras avseende det geriatriska området genomförts. Vi har dock fått information om att en generell kompetensinventering utifrån medarbetarnas formella utbildning/-specialistbevis håller på att sammanställas av personalstrateg centralt inom

regionen. Vi uppfattar att det innebär att även eventuella geriatriska påbyggnadsutbildningar kan identifieras.

Inom de samverkansarenor som finns mellan regionen och kommunerna i länet har ingen kompetensinventering skett, däremot har behov av att utveckla samverkan kring gruppen äldre individer samt öka möjligheten att möta de behov som målgruppen har uppmärksamats.

Inom de granskade verksamheterna har inga strukturerade eller dokumenterade inventeringar avseende geriatrisk kompetens genomförts. Däremot uppger flera av de intervjuade att legitimerad personal, genom sin utbildning, har en grundkompetens avseende vård av äldre. Vidare anges vid flera av intervjuerna att det vid medarbetarsamtal generellt sett lyfts upp om det är något särskilt område som personal vill/behöver utveckla sin kompetens inom. Dock uppges att det ekonomiska läge som regionen befinner sig i samt bristen på fast personal, till viss del medfört att kompetensutvecklande insatser fått stå tillbaka inom en del verksamheter.

2.3.2. Åtgärder för att täcka kompetensbehov

För att bland annat utveckla det geriatriska stödet i länet samt möjligheten till konsultation i frågor kopplat till vård av äldre genomfördes projektet ”Geriatriskt stöd” under åren 2014 till 2016 (se avsnitt 3.4). Sedan februari 2017 bedrivs projektet ”Mobila närvårdsteamet”, MINT, för att möta upp de behov som framförallt patienter med omfattande vårdbehov och som bor i ordinärt boende har. MINT har även ett konsultativt uppdrag (se avsnitt 3.4). Dessa projekt kan ses som en del i att täcka upp de behov av kompetens inom det geriatriska området som identifierats.

Av granskningen framkommer att det på regionövergripande nivå inte skett någon riktad satsning för att öka andelen sjuksköterskor med inriktning äldrevård eller läkare med specialisering inom geriatrik. Vid intervjuer har dock framkommit att det finns medarbetare som på eget initiativ vidareutbildat sig inom geriatrik eller vård av äldre.

Vidare lyfts det fram att det vid exempelvis utbildningsdagar inom primärvården lyfts fram områden som berör äldre och multisjuklighet. Till exempel uppges det kunna handla om läkemedel för äldre, demens och samverkan kring målgruppen. Vi har dock inte fått till oss dokument som påvisar vilka områden som berörts inom dessa forum under 2017.

Inom ortopedin beskrivs att personal som särskilt arbetar mot äldre patienter har möjlighet att åka på utbildningar, konferenser och liknande som berör det geriatriska området. Det anges även att personalen sedan har i uppdrag att sprida informationen vidare till sina kollegor.

Flertalet av de intervjuade lyfter fram den ansträngda situationen som flertalet verksamheter inom regionen upplever utifrån bristande tillgång på ordinarie personal med efterfrågad kompetens. Det beskrivs att om tillsvidareanställd personal inte finns i verksamheterna i tillräcklig omfattning så är det svårt att

arbeta med riktade åtgärder för att öka kompetensen inom t.ex. det geriatriska området.

I flertalet intervjuer lyfts vikten av personalkontinuitet för individer som tillhör målgruppen multisjuka äldre. Hos de hälsocentraler som ingått i granskningen beskrivs att de ordinarie läkare som är anställda vid hälsocentralerna, till skillnad mot tillfälligt inhyrda läkare, i första hand ska ansvara för uppdraget vid de särskilda boenden som är knutna till hälsocentralen. I sammanhanget beskrivs även den kontinuitet som kommunerna har vad gäller sjuksköterskor som arbetar inom hemsjukvården och de särskilda boendena som mycket viktig. Välfungerande samarbete och informationsöverföring mellan kommunal sjuksköterska och hälsocentralens läkare är en viktig parameter för att upprätthålla patientsäkerheten.

Bedömning

Vår bedömning är att det hittills inte har skett återkommande inventering av vilken kompetens som saknas och som behöver tillföras kopplat till det geriatriska området. Vi baserar vår bedömning på:

- Ingen återkommande regionövergripande kompetensinventering har skett avseende det geriatriska området.
- Inom de granskade verksamheterna sker till viss del återkommande inventeringar av personalens kompetens samt önskemål om kompetensutveckling inom ramen för medarbetarsamtal. Dock saknas formalisering kring denna form av kompetensinventering.
- Inom de samverkansarenor som finns mellan regionen och kommunerna har behov av utvecklingsområden kopplat till vård av äldre uppmärksammats.

Vidare bedömer vi att det inom regionen i viss utsträckning har vidtagits åtgärder för att täcka kompetensbehovet inom det geriatriska området. Vi baserar vår bedömning på:

- Ingen riktad regionövergripande satsning för att öka andelen sjuksköterskor med inriktning äldrevård eller läkare med specialisering inom geriatrik har skett inom regionen. Dock har personal inom framförallt Ortopedi haft möjlighet att genomgå kompetensutveckling avseende geriatrik
- Projekt som "Geriatriskt stöd" och MINT har bedrivits/bedrivs för att öka möjligheten att möta behov som målgruppen har samt för att öka personalens möjlighet till konsultation avseende vård av äldre

2.4. Geriatriskt team

Av granskningen framkommer att det inte finns något geriatriskt team inom Region Jämtland Härjedalen. Däremot drivs för närvarande ett projekt som arbetar mot gruppen multisjuka inom hemsjukvården.

Mellan åren 2014 till 2016 bedrevs ett projekt inom regionen som benämndes "Geriatriskt stöd". Projektet syfte var enligt projektplanen att forma och utveckla

länets geriatriska stöd, vilket skulle främja trygghet och självbestämmande för målgruppen. Det geriatriska teamet utgjordes av en äldresjuksköterska på 100 procent, en geriatriker på 50 procent samt en apotekare och en dietist på vardera 20 procent. Det geriatriska stödets innehåll skulle vara:

- Kompetenscentrum i syfte att öka den geriatriska kompetensen i länet.
- Konsultativ funktion där verksamheterna skulle kunna vända sig till det geriatriska stödet för att få stöd i enskilda patientärenden.
- Samverkan, det geriatriska stödet skulle ta fram en modell för bättre flöde genom vården för målgruppen.

Projektet följdes upp under 2016 och resultatet av uppföljningen presenterades i rapporten ”Uppföljning av projektet Geriatriskt stöd i Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län”⁴. Uppföljningen visade bland annat att kännedomen projektet Geriatriskt stöd i begränsad utsträckning var känt hos de som intervjuats för uppföljningen och att få av de intervjuade aktivt själva hade konsulterat Geriatriskt stöd. I uppföljningen konstateras att intentionen med projektet som stöd för verksamheterna ses som positivt av de som intervjuats.

Under februari 2017 startades projektet Mobilt närvårdsteam (hädanefter benämnt som MINT) upp och enligt uppdragsbeskrivningen⁵ är tanken att det mobila närvårdsteamet ska vända sig till personer med omfattande behov av vård och omsorg. Målgruppen är enligt uppdragsbeskrivningen ”personer med multi-sjuklighet i instabilt läge, där vården kräver samverkan mellan kommunens hemsjukvård, primärvård och slutenvård. Målsättningarna är att ökad trygghet, ökad patient/brukarnöjdhet, minska återinskrivningar och undvikbar slutenvård samt ökad tillgänglighet för stöd till personal. MINT ska under två till tre år drivas i projektform och sedan ingå i ordinarie verksamhet. Teamet består av två läkare på vardera 50 procent, en sjuksköterska, på 100 procent en distriktssköterska på 100 procent och en projektledare på 25 procent. Teamet har sin anställning inom verksamheten Medicin. Uppdragsgivare är samverkansarenan Fredagsgruppen som består av förvaltningschefer eller motsvarande från länets samtliga kommuner samt samordnare för social välfärd, hälso- och sjukvårdsdirektör, planeringschef, vårdstrateg, chef för beställarenheten samt områdeschefer från regionen.

Av uppdragsbeskrivningen för MINT framgår att när projektet Geriatriskt stöd avslutats ska de konsultativa insatserna övertas av MINT. Av intervjuer som genomförts för granskningen framgår dock att upplevelsen är att det sedan projektet Geriatriskt stöd avslutades inte finns någon person eller gruppering inom regionen som har ett uttalat uppdrag att fungera som kompetenscentrum eller konsultativt stöd inom det geriatriska området. Däremot uppger flera av de intervjuade att de vid behov konsulterar den geriatriker som tidigare ingick i projektet Geriatriskt stöd och som nu ingår i MINT. Av intervjuer framgår att kännedomen om att MINT formellt sett har övertagit de konsultativa insatser som tidigare gavs inom ramen för projektet Geriatriskt stöd behöver stärkas. Detta

⁴ Uppföljningen genomfördes av Ingegerd Skoglund-Öhman och Kerstin Björkman-Randström 2016
ISSN:1651-7253

⁵ Uppdragsbeskrivning framgår av dokumentet Mobilt närvårdsteam Uppdragsbeskrivning 2016-08-08

utifrån att fler verksamheter inom såväl regionen som kommunerna i länet ska ha möjlighet att nyttja MINT för konsultationer inom det geriatriska området.

Bedömning

Vår bedömning är att det inte finns något geriatriskt team inom regionen vilket också innebär att det inte finns något geriatriskt team att nyttja för att täcka kompetensbehov.

Däremot bedrivs ett projekt avseende mobilt närvårdsteam, riktat mot hemsjukvårdspatienter, och i det teamet ingår bland annat en geriatriker. Enligt uppdragsbeskrivningen för projektet ska konsultativa insatser som tidigare gavs av Geriatriskt stöd ingå i MINTS verksamhet. Detta är dock inte känt i tillräcklig omfattning.

2.5. Vårdprogram och vådrutiner

2.5.1. Implementering av nya vårdprogram och vådrutiner

För granskningen har vi tagit del av dokumentet ”Beredning av nationella riktlinjer” som är en riktlinje för beredning hantering och implementering av nya nationella riktlinjer från Socialstyrelsen. I riktlinjen beskrivs bland annat att implementering av nya nationella riktlinjer sker i linjeorganisationen samt att det i arbetet ingår att utforma vårdprogram och vådrutiner utifrån de åtgärder som beslutats.

Av granskningen framkommer att det i övrigt inte finns några dokumenterade rutiner avseende införande av nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska området. Av intervjuer framhålls att det framförallt är verksamhetschefer och enhetschefer som ansvarar för att vårdprogram, riktlinjer och rutiner är implementerade i sina respektive verksamheter.

Inom de granskade verksamheterna kan implementering av nya vårdprogram, riktlinjer och rutiner ske på olika sätt. Till exempel beskrivs att dessa lyfts upp av verksamhetschef eller enhetschef på arbetsplatsträffar eller skickas per mejl till personal inom verksamheten. I intervjuer lyfts det även fram att personal som har i uppdrag att bevaka det geriatriska området inom de granskade verksamheterna försöker informera sina kollegor om nya vårdprogram och vådrutiner som kommit. Vi får dock en bild av att detta inte är formaliserat i tillräcklig utsträckning.

I flertalet av de intervjuer som genomförts lyfts svårigheter att hitta dokument såsom aktuella vårdprogram, riktlinjer och rutiner i dokumenthanteringssystemet Centuri som används inom regionen. Flera av de intervjuade uppger att det är lättare och går fortare att ”googla” fram rutiner och riktlinjer än att söka efter dem i ledningssystemet. Svårigheterna att hitta dokumenten i systemet anses bidra till utmaningar avseende att göra nya vårdprogram, riktlinjer och rutiner kända hos personal.

2.5.2. *Rutiner för uppföljning av följsamhet till vårdprogram och vådrutiner*

I riktlinjen ”Beredning av nationella riktlinjer” framgår att kontinuerlig uppföljning av implementering och kostnadsutveckling utifrån nya nationella riktlinjer sker i samband med delårs- och årsbokslut. Vidare beskrivs att en mer omfattande uppföljning och utvärdering av aktuella nationella riktlinjer ska planeras till omkring 1,5 år efter beslut om riktlinjen. För detta ansvarar regionöverläkare och vårdstrateg. Inom ramen för vår granskning har det inte ingått att granska följsamheten till denna riktlinje.

För granskningen har vi utöver ovan nämnda dokument inte erhållit några skriftliga rutiner för uppföljning av följsamhet till vårdprogram och vådrutiner. I intervjuer lyfts det fram att följsamheten till nya vårdprogram, riktlinjer och rutiner överlag inte följs upp på ett strukturerat och formaliserat sätt. Det anges dock att brister i följsamheten till bland annat vårdprogram och vådrutiner kan uppmärksammas genom upprättade avvikelser och att det är en möjlighet för verksamhetsansvariga att bedöma hur de vårdprogram och vådrutiner som finns följs.

Vidare beskrivs att uppföljning av implementering av rutiner och riktlinjer, oavsett vilket område de omfattar, generellt sett är ett utvecklingsområde inom regionen.

Bedömning

Vi bedömer att det saknas tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska området. Vi baserar vår bedömning på följande:

- Det finns rutiner för att bereda, hantera och implementera nya nationella riktlinjer som kommer från socialstyrelsen
- Det saknas skriftliga rutiner för att införa nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet
- Till viss del finns mer eller mindre strukturerade arbetssätt för att göra nya rutiner och riktlinjer kända inom de granskade verksamheterna
- Svårigheter att i dokumenthanteringssystemet hitta aktuella vårdprogram, riktlinjer och rutiner lyfts fram som en stor utmaning avseende att göra dessa kända hos personal

Vidare bedömer vi att det även saknas tillfredställande rutiner för att följa upp följsamheten till nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet. Vi baserar vår bedömning på följande:

- Det saknas skriftliga rutiner för att följa upp följsamheten till nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet
- I riktlinjen ”Beredning av nationella riktlinjer” framgår hur uppföljning av implementering av nya nationella riktlinjer ska ske

2.6. Övriga iakttagelser

Utöver de iakttagelser som direkt berör revisionsfrågorna i granskningen vill vi även gärna skicka med följande iakttagelser i denna rapport:

- Området geriatrik har påverkats av den medicinska utvecklingen som skett i hälso- och sjukvården. Från att tidigare ha varit mycket åldersstyrt vad gäller insatser som ges till patienter finns idag en mer flytande åldersindelning och vara alltmer individuella bedömningar. Dessutom kan alltmer hälso- och sjukvård ges i patientens eget hem och inte bara på sjukhus. Området geriatrik kan därför sägas mer otydligt avgränsat idag jämfört med tidigare.
- Tidigare fanns ett mer uttalat "geriatriskt spår" och inom regionen fanns en geriatrisk klinik och vårdplatser vid vuxenpsykiatrien vad gäller psyko-geriatriska patienter. Idag kan tanken sägas att det geriatriska synsättet istället förväntas vara integrerat inom nästan all verksamhet i hälso- och sjukvården. Denna patientgrupp utgör dessutom en stor andel av regionens patienter.
- Kontinuitet av samma personer som ingår i det team som finns kring patienten är betydelsefullt för vården av denna, inte minst vad gäller multisjuka äldre. Det för att tidigt kunna observera nyanser i patientens välmående eller beteende som kan vara ett uttryck för försämring/-förbättring eller ohälsa.
- Regionens "litenhet" har en positiv betydelse vad gäller personkännedom om vem som är regionens "expert" inom området geriatrik. Detta underlättar om det är så att konsultation kan behövas.

3. *Granskningsiakttagelser* *Östersunds kommun*

3.1. *Mål och styrdokument*

Utifrån vård- och omsorgsnämndens mål har vård- och omsorgsförvaltningen samt Sektor Säbo brutit ned dessa till mål och åtaganden för verksamheten. I verksamhetsplanen år 2017 har Sektor Säbo bland annat angett följande mål:

- Minst 95 procent av alla boende inom Sektor Säbo ska i slutet av 2017 ha en genomförandeplan där den enskilde och/eller deras anhöriga/god man har varit delaktiga vid utformningen.
- 95 procent av alla boende inom Sektor Säbo med IBIC⁶ beslut skall även ha individuella mål formulerade utifrån IBIC.
- Minst 83 procent av dem som bor på särskilt boende ska vara ganska nöjda eller mycket nöjda när de i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning svarar på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende"?

Som en del i Östersunds kommuns styrmodell ska alla verksamheter redovisa vilka aktiviteter man planerar att genomföra under året för att bidra till att uppnå fastställda mål och åtaganden samt förbättra verksamhetens kvalitet. I Sektor Säbos verksamhetsplan presenteras en aktivitetsplan för hur sektorns åtaganden samt egna utvecklings- och förbättringsområden ska uppnås. I aktivitetsplanen beskrivs vilka aktiviteter som ska göras, vem som har ansvar, när aktiviteten ska vara genomförd och hur aktiviteten ska följas upp. Bland annat ska sektorn under år 2017 genomföra följande aktiviteter:

- Utbildning och handledning i IBIC. Genom grundläggande utbildning av all personal inklusive enhetschef. Fördjupad utbildning för nyckelpersoner på enheterna.
- Omvärldsspaning. Analys av eget resultat i brukarundersökningen. Kolla med andra kommuner eller enheter och ta tillvara på goda exempel.
- Vårdnära service. Inför vårdnära service i form av städning på alla våra enheter. För att omvårdnadspersonal ska få mer tid till de boende.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen finns en *Uppdragsenhet* som ska ge stöd till Vård- och omsorgsnämnden och förvaltningsledningen inom områdena kvalitet och tillsyn, bostadsplanering, lokal- och bostadssamordning, forskning och utveckling samt särskilda utredningar och projekt. Enheten består av en enhetschef, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), handläggare, FoU- ansvarig, bo-

⁶ IBIC står för Individens behov i centrum och är ett systematiskt och behovsinriktat arbetssätt. För mer information om IBIC se <http://www.socialstyrelsen.se/individensbehovicentrumibic>

samordnare, lokalsamordnare och metodutvecklare. Enheten har bland annat uppdrag att:

- Bevaka ny lagstiftning
- Utforma uppdragsbeskrivningar/upphandlingsdokument med tillhörande kvalitetskrav för interna och externa utförare
- Utforma riktlinjer
- Genomföra kvalitetsuppföljningar
- Utredda särskilda uppdrag från nämnd/förvaltningschef
- Omvärldsbevaka

Utifrån de kvalitetskrav som nämnden antar genomför kommunens MAS, MAR, SAS samt handläggare vid uppdragsenheten kvalitetsgranskningar inom de särskilda boendena. Kvalitetsgranskningarna görs genom intervjuer med vårdpersonal, legitimerad personal och chefer, genomgång av skriftliga rutiner, enkätutskick till enhetens boenden samt statistikinhämtning från aktuella kvalitetsregister, exempelvis Senior Alert. Efter genomförd granskning gör uppdragsenheten en gemensam bedömning av hur väl kvalitetskraven uppfylls. Under år 2017 genomförde uppdragsenheten kvalitetsgranskning på åtta särskilda boenden i kommunen. Kvalitetskraven är uppdelade inom områdena:

- Individuell planering
- Delaktighet/inflytande
- Dokumentation
- Tillgänglighet/tillgång
- Kost/måltider
- Styrande rutiner för insatser/Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Styrande rutiner/Palliativ vård
- Styrande rutiner/Inkontinensvård
- Styrande rutiner/Skyddsåtgärder och larm
- Styrande rutiner/Hjälpmedel
- Styrande rutiner/ Munvård
- Styrande rutiner/Läkemedel
- Styrande rutiner/Vårdhygien och smittskydd
- Styrande rutiner/Fallförebyggande arbete
- Styrande rutiner/Rehabilitering
- Styrande rutiner för insatser ledvård
- Styrande rutiner – Informationsöverföring mellan personal
- Ledningssystem
- Ledningssystem/Planering och uppföljning

- Ledningssystem/Klagomål och synpunkter
- Ledningssystem/Avvikelser
- Bemanning
- Personal/kompetens
- Säkerhet/enskild egendom

Utöver kvalitetsgranskningarna ska respektive verksamhet göra egenkontroller två gånger per år. Där jämför respektive enhetschef sin verksamhet emot de beslutade kvalitetskraven.

3.2. Bevakning och kunskapsinhämtning

Som vi tidigare nämnt har uppdragsenheten inom vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att omvärldsbevaka förändringar i lagar, förordningar och föreskrifter som berör vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet, där även det geriatriska området ingår. Tjänstemän på uppdragsenheten för sedan vidare den information och de nyheter som inhämtats till sektorchef som i sin tur sprider informationen till verksamhetsutvecklare, kvalitetsansvarig och respektive enhetschef inom sektorn. Det uppges vara enhetschefens uppdrag att förmedla informationen vidare till vård- och omsorgspersonal i verksamheterna. Såväl sektorchef som enhetschefer kan besluta om man utifrån erhållen information från bevakning och kunskapsinhämtning inom området ska vidta åtgärder. Exempelvis har särskilda satsningar på utbildningen *Demens ABC* genomförts inom kommunens särskilda boenden för äldre.

En annan form av omvärldsbevakning sker när kommunens MAS tio gånger per år träffar MAS:ar från de andra kommunerna inom Jämtlands län. Vid dessa träffar diskuteras bland annat nya lagar, riktlinjer och kompetensutveckling. Med jämna mellanrum träffar även sektorns sjuksköterskor kommunens MAS och får därigenom till sig information från omvärldsbevakning och kunskapsinhämtning.

Trots de strukturer som finns för bevakning och kunskapsinhämtning uppger några av de intervjuade att det skulle vara önskvärt om det fanns mer tid att lägga på omvärldsbevakning.

Bedömning

Vår bedömning är att det till övervägande del finns en tillfredställande bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet inom kommunen. Vi baserar vår bedömning på:

- Uppdragsenheten har som uppdrag att bland annat bevaka och stå för kunskapsinhämtning avseende frågor som berör det geriatriska området
- Det finns tydliga strukturer för hur den information och de nyheter som kommer av bevakning och kunskapsinhämtning ska spridas inom sektor SÄBO

- Bevakning och kunskapsinhämtning har bland annat lett till att personal inom sektorn genomgått utbildning inom demens.

3.3. Kompetens

3.3.1. Inventering av kompetensbehov

Av intervjuer framgår att det delvis saknas en tydlig bild av vilka spetskompetenser som finns inom Sektor Säbo, vad som eventuellt saknas och vad som behöver tillföras. Vi har för granskningen inte erhållit en dokumenterad kompetenskartläggning eller kompetensinventering. Enligt intervjuade pågår dock ett arbete för att identifiera vilka specifika kompetenser som förvaltningen behöver för att framöver klara sitt uppdrag. Kopplat till det har fokusgruppsintervjuer hållits med studenter, vikarier, timanställda och ordinarie personal för att få vetskap om vad som är viktig för dessa grupper när de söker arbete eller för att de ska vilja vara kvar på ett arbete. Intervjuade lyfter också fram att det inom sektorn inte finns en struktur avseende hur personal med särskild erfarenhet, exempelvis sjuksköterskor med vidareutbildning inom vård av äldre, ska nyttjas på bästa sätt. Det finns en vilja inom förvaltningen att framöver nyttja specialistkompetens på ett mer optimalt sätt.

I Sektor Säbos kvalitetskrav anges ett antal krav som rör personalen kompetens och utbildning:

- Den som innehar ledningsansvaret, och dennes ställföreträdare, för det dagliga arbetet enligt SoL och HSL ska ha dokumenterad högskoleutbildning inom socialt arbete och/eller hälso- och sjukvård samt dokumenterad erfarenhet av minst ett års vård- och omsorgsarbete. Motsvarande kompetens kan ha förvärvats genom lång yrkeserfarenhet inom vård- och omsorg, (minst tre år av de senaste sex åren).
- Den som innehar ledningsansvaret, och dennes ställföreträdare, för det dagliga arbetet enligt SoL ska ha kunskap om personens individuella behov. Den som leder det dagliga arbetet ska finnas fysiskt nära personalen och vara den pedagogiska ledaren.
- All ny tillsvidareanställning av vård- och omsorgspersonal ska uppfylla kompetenskravet omvårdnadsprogrammet eller motsvarande kompetens. För utbildning påbörjad före 2012-07-01 gäller 1350 poäng i de yrkes-specifika ämnena. För utbildning påbörjad efter 2012-07-01 gäller 1450 poäng.
- Leverantören ska arbeta aktivt för att befintlig tillsvidareanställd personal ska uppnå kompetenskravet enligt ovan och fortlöpande följa upp kompetensläget.
- Andelen vård- och omsorgspersonal som ej är tillsvidareanställda och som ej uppfyller kompetenskravet enligt ovan får utgöra högst 17 procent av totalt arbetad tid.

- En plan för kompetensutveckling ska finnas för vård- och omsorgspersonalen. Planen ska vara tidsatt och beskriva planerade fortbildningsinsatser för det kommande året. Inom minst följande områden ska kompetensutveckling/information ske årligen: Lex Sarah, utredning av vårdskador, social dokumentation, demensvård, munvårdsutbildning i (regionens regi), vård i livet slut, kost och nutrition, fallprevention samt skydds- och begränsningsåtgärder samt rehabiliterande arbetssätt.
- En årlig bedömning och planering ska göras av kompetensutvecklingsbehovet för legitimerad personal inom minst följande områden: kost och nutrition, handhavande av aktuella kvalitetsregister, demensvård, palliation, vård i livets slut och dokumentation.
- Under tidpunkt då sjuksköterska inte finns stationerad på boendet ska det finnas minst en personal med kompetens motsvarande omvårdnadsprogrammet med 1350 poäng i de yrkesspecifika ämnena och erfarenhet av vårdarbete samt god kännedom om de boende.

De krav på personal/kompetens som ställs i kvalitetskraven följs upp genom de kvalitetsgranskningar som genomförs av bland annat MAS:en.

För granskningen har vi tagit del av vård- och omsorgsförvaltningens internkontrollplan för år 2018. Bland annat identifieras risker inom processerna rekrytering och sällan förekommande ärenden med komplexa behov. En risk som lyfts fram är att medborgare inte får det stöd de behöver och har rätt till på grund av att det saknas personal med rätt kompetens. Som kontrollmoment kopplat till risken anges uppföljning av befintliga resurser/personalbrist inom olika verksamheter. För granskningen har vi inte erhållit någon internkontrollplan för 2017.

3.3.2. Åtgärder för att täcka kompetensbehov

Inom Sektor Säbo tas en kompetensutvecklingsplan fram årligen. Planen gäller för alla yrkeskategorier inom sektorn och tas fram av sektorchefen tillsammans med enhetscheferna. Fokusområdena i planen utgår från sektorns kvalitetskrav och omvärldsbevakning. Kompetensutvecklingsplanen bryts sedan ner på enhetsnivå, där varje enhet utifrån sina förutsättningar gör prioriteringar kopplat till kompetensutveckling.

För granskningen har vi tagit del av Sektor Säbos verksamhetsplan för år 2017 där *plan för kompetensutveckling* inkluderas. I planen redovisas vilka sektorsgemensamma satsningar på kompetensutveckling som ska göras under året för att enhetschefer och medarbetare ska kunna utföra sitt uppdrag med god kvalitet. Områden för kompetensutveckling har under 2017 bland annat varit följande:

- IBIC- individens behov i centrum
- Behovsschema
- Durewallutbildning⁷

⁷ Utbildning i arbetssätt som är skonsam för kropp.

- SAM- systematiskt arbetsmiljöarbete
- Bättre liv för sjuka äldre⁸

I Sektor Säbos årsredovisning för år 2017 redogörs för de insatser som genomförts utifrån kompetensutvecklingsplanen. I årsredovisningen anges att:

- Samtliga enheter har genomfört IBIC utbildning.
- Införande av behovsschema fortgår enligt plan.
- Enheterna fortsätter utbilda medarbetarna i Durewall-metoden.
- Enhetschefer och skyddsombud har gått utbildning i "organisatorisk och social arbetsmiljö" (OSA)
- Inspirationsdag genomfördes i mars för enhetschefer och sjuksköterskor avseende arbetet med "Bättre liv för sjuka äldre"
- En första utbildning i Stratsys är genomförd med enhetscheferna.

Inom förvaltningen finns en kompetensgrupp som har i uppdrag att genomföra utbildningar för personalen inom förvaltningen. Kompetensgruppen består av undersköterskor och distriktssjuksköterskor och arbetar på uppdrag av uppdrags-enheten. Gruppen erbjuder bland annat utbildning i hjärt- och lungräddning, metoden Durewall, baskompetensutbildning och delegering. Gruppen skickar ut ett schema för utbildningstillfällena till enhetscheferna, där de kan boka in sin personal för utbildning efter behov.

Mot bakgrund av rekryteringssvårigheter gällande yrkeskategorin sjuksköterskor har sektorn utarbetat ett nytt rekryteringsförfarande och utvecklats introduktionen för de sjuksköterskor som anställs.

Inom Östersunds kommun har vårdbiträden möjlighet att utbilda sig och att validera till undersköterska. Av intervjuer och dokument framgår dock inte hur väl möjligheten att validera nyttjas inom kommunens särskilda boenden för äldre.

Genom intervjuer framkommer att det inom sektorn de senaste åren genomförts olika former av satsningar och insatser för att täcka kompetensbehov som finns kopplade till vård av äldre. Exempelvis uppges att projekt avseende hantering av läkemedel, palliativ vård och implementering av ny teknik inom äldreomsorgen drivits för att utveckla vården och omsorgen om de som bor vid kommunens särskilda boenden för äldre. Vidare anges att de sjuksköterskor som arbetar på kommunens särskilda boenden har som uppdrag att utbilda baspersonalen i exempelvis sårvård, nutrition samt andra frågor som berör vård av äldre.

Bedömning

Vår bedömning är att det till viss del sker återkommande inventering av vilken kompetens som saknas och som behöver tillföras kopplat till det geriatriska området. Vi baserar vår bedömning på:

⁸ Bättre liv för sjuka äldre är en nationell satsning med syfte att förbättra vård och omsorg för de mest sjuka äldre.

- Inom Sektor Säbos kvalitetskrav har kompetenskrav formulerats och följs upp på enhetsnivå genom de kvalitetsgranskningar som genomförs.
- Enskilda insatser kopplade till inventering av kompetens sker inom sektorn, exempelvis sker detta genom kvalitetsgranskningar och egenkontroller inom berörda verksamheter.
- Ingen återkommande och systematisk kompetensinventering har hittills genomförts på övergripande nivå inom förvaltningen eller sektorn avseende det geriatriska området.

Vidare bedömer vi att det till övervägande del vidtagits och planeras åtgärder för täcka kompetensbehovet inom det geriatriska området. Vi baserar vår bedömning på:

- En kompetensutvecklingsplan tas fram årligen inom Sektor Säbo, i denna ingår kompetensutvecklande insatser avseende vård av äldre. Kompetensutvecklingsplanen bryts ned på enhetsnivå för att enheterna ska kunna arbeta med områden som de specifikt behöver utveckla.
- Kompetensutvecklande insatser under året följs upp i sektorns årsredovisning. För 2017 har bland annat kompetensutveckling skett avseende IBIC och bättre liv för sjuka äldre. Vilka kompetensutvecklande åtgärder som vidtagits varierar delvis mellan enheterna utifrån vilka särskilda behov av kompetensutveckling som finns inom respektive enhet.
- Inom sektorn finns en kompetensgrupp som arbetar med utbildningar för baspersonal.
- Möjlighet till validering från vårdbiträde till undersköterska finns, dock är det oklart hur väl denna möjlighet nyttjas.

3.4. *Geriatrisk team*

Som beskrivs i avsnitt 3.4 så finns det inte ett geriatriskt team inom Region Jämtland Härjedalen. Däremot drivs projektet MINT som vänder sig till personer som bor i ordinärt boende och har omfattande behov av vård och omsorg.

Vid intervjuer framkommer att det inom Sektor Säbo finns kännedom om MINT-teamet, men att teamet framförallt nyttjas av kommunens hemsjukvård och inte inom de särskilda boendena. Vidare beskriver de intervjuade att det inte finns någon konsultativ verksamhet avseende geriatrik inom regionen som exempelvis sjuksköterskor från de särskilda boendena kan kontakta vid behov. Sjuksköterskorna på de särskilda boendena för äldre har däremot kontinuerlig kontakt med den primärvårdsläkare som ansvarar för respektive boende. De intervjuade uppger att kontakten med ansvarig läkare skiljer sig väsentligt mellan olika boenden. På vissa hälsocentraler arbetar många stafettläkare, vilket gör att det saknas en kontinuitet bland läkarna som arbetar mot boendena. Dock framhålls att flertalet boenden i kommunen har en och samma läkare vilket de intervjuade upplever ger större kontinuitet i uppföljningar, läkemedelsgenomgångar och att det är lätt att ta kontakt för konsultation.

Ett antal av kommunens särskilda boenden för äldre har en fast primärvårdsläkare som på halvtid arbetar på hälsocentralen och halvtid i MINT-teamet. Läkaren är utbildad geriatriker och de intervjuade upplever att de får stort stöd i geriatriska frågor från läkaren.

Bedömning

Vår bedömning är att det inte finns något geriatriskt team inom regionen vilket också innebär att det inte finns något geriatriskt team att nyttja för kommunens särskilda boenden för äldre.

Ett projekt avseende mobilt närvårdsteam, riktat mot hemsjukvårdspatienter, drivs inom regionen och i det teamet ingår bland annat geriatriker och sjuksköterskor med inriktning mot vård av äldre. Enligt uppdragsbeskrivningen för projektet ska konsultativa insatser som tidigare gavs av projektet Geriatriskt stöd ingå i MINTS verksamhet. Detta är dock inte känt i tillräcklig omfattning inom granskade verksamheter inom kommunen.

3.5. Vårdprogram och vådrutiner

3.5.1. Implementering av nya vårdprogram och vådrutiner

Av granskningen framkommer att det inte finns några dokumenterade rutiner avseende införande av nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska området. Av intervjuer framhålls att det är uppdragsenheten respektive sektorns ledningsgrupp som har i uppdrag att uppdatera och ta fram nya riktlinjer och rutiner för verksamheten. Detta sprids sedan genom linjeorganisationen ut till respektive enhet. Enligt intervjuade lyfts nya riktlinjer/rutiner upp vid arbetsplatsträffar eller andra möten som enheterna har lokalt. Respektive enhetschef ansvarar för att riktlinjer och rutiner blir kända inom sin enhet.

Vid intervjuer framkom att förvaltningen har påbörjat ett arbete med att införa ett kvalitetsledningssystem. Där ska bland annat alla riktlinjer och rutiner finnas tillgängliga för personal inom förvaltningen.

3.5.2. Rutiner för uppföljning av följsamhet till vårdprogram och vådrutiner

För granskningen har vi inte erhållit några skriftliga rutiner för uppföljning av följsamhet till vårdprogram och vådrutiner. Av intervjuer framhålls att följsamheten till rutiner och riktlinjer blir en del av kvalitetskraven enheterna ska följa. Genom kvalitetsgranskningar och egenkontroller följs därför efterlevnaden av riktlinjer och rutiner upp.

Genom kvalitetsgranskningarna kan uppdragsenhetens MAS se mönster, t.ex. att rutiner brister på flera enheter och därmed kanske inte är kända och tillämpade i tillräcklig utsträckning. Utifrån det kan behov av att göra riktlinjer och rutiner kända samt säkerställa tillämpning aktualiseras alternativt leda till översyn av riktlinjer och rutiner. Nämnden delges alla kvalitetsgranskningar som görs inom verksamheterna, liksom årliga sammanställningar av resultaten av kvalitetsgranskningarna.

Bedömning

Vi bedömer att det till viss del saknas tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska området. Vi baserar vår bedömning på följande:

- Det saknas skriftliga rutiner för att införa nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska området.
- Uppdragsenheten respektive sektorns ledningsgrupp har i uppdrag att uppdatera och ta fram nya riktlinjer och rutiner för verksamheten. Dessa sprid sedan genom linjeorganisationen ut till respektive enhet.

Vidare bedömer vi att det till viss del saknas tillfredställande rutiner för att följa upp följsamheten till nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet. Vi baserar vår bedömning på följande:

- Det saknas skriftliga rutiner för att följa upp följsamheten till nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet
- Följsamhet till riktlinjer och rutiner är en del av de egenkontroller och den kvalitetsgranskning som kontinuerligt genomförs inom sektorns verksamheter.

4. *Bedömning av revisionsfrågor*

4.1. *Region Jämtland Härjedalen*

Utifrån granskningens iakttagelser är vår bedömning av revisionsfrågorna följande:

- **Finns en tillfredställande bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet?**
Bedömning: Till viss del sker bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet inom regionen, men bevakningen och kunskapsinhämtningen är inte systematiserad i tillfredställande utsträckning.
- **Sker återkommande inventering av vilken kompetens som saknas och behöver tillföras?**
Bedömning: Hittills har ingen återkommande inventering skett av vilken kompetens som saknas och som behöver tillföras kopplat till det geriatriska området.
- **Har åtgärder vidtagits/planerats att vidtas för att täcka kompetensbehovet?**
Bedömning: Inom regionen har det i viss utsträckning vidtagits åtgärder för att täcka kompetensbehovet inom det geriatriska området.
- **Nyttjas det geriatriska teamet på ett tillfredställande sätt för att täcka kompetensbehovet?**
Bedömning: Det finns inte något geriatriskt team inom regionen vilket också innebär att det inte finns något geriatriskt team att nyttja för att täcka kompetensbehov. Däremot bedrivs projektet MINT, riktat mot hemsjukvårdspatienter. Konsultativa insatser och stöd ska ingå i MINTS verksamhet. Detta är dock inte känt i tillräcklig omfattning.
- **Finns tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet?**
Bedömning: Det saknas tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska området
- **Finns tillfredställande rutiner för att följa upp verksamheten till nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet?**
Bedömning: Det saknas tillfredställande rutiner för att följa upp följsamheten till nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet

Iakttagelser kopplat till bedömningarna återfinns under respektive revisionsfrågas avsnitt i rapporten.

4.2. Östersunds kommun

Utifrån granskningens iakttagelser är vår bedömning av revisionsfrågorna följande:

- **Finns en tillfredställande bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet?**
Bedömning: Till övervägande del finns en tillfredställande bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet inom kommunen.
- **Sker återkommande inventering av vilken kompetens som saknas och behöver tillföras?**
Bedömning: Till viss del sker återkommande inventering av vilken kompetens som saknas och som behöver tillföras kopplat till det geriatriska området.
- **Har åtgärder vidtagits/planerats att vidtas för att täcka kompetensbehovet?**
Bedömning: Till övervägande del har åtgärder vidtagits och planeras för täcka kompetensbehovet inom det geriatriska området
- **Nyttjas det geriatriska teamet på ett tillfredställande sätt för att täcka kompetensbehovet?**
Bedömning: Det finns inte något geriatriskt team inom regionen vilket också innebär att det inte finns något geriatriskt team att nyttja för kommunens särskilda boenden för äldre. Konsultativa insatser och stöd ska ingå i projektet MINTS verksamhet. Detta är dock inte känt i tillräcklig omfattning inom granskade verksamheter i kommunen.
- **Finns tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet?**
Bedömning: Till viss del saknas tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska området.
- **Finns tillfredställande rutiner för att följa upp verksamheten till nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet?**
Bedömning: Till viss del saknas tillfredställande rutiner för att följa upp följsamheten till nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet.

Iakttagelser kopplat till bedömningarna återfinns under respektive revisionsfrågas avsnitt i rapporten.



22

Svar på granskning av Region Jämtland
Härjedalens anläggningsregister

RS/757/2018



2018-08-10

Ekonomi- och löneservice
Solbritt Wennerberg
Tfn: 063-14783563-147835
E-post:

RS/757/2018 RS/757/2018

Svar på granskning av Region Jämtland Härjedalens anläggningsregister

Ärendebeskrivning

Deloitte AB har under ledning av revisionskontoret, på uppdrag av regionens förtroendevalda revisorer, genomfört en granskning av regionens rutiner för hantering av anläggningsregistret. Granskningen har velat ta reda på om regionen har ändamålsenliga rutiner för att anläggningsregistret avseende att materiella anläggningstillgångar hanteras på ett korrekt sätt.

Granskningen har visat att löpande inventering inte skett och att information saknas för att på ett tillfredsställande sätt kunna identifiera de materiella tillgångarna.

Regionstyrelsen instämmer i stort sätt med de punkter som granskningen uppmärksammat. Med anledning av detta har regionstyrelsen ytterligare förstärkt sitt arbete med den interna kontrollen genom att upprätta en inventerings- och avstämningsrutin för anläggningsregistret.

Revisorerna vill att regionstyrelsen senast den 31 augusti redovisar de åtgärder som regionstyrelsen vidtagit eller avser att vidta med anledning av granskningsresultatet. Paragrafen bör därför justeras omedelbart.

Ett förslag till svar har upprättats inom ekonomiavdelningen.

Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på granskning av anläggningsregister antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Peter Rönnholm

Ekonomidirektör

Utdrag till

Svar och utdrag skickas till Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen
Peter Rönnholm, Ekonomidirektör
Helen Persson, chef ekonomi- och löneservice
Solbritt Wennerberg, Redovisningsansvarig

Ekonomi- och personalavdelningen
Solbritt Wennerberg
Tfn: 063-147835
E-post: solbritt.wennerberg@regionjh.se

2018-08-28

RS/757/2018

Regionens revisorer

Svar till Region Jämtland Härjedalens revisorer angående anläggningsregistret

Deloitte AB har under ledning av revisionskontoret, på uppdrag av regionens förtroendevalda revisorer, genomfört en granskning av regionens rutiner för hantering av anläggningsregistret. Granskningen har velat ta reda på om regionen har ändamålsenliga rutiner för att anläggningsregistret avseende att materiella anläggningstillgångar hanteras på ett korrekt sätt.

Granskningen har visat att löpande inventering inte skett och att information saknas för att på ett tillfredsställande sätt kunna identifiera de materiella tillgångarna.

Regionstyrelsen instämmer i stort sätt med de punkter som granskningen uppmärksammat. Med anledning av detta har regionstyrelsen ytterligare förstärkt sitt arbete med den interna kontrollen genom att upprätta en inventerings- och avstämningsrutin för anläggningsregistret.

Nedan följer regionstyrelsens svar på de punkter som revisorerna pekar ut.

Löpande inventering har inte skett

Rutin för att löpande inventera befintliga anläggningar har tagits fram, godkänts och publicerats i Centuri. "Anläggningstillgångar – inventering".

Information saknas för att på ett tillfredsställande sätt kunna identifiera de materiella tillgångarna. Revisionen rekommenderar styrelsen att förbättra spårbarheten av anläggningar, till exempel genom att uppdatera anläggningsregistret med märkning och platsangivelser.

Till viss del finns detta med i inventeringsdokumentet men det behöver och kommer ytterligare förtydligas.

Den interna kontrollen bör stärkas. Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att ta fram rutiner för att säkerställa att inköp, inventering, utrangering och avyttring av anläggningar fungerar på ett ändamålsenligt sätt. Den interna kontrollen kommer stärkas om rutinen "Anläggningstillgångar - inventering" följs där ovanstående punkter beskrivs. Detta kommer följas upp vid ett eller ett par tillfällen per år.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson
Regiondirektör

Regionens revisorer
Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

2018-03-12

Dnr: REV/20/2017

Regionstyrelsen

Granskning av anläggningsregister

På vårt uppdrag har Deloitte, under ledning av revisionskontoret, genomfört en granskning av regionens rutiner för hantering av anläggningsregister.

Granskningen har visat att dokumenterade rutiner för inköp av anläggningstillgångar finns och är kända. Det finns ingen rutin för att inventera befintliga anläggningar vilket innebär att löpande inventering av anläggningar inte sker i dagsläget. Det saknas även anvisningar för att säkerställa att avyttringar och utrangeringar tas bort från anläggningsregistret och vid stickprovskontroll framkom att en skrotad anläggning inte utrangerats. Ett förslag till rutin har tagits fram men ej fastställts.

Det är en brist att anläggningsregistret inte innehåller märkning och platsangivelser av anläggningarna vilket innebär svårigheter vid identifiering. För vissa delar av regionens anläggningar tillämpas ett sidoordnat system där märkning framgår, men det finns ingen koppling mellan systemet och anläggningsregistret.

Med anledning av ovanstående brister är vår bedömning att det finns en viss osäkerhet om anläggningsredovisningen är helt rättvisande. För att stärka den interna kontrollen av anläggningarna och trygga en korrekt redovisning av tillgångarna rekommenderar vi regionstyrelsen att:

- Förbättra spårbarheten av anläggningar t.ex. genom att uppdatera anläggningsregistret med märkning och platsangivelser
- Ta fram rutiner för att säkerställa att inköp, inventering, utrangering och avyttring av anläggningar fungerar på ett ändamålsenligt sätt

Vi emotser senast den 31/8 2018 en redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Region Jämtland Härjedalens revisorer


Bernt Söderman
Vice Ordförande


Gustaf Ohlsgård
Förtroendevald revisor

Bilaga

Revisionsrapport – Granskning av anläggningsregister
Rapportsammandrag – Granskning av anläggningsregister

Kopia till

Regiondirektören
Ekonomidirektören

REVISIONSRAPPORT
**GRANSKNING AV
ANLÄGGNINGSREGISTER**

Ansvarig: Lasse Magnusson

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING.....	3
2	INLEDNING/BAKGRUND.....	3
3	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING.....	4
4	REVISIONSKRITERIER	4
5	METOD.....	5
6	RESULTAT AV GRANSKNINGEN.....	5
7	KVALITETSSÄKRING	8
8	GRANSKNINGENS HAR GENOMFÖRTS AV:.....	8

1 SAMMANFATTNING

Vi har granskat rutinerna kring anläggningsregistret, vilka dokument som finns, om de är kända och hur de efterlevs. Vi har även utfört ett begränsat antal stickprovskontroller av att anläggningar existerar.

Efter intervjuer och granskning av dokument bedömer vi att dokumentationen vid inköp av anläggningstillgångar är tillfredställande och kända. En instruktion och rutin för inventering som säkerställer att avyttringar och utrangeringar tas bort från anläggningsregistret saknas i dagsläget. Ett förslag till rutin har tagits fram.

Genomförda stickprovskontroller visade att en anläggning hade skrotats men fanns med i anläggningsregistret med ett restvärde. Vår bedömning är att det finns anläggningar i registret som borde vara utrangerade.

För medicinteknisk utrustning och för folktandvårdens utrustning finns bra märkning i systemet Medusa men dessa är inte överförda till anläggningsregistret. Övriga anläggningar i registret har i många fall bristfällig märkning och platsangivelse.

Löpande inventering av att de materiella anläggningstillgångarna existerar sker inte i dagsläget men förslag till sådan rutin är framtagen.

Rutiner som säkerställer att anläggningsregister uppdateras finns när det gäller nyanskaffningar och avskrivningar, däremot saknas dokumenterade rutiner när det gäller avyttringar och utrangeringar.

Utifrån det begränsade urval av stickprov som granskats är det svårt att med hög säkerhet uttala sig om redovisningen av anläggningstillgångarna är rättvisande. Finns det anläggningar i anläggningsregistret som borde ha utrangerats är sannolikheten dock stor att de är helt avskrivna eller har ett lågt bokfört värde.

Att stickprovet visat att en anläggning skrotats utan att ha utrangerats och avsaknaden av rutiner för inventering, utrangering och kontroller utgör dock en risk för att brister kan finnas.

Den inventering som är på förslag att genomföras under 2018 är en förutsättning för att få ett anläggningsregister som är rätt så att både det bokförda restvärdet och anskaffningsvärdet stämmer.

2 INLEDNING/BAKGRUND

För att säkerställa att räkenskaperna är rättvisande krävs att det finns ändamålsenliga rutiner och en god intern kontroll över tillgångarna. För att skapa överblick över anläggningstillgångarna bör ett anläggningsregister föras. Anläggningsregistret bör vara aktuellt och spegla anläggningstillgångarna vid varje given tidpunkt.

Det har framkommit att det råder en osäkerhet kring om en sammanställd inventering av de fysiska anläggningarna har genomförts. Vid tidigare granskning framkom att det fanns anledning att se över rutinerna i flera avseenden då det visade sig att vissa registrerade anläggningar inte gick att identifiera.

Regionens materiella anläggningstillgångar uppgick per april 2017 till 915 mkr. Tillgångar som inte kan identifieras innebär en bristande intern kontroll och kan innebära risk för att räkenskaperna inte är rättvisande.

Regionens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en granskning av rutinerna för hantering av anläggningsregister. Granskningen är beslutad i revisorernas revisionsplan för 2017.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Revisionsrapportens syfte har varit att svara på om regionstyrelsen säkerställt att regionen har ändamålsenliga rutiner för att anläggningstillgångar avseende materiella anläggningstillgångar hanteras på ett korrekt sätt.

Revisionsfrågor

- Har regionen ett aktuellt anläggningsregister som innehåller den information som krävs för att kunna identifiera de materiella anläggningstillgångarna?
- Sker löpande inventering av att de materiella anläggningstillgångarna existerar?
- Finns rutiner som säkerställer att anläggningsregistret uppdateras löpande med nyanskaffningar, avyttringar, utrangeringar och avskrivningar?
- Finns en kontrollfunktion som säkerställer att rutinerna efterlevs?
- Är redovisningen av de materiella anläggningstillgångarna rättvisande?

Avgränsning

Granskningen är avgränsad till 2017. Hjälpmedel som redovisas som anläggningstillgång omfattas inte av denna granskning.

4 REVISIONSKRITERIER

Följande revisionskriterier har legat till grund för granskningen:

Kommunlag 6 kap. 7§

Kommunal redovisningslag 6 kap.

Rådet för kommunal redovisning rekommendation 11:4.

5 METOD

Granskningen har genomförts genom studier av relevant dokumentation och intervjuer.

Sammantaget har 27 stickprov genomförts fördelat på områdena diagnostik, teknik och service, folktandvården och akutvård. Stickproven avser anläggningar till väsentligt värde och med rimliga möjligheter att verifiera.

Intervjuer har genomförts med områdenas ekonomer samt redovisningsansvarig på ekonomi- och löneservice.

6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

Med utgångspunkt i granskningens syfte har följande iakttagelser och analyser gjorts:

Har regionen ett aktuellt anläggningsregister som innehåller den information som krävs för att kunna identifiera de materiella anläggningstillgångarna?

Vi har vid vår genomläsning av anläggningsregistret funnit brister i märkning och platsangivelser som krävs för att kunna identifiera de materiella anläggningarna. Märkningen av anläggningar varierar och är ostrukturerad. Samtliga anläggningar är konterade med område, kostnadsställe och ändamål samt i vissa fall objekt och/eller projekt. Anläggningar i stickprovssurvalet har granskats särskilt. Samtliga har benämning och märke och/eller serienummer angivet i anläggningsregistret. Endast två anläggningar hade platsangivelse i registret. Genom konteringen är område och avdelning angivet. Vi har fått uppgift om att all medicinteknisk utrustning är märkt och finns i det sidordnade systemet Medusa. Den märkningen är inte överförd till anläggningsregistret.

Folktandvården har genomfört ett arbete med att inventera och märka samtliga anläggningar i Medusa. En överföring av uppgifterna från Medusa till anläggningsregistret planeras under 2018. Arbetet har genomförts i syfte att dels få en bättre kontroll på att anläggningarna finns samt att vid utrangering eller försäljning säkerställa att rätt anläggning bortförs från anläggningsregistret. Avsikter om att nå bättre kostnadskontroll av anläggningarna har uttryckts.

Vi har granskat de dokument som finns och som avser hanteringen av materiella anläggningstillgångar. Samtliga dokument är registrerade i Centuri.

- Regler för investeringar i Region Jämtland Härjedalen, version 1 beslutad 2015-06-16
- Regler för investeringar i Region Jämtland Härjedalen – Tillämpning, version 1 beslutad 2016-01-04.
- Funktionshandbok Anläggningsredovisning, hösten 2016 Raindance
- Handbok anläggningsregistret, Solbritt Wennerberg, 2013-04-19

Ett förslag till inventeringsrutin har tagits fram men är vid rapportskrivningen inte beslutat.

Stickprov

Stickprov att anläggningstillgångar finns har genomförts. Totalt har tjugosju anläggningar kontrollerats.

För område diagnostik, teknik och service har femton anläggningar kontrollerats. Beträffande sömnapnéutrustning fanns en av fem på plats, övriga var vid tillfället utlämnade till patienter. Övriga anläggningar inom området enligt urval fanns på plats och har identifierats.

Vid stickprov inom område folktandvården kunde inte samtliga anläggningar ses fysiskt då det vid tillfället var upptaget i behandlingsrum. Tre av tandläkarstolarna i urvalet kontrollerades inte fysiskt men intygades av personal på plats, de finns även med i Medusa och är märkta. Den diskutrustning som ingick i urvalet finns enligt uppgift i ett förråd i Svenstavik och har inte kontrollerats på plats. Den används inte utan finns som reserv. Övriga anläggningar i urvalet har identifierats.

För området akuten genomfördes stickprovskontrollen vid olika tillfällen. En ultraljudsmätare som var med i urvalet vid centraloperation hade skrotats och skulle ha utrangerats. Övrig utrustning fanns på plats och kunde kontrolleras.

Bedömning

Anläggningsregistret är uppdaterat med nya anläggningar däremot är det tveksamt om utrangering sker löpande. Vid stickprovskontrollen var en av tjugosju anläggningar skrotad men inte utrangerad i registret. Omfattningen av vilka anläggningar som inte längre existerar och därmed borde utrangeras i det ekonomiska anläggningsregistret är svår att bedöma eller uttala sig om. Det är en brist att platsangivelser i hög grad saknas i anläggningsregistret.

Sker löpande inventering av att de materiella anläggningstillgångarna existerar?

Någon strukturerad inventering sker inte av att materiella anläggningstillgångar existerar. Däremot framkom det vid intervjuer att ekonomerna vid olika tillfällen, tillsammans med verksamhetsföreträdarna, har gått igenom anläggningsregistret för vissa områden eller avdelningar för att säkerställa att det är rätt. Som nämnts ovan har även folktandvården genomfört en inventering av alla materiella anläggningstillgångar.

Vid intervjuerna framkom även att ett utkast till förslag på rutin för inventering av anläggningstillgångar är framtagen. Förslaget omfattar anvisningar för löpande inventering av existens. Förslaget till inventeringsrutin är bra och nödvändig för att ha ett aktuellt anläggningsregister.

Bedömning

Löpande inventering av att de materiella anläggningstillgångarna existerar sker inte i dagsläget vilket medför en viss osäkerhet om anläggningsredovisningen är helt rättvisande.

Finns rutiner som säkerställer att anläggningsregistret uppdateras löpande med nyanskaffningar, avyttringar, utrangeringar och avskrivningar?

Vi har granskat ovan nämnda dokument som omfattar rutiner som avser hanteringen av materiella anläggningstillgångar. Förutom förslaget om inventering är samtliga registrerade i Centuri. Avskrivningarna hanteras automatiskt i ekonomisystemet Raindance.

Bedömning

Vid de intervjuer som är gjorda har vi konstaterat att dokumentationen är väl känd av de ekonomer vi har intervjuat och att de rutiner som gäller vid nyanskaffning och avskrivningar efterlevs. I de aktuella dokumenten finns dock ingen rutin för när och vem som ansvarar för att uppdatera anläggningsregistret vid utrangering och avyttringar av anläggningstillgångar vilket är en brist. I det nya förslaget om rutiner för inventering åtgärdas den bristen.

Finns en kontrollfunktion som säkerställer att rutinerna efterlevs?

Någon skriftlig instruktion om kontroller som säkerställer att rutinerna efterlevs finns inte. Kontrollfunktioner finns dock i vissa fall. Normalt köps anläggningstillgångar in av verksamheten. Leverantörsfakturan kontrolleras och konteras vanligtvis av den som har beställt anläggningstillgången. Fakturan attesteras sedan av områdeschefen. Hos folktandvården går fakturor alltid via ekonomen. En viss kontroll sker även vid utbetalningen där den grupp som hanterar utbetalningar kontrollerar att större fakturor är rätt och om investeringen bokförts på rätt konto. En lista på vilken avskrivningstid som ska gälla för olika typer av anläggningstillgångar finns i dokumentet "Handbok anläggningsregister". Vid varje delårsrapport och vid årsbokslut görs en avstämning mellan anläggningsregistret och bokföring för att säkerställa att det inte föreligger någon differens mellan anläggningsregistret och bokföringen. Denna rutin finns skriftligt i förslaget om inventering.

Bedömning

Vi har inte kunnat se att kontroller sker på ett systematiskt sätt och inte heller att de kontroller som genomförs dokumenteras. Genom de kontroller som beskrivits är bedömningen att nyanskaffningar och avskrivningar kontrolleras tillfredsställande men bör dokumenteras. Anläggningstillgångarna som är med i stickprovsurvalet hade såvitt vi kan bedöma rätt avskrivningstid och restvärdet.

Är redovisningen av de materiella anläggningstillgångarna rättvisande?

Vid kontroll saknades en av de tjugosju anläggningarna som valts ut för stickprov då den skrotats utan att utrangeras. Det bokförda värdet för anläggningen uppgick till ca 28 tkr. Utrangering har gjorts i samband med granskningen.

Rutinerna för hantering av de materiella anläggningstillgångarna är inte kompletta och någon systematisk inventering av att materiella anläggningar existerar har inte förekommit.

Bedömning

Utifrån det begränsade urval av stickprov som granskats är det svårt att med hög säkerhet uttala sig om redovisningen av anläggningstillgångarna är rättvisande. Finns det anläggningar i anläggningsregistret som borde ha utrangerats är sannolikheten dock stor att de är helt avskrivna eller har ett lågt bokfört värde.

Att stickprovet visat att en anläggning skrotats utan att ha utrangerats och avsaknaden av rutiner för inventering, utrangering och kontroller utgör dock en risk för att brister kan finnas.

Den inventering som är på förslag att genomföras under 2018 är en förutsättning för att få ett anläggningsregister som är rätt så att både det bokförda restvärdet och anskaffningsvärdet stämmer.

7 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.

8 GRANSKNINGENS HAR GENOMFÖRTS AV:



Lasse Magnusson
Redovisningskonsult
Deloitte



23

Svar på granskning av folkhälsoarbetet

RS/758/2018



2018-08-10

Sekretariatet

Charlotte Funseth

Tfn: 063-14 75 51

E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

RS/758/2018

Svar på granskning av folkhälsoarbetet

Ärendebeskrivning

Regionens revisorer har med stöd av konsultresurser från KPMG granskat Region Jämtland Härjedalens folkhälsoarbete. Syftet har varit att svara på om regionstyrelsen har en god överblick och styrning av folkhälsoarbetet i relation till fattade beslut samt tidigare rekommendationer efter genomförd granskning 2015. Region Jämtland Härjedalens revisorer har därför uppdragit till revisionskontoret att genomföra en uppföljande granskning av folkhälsoarbetet utifrån den granskning som gjordes 2015 (Rev/15/2015).

Rapporten pekar ut ett antal förbättringsområden där fortsatt fokus på insatser för att stödja kommunerna med centrala resurser från regionens folkhälsoenhet behövs men även att genomföra ett antal insatser inom egen verksamhet för att förtydliga det gemensamma uppdraget. Uppdraget är att utveckla goda levnadsvanor samt i ett samhällsperspektiv skapa en jämnare fördelning av resurserna för att garantera goda levnadsförhållanden.

Revisorerna vill att regionstyrelsen senast den 1 juni redovisar vilka åtgärder styrelsen vidtar eller avser att vidta med anledning av granskningsresultatet. Styrelsen har dock fått förlängd svarstid så att svaret kan behandlas på regionstyrelsens sammanträde 28 augusti.

Ett förslag till svar har upprättats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen tillsammans med chef för folkhälsoenheten.

Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på granskning av folkhälsoarbetet antas.
2. Regiondirektören får i uppdrag att revidera de politiska organens reglementen så att det politiska ansvaret för folkhälsofrågorna tydliggörs när den politiska organisationen förändras 1 januari 2019.
3. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen

Utdrag till

Utdrag och svar skickas till regionens revisorer
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Folkhälsopolitisk strateg
Chef Folkhälsoenheten
Biträdande primärvårdschef



2018-08-28

RS/758/2018

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

Regionens revisorer

Svar på granskning av folkhälsoarbetet, REV/32/2017

Regionens revisorer har med stöd av konsultresurser från KPMG granskat Region Jämtland Härjedalens folkhälsoarbete. Syftet har varit att svara på om Regionstyrelsen har en god överblick och styrning av folkhälsoarbetet i relation till fattade beslut samt tidigare rekommendationer efter genomförd granskning 2015. Region Jämtland Härjedalens revisorer har därför uppdragit till revisionskontoret att genomföra en uppföljande granskning av folkhälsoarbetet utifrån den granskning som gjordes 2015 (Rev/15/2015).

Rapporten pekar ut ett antal förbättringsområden där fortsatt fokus på insatser för att stödja kommunerna med centrala resurser från regionens folkhälsoenhet behövs men även att genomföra ett antal insatser inom egen verksamhet för att förtydliga det gemensamma uppdraget. Uppdraget är att utveckla goda levnadsvanor samt i ett samhällsperspektiv skapa en jämnare fördelning av resurserna för att garantera goda levnadsförhållanden.

Regionstyrelsen välkomnar rapporten som visar på att det arbete som bedrivits sedan förra granskningen har skett på ett ändamålsenligt sätt och att det har skett en positiv utveckling. Rapporten lämnar synpunkter och förbättringsförslag som är relevanta och som bör åtgärdas.

Regionstyrelsen uppfattar därför rapporten som ett stöd för redan beslutade och genomförda förändringar av organiseringen av folkhälsoverksamheten.

Revisionsrapporten konstaterar att det finns en koppling mellan övergripande mål i Regionplan och verksamhetsplaner men saknar konkretiseringar. Vidare framförs att det saknas koppling mellan mål för folkhälsan och medel i regionplanen. Rapporten lämnar också synpunkter på den fortsatta organiseringen av folkhälsoarbetet i regionen, bland annat behov av förtydligande och enhetlighet, att utveckla samverkan med kommunerna samt att fortsatt se folkhälsokompetensen som en samlad och strategisk resurs. Dessa synpunkter är viktiga och kommer att kunna användas i det kommande arbetet med att utveckla organisationen såväl som den politiska styrningen av folkhälsofrågor. Folkhälsoarbetet i Region Jämtland Härjedalen är på ett övergripande plan uppdelat mellan Regionstyrelsen, som även fungerar som hälso- och sjukvårdsnämnd, och Regionala utvecklingsnämnden (RUN). I 2018-års verksamhetsplan för regionstyrelsen framgår det att den har till uppgift att arbeta med frågor gällande folkhälsa som relaterar till hälso- och sjukvården. RUN ansvarar för frågor om folkhälsa som faller utanför hälso- och sjukvården. Detta innebär i praktiken att RUN har en viktig roll i att stödja kommunernas arbete med

folkhälsa. Den nya politiska organisationen som träder i kraft 2019 behöver förtydligas i var ansvaret kommer finnas för folkhälsofrågor.

Under regionstyrelsen finns inom Regionstaben Utvecklingsavdelningen och den Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen och under RUN finns Regionala utvecklingsförvaltningen (RUF) samt under Hälso- och sjukvårdsverksamheten Folkhälsoenheten förlagd till primärvården.

Kommunerna är folkhälsoarbetets nyckelaktörer på länsnivå då de ansvarar för flera verksamheter som är viktiga ur folkhälsosynpunkt. Kommunerna ansvarar för verksamheter som påverkar viktiga bestämningsfaktorer för hälsa t.ex. skola och barnomsorg, fysisk planering och bostadsförsörjning, vatten och avlopp, hälso- och miljöskydd, vård- och omsorgsverksamheter för äldre och personer med funktionsnedsättning samt räddningstjänst. Därutöver är fritid och kultur, energi, sysselsättning och näringslivsutveckling viktiga komponenter där Region Jämtland Härjedalen redan har etablerade samverkansformer med kommunerna. Kommunernas befogenheter, organisation och verksamhetsformer regleras i kommunallagen (2017:725) samt i särskilda föreskrifter om deras befogenheter och skyldigheter på vissa områden. Det gemensamma organet Folkhälso Z är därför det forum där överenskommelser om gemensamma folkhälsoinsatser kan förhandlas fram i dialog.

Revisionens synpunkter och regionstyrelsens svar

Har regionfullmäktiges mål avseende folkhälsa konkretiserats i mål och framgångsfaktorer på ett tillfredsställande sätt?

Delvis. Det är inte enkelt att se hur styrningen av folkhälsa hänger samman mellan olika nivåer (se målanalys i tabell 1). Det saknas en tydlig röd tråd och framstår som att varje nivå formar sina egna mål med i vissa fall en oklar koppling till överliggande nivå. En positiv tolkning av målanalysen är att alla verksamheter har mål/framgångsfaktorer och aktiviteter med koppling till folkhälsa. Detta ligger i linje med det övergripande budskapet att alla verksamheter bidrar till folkhälsa.

I tidigare fattade beslut har regionstyrelsen efterfrågat en beskrivning av huvudprocessen för hälsa – dvs politisk inriktning HiaP, Hälsa i alla politikområden.

Då ansvaret för befolkningens hälsa är fördelad mellan olika organisationer och aktörer är det viktigt att identifiera och ta fram en processbeskrivning över de ansvariga leverantörerna till folkhälsoprocessen där Samordna, Måta, Styra och Följa upp måste vara tydliga ledord. I regionstyrelsens verksamhetsplan finns numer följande infört med syfte till en förbättrad folkhälsa - Genomföra en temadag för chefer i båda förvaltningarna om regionens operativa ansvar för att arbeta med hälsans fördelning utgående från de länsgemensamma utvecklingsområdena i länets Folkhälsopolicy. Genom att skapa en samsyn inom

organisationen om folkhälsa hos organisationens chefer bör ett bättre fungerande samarbete kunna förväntas.

Tillvaratas resultatet från olika folkhälsoundersökningar så att de återspeglas i de övergripande uppdragen avseende folkhälsa?

Denna koppling bör förtydligas ytterligare. Generellt sätt bygger Folkhälsopolicyn på den kunskap som finns utifrån olika folkhälsoundersökningar. Det saknas dock en konkret strategi eller handlingsplan för regionens arbete som utgår ifrån Folkhälsopolicyn och senaste folkhälsoundersökningar och utifrån detta tydligt prioriterar vilka insatser som ska ske.

Hälsosamtalet i skolan, Hälsa på lika villkor och CAN-rapporterna är viktiga planeringsunderlag i folkhälsoarbetet. Dessa delas med kommunerna vilket gör dem lämpliga att fatta beslut om i dialog inom Folkhälso Z.

Regionens folkhälsoansvariga resurser arbetar med att ta fram fler förslag på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder som regionen ska vidta utifrån resultat från undersökningarna CAN, Hälsa på lika villkor och Hälsosamtal i skolan. Men även här bör en dialog ske mellan de olika huvudmännen.

Finns en tydlig organisering och ansvarsfördelning av folkhälsoarbetet mellan den Regionala utvecklingsförvaltningen och Folkhälsoenheten?

På regionnivå finns, förutom Regionala utvecklingsförvaltningen och Folkhälsoenheten, även den Hälsopolitiska avdelningen och Utvecklingsavdelningen som är berörda av folkhälsoarbetet. För Regionala utvecklingsnämnden framgår tydligt i reglementet att de ska stödja kommunerna i folkhälsofrågor som inte är kopplade till hälso- och sjukvård.

De tre övriga funktionerna / enheterna vid regionkansliet arbetar företrädesvis med sjukdomsförebyggande insatser. Det är oklart hur alla aktörers insatser samordnas för att få största möjliga effekt på folkhälsan. Beslut är nyligen fattade i Regionstyrelsen som har ambitionen att åtgärda detta.

Revisorerna pekar i sitt svar på det beslut som Regionstyrelsen fattat, dvs göra en fortsatt översyn av primärvårdens folkhälsoorganisation och ge förslag på åtgärder som motsvarar behoven för en samordnad process i folkhälsoarbetet. Men även då det gäller den politiska styrningen bör den nya politiska organisationen samordnas och få förtydligande uppdrag lagda på Regionstyrelsen för en bättre samordning av folkhälsofrågorna.

När det gäller folkhälsoenheten har den både omorganiserats och fått minskade ekonomiska resurser som kan vara en förklaring till att den ännu inte hittat tydliga former kring hur uppdraget ska prioriteras och genomföras. En separat beskrivning ges därför av

Folkhälsoenhetens ekonomiska bakgrund och budgetarbete:

När enheten 2016 flyttades till Utvecklingsenheten hade den en budget på ca 11,5 miljoner. Vid flytt av tillhörighet till primärvården mars 2017 lades budgeten på 6,9 miljoner. (med samma antal anställda). Under hösten 2017 genomfördes ett hårt, strategiskt inriktat arbete för att få en budget i balans genom att dels minska personalstyrkan och att dels anpassa verksamheten till denna nya nivå. Folkhälsoenheten har sedan årsskiftet 2017/2018 fortsatt minskat sin personal med 115 % genom att inte tillsätta vikariat för tjänstledig läkare 50 % (vikarie 2017 arbetade 75 %), samt två personer som vardera gått ned 20 %.

I juni 2018 gick en medarbetare i pension, arbetar nu 50 %. Arbetsuppgifter, sexuell, reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR, har omfördelats till annan medarbetare och tjänsten kommer inte att tillsättas.

Totalt i år spar Folkhälsoenheten ner 165 % i personal. Det påverkar hur enhetens uppdrag kan utföras. Exempelvis område "Tobak" hade under 2017 personal på 150 % men har idag 75 %. Samordnare för SRHR-frågorna har exempelvis även tobak på 25 %, tjänstledig på 20 % och återstår till SRHR endast 55 %. (bör vara 100 % SRHR)

Region Jämtland Härjedalen är inte längre med och subventioner gratis kondomer.

HIV/STIs statliga medel har upphört så enheten har valt att inte tillskjuta egna medel för 2018.

Samverkansträffar med de övriga norrlandstingen och nationellt har minimerats.

Ur Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor framgår att "Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet utgör viktiga riskfaktorer för många av vår tids stora folksjukdomar som till exempel hjärt-kärlsjukdom, cancer eller typ 2-diabetes. Tillsammans bidrar dessa levnadsvanor till cirka en femtedel av den samlade sjukdomsburden i Sverige." Folkhälsoenheten fokuserar därför på att utveckla metoder och kunskaper om länets levnadsvanor samt hur dessa skall hanteras med befintliga resurser.

En av Folkhälsoenhetens uppdrag är att utgöra spjutspets för personalen inom genren. För att på så vis kunna utbilda och stödja i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet som klinisk personal inte själva hinner att uppdatera sig i. Men även att kunna leverera information till politiker och beslutsfattare inför kommande handlingskraftiga beslut.

Har åtgärder vidtagits för att förbättra formerna för samverkan med kommunerna avseende folkhälsoarbetet?

Ja! Samverkansorganet Folkhälso Z har tillkommit. Ett av resultaten är en ny gemensam Folkhälsopolicy. Tidigare version av policyn har upplevts som detaljstyrande vilket inneburit att den inte följts. Nuvarande version fokuserar på fyra insatsområden utan detaljkrav och har därmed vunnit i uppslutning hos berörda huvudmän. Eventuellt samordnas kommunernas arbete bättre sedan Regionala utvecklingsnämnden tillkommit. Fortsatt menar dock flera av de vi intervjuat att det finns behov att ge ett mer handfast stöd till kommunernas folkhälsoarbete.

Detta är ett pågående kontinuerligt arbete. Efter det val som nu kommer under hösten 2018 kommer en ny konstellation av politiker och administrativ personal behöva skolas in samt delges det uppdrag som medföljer – att påbörja översynen av nuvarande Folkhälsopolicy.

Finns det en tillfredsställande uppföljning av de sjukdomsförebyggande insatserna?

Generellt sätt saknas det en tillfredsställande uppföljning och Regionstyrelsen har bl.a. av detta skäl fattat beslut om att ett hälsoprocessboksut ska införas. Regionens årsredovisning innehåller sammantaget tämligen omfattande redovisningar av folkhälsoinsatser. Flera av redovisningarna ger dock ingen eller vag information om i vilken omfattning insatser genomförts eller vilken täckningsgrad som uppnåtts. Sammantaget skapas ingen klarhet om varken den totala mängden insatser eller (och främst) hur dessa har påverkat folkhälsan.

Inom vissa områden finns dock välfungerande rutiner, systemstöd och goda möjligheter till uppföljning.

Revisorerna hänvisar här till ett redan inlett arbete med att införa ett Hälsoprocessboksut – en årlig redovisning som inte är fragmentiserad på förvaltnings-/verksamhetsnivå utan en sammanställd totalredovisning på koncernnivå av hur mycket som investeras i hälsoutvecklingen – inte vårdproduktion. Därmed inte sagt att detta är en enkel väg att vandra utan kommer kräva ett långsiktigt arbete.

Svar på övergripande revisionsfråga

Har Regionstyrelsen och Regional utvecklingsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av det som framkom i granskningen 2015?

Vår bedömning är att tidigare oklarheter i ansvarsfördelning mellan dåvarande regionförbund och Landstinget Jämtland inte längre existerar mellan nuvarande Regionstyrelsen och Regional utvecklingsnämnden.

I övrigt har åtgärder vidtagits för att förbättra samverkansformerna med kommunerna och sannolikt har uppföljningsmöjligheterna förbättrats för vissa typer av folkhälsoinsatser. Uppföljning kvarstår dock generellt som ett förbättringsområde liksom övriga delar från granskning 2015.

Det är positivt att Regionstyrelsen i december 2017 fattat flera beslut med koppling till folkhälsoområdet. Om och när dessa genomförs finns goda möjligheter att förbättra kvarstående delar.

Region Jämtland Härjedalen ska tillsammans med kommunerna i länet och andra aktörer skapa förutsättningar i samhället för att nå visionen om en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det gemensamma folkhälsoarbetet ska främja social, psykisk och fysisk hälsa, öka människors välbefinnande och stödja förändring av ohälsosamma levnadsvanor. Ett särskilt fokus ska vara på barn, ungdomar och äldre.

I arbetet med ungas hälsa behövs en högre grad av samarbete och samverkan med andra aktörer, och då särskilt med skolan. Arbetet med att utveckla Hälsosamtalet i skolan, som sker tillsammans med skolhuvudmän i Jämtland Härjedalen ska fortsätta vara ett prioriterat arbete. Tillsammans med folkhälso rapporten Hälsa på lika villkor ska Hälsosamtal i skolan vara ett viktigt underlag för att följa ungas hälsoutveckling och planera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Ungdomsmottagningarna ska fortsätta utveckla sitt arbete med att främja fysisk och psykisk hälsa. Fokus i det ska ligga på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter hos unga.

När det gäller psykisk ohälsa ska särskilt samer, HBTQ- och transgenderpersoner och nyanlända uppmärksammas.

Jämtland Härjedalens övergripande folkhälsopolicy samt Gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2015–2025 för Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtland Härjedalen utgör viktiga utgångspunkter i folkhälsoarbetet.

Förslag till svar har utarbetats inom hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen tillsammans med chef för folkhälsoenheten.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson
Regiondirektör

Regionstyrelsen

Granskning av folkhälsoarbetet

På vårt uppdrag har KPMG under ledning av revisionskontoret genomfört en granskning av folkhälsoarbetet.

Syftet med granskningen är att följa upp om Regionstyrelsen och Regionala utvecklingsnämnden har vidtagit tillräckliga åtgärder efter vår tidigare granskning av folkhälsoarbetet från 2015.

Inledningsvis konstaterar vi att en ny folkhälsopolicy har tagits fram. Regionstyrelsen har nyligen fattat ett flertal beslut med koppling till folkhälsoområdet, bl.a. har Regionstyrelsen beslutat om att ett folkhälsobokslut ska tas fram. Alla verksamheter har mål/framgångsfaktorer och aktiviteter med koppling till folkhälsa.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad revisionsrapport.

Nedan följer några av de bedömningar och rekommendationer som beskrivs i rapporten:

- När det gäller styrningen av folkhälsoarbetet saknas det en tydlig röd tråd för hur styrningen av folkhälsoarbetet hänger samman på olika nivåer. Varje nivå formar sina egna mål med, i vissa fall, en oklar koppling till överliggande nivå.
- Inom länet har ett flertal undersökningar avseende folkhälsa genomförts och regionen är därmed välförsörjd på sådan information. Det saknas dock en konkret strategi eller handlingsplan för regionens folkhälsoarbete med koppling till folkhälsoundersökningar och folkhälsopolicyn. Därmed saknas en tydlig prioritering om vilka insatser som ska ske.
- Ansvarsfördelningen kring folkhälsoarbetet är tydlig mellan Regionstyrelsen och Regionala utvecklingsnämnden. Under Regionstyrelsen finns tre olika enheter där ansvarsområden för folkhälsoarbetet har fördelats. Där kvarstår det att tydliggöra de olika funktionernas/enheternas uppdrag i relation till varandra.
- Förutsättningarna för ett verkningsfullt samverkansarbete har förbättrats sedan föregående granskning, bl.a. har samverkansorganet Folkhälso Z tillkommit. Dock framkommer ett behov om ett mer handfast stöd när det gäller folkhälsofrågor till kommunerna.
- Rent generellt saknas en tillfredsställande uppföljning av de sjukdomsförebyggande insatserna. Det sker med stor sannolikhet en fortsatt underregistrering av sådana insatser. Regionens årsredovisning ger en ganska vag bild av vilka folkhälsoinsatser som vidtagits och hur dessa åtgärder påverkat folkhälsan.

Vi emotser **senast den 1 juni 2018** redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Region Jämtland-Härjedalens revisorer



Bernt Söderman
Vice Ordförande



Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

Bilaga

Revisionsrapport "Granskning av folkhälsoarbetet" Rev/32/2017.

Kopia till

Regiondirektören

Biträdande regiondirektör

Förvaltningschef för hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Områdeschef för regiondriven primärvård

Områdeschef för Psykiatri

Regionöverläkare

Chef för folkhälsoenheten



Uppföljande granskning av folkhälsoarbetet

Revisionsrapport

Region Jämtland Härjedalen

KPMG AB

2018-03-19

Antal sidor 16

Antal bilagor 1



Region Jämtland Härjedalen

Uppföljande granskning av folkhälsoarbetet

KPMG AB

2018-03-19

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning och rekommendationer	1
1.1	Rekommendationer	1
2	Inledning/bakgrund	2
2.1	Revisionsfrågor	2
2.2	Avgränsning	3
2.3	Projektorganisation/granskningsansvariga	3
2.4	Metod och utgångspunkter	3
3	Resultat av granskningen	3
3.1	Organisering och ansvarsfördelning av folkhälsoarbetet	3
3.2	Struktur, strategi, mål och framgångsfaktorer för folkhälsoarbetet	6
3.3	Hur resultatet av folkhälsoundersökningar tillvaratas	11
3.4	Vidtagna åtgärder för att förbättra samverkan med kommunerna kring folkhälsoarbetet	12
3.5	Uppföljning av folkhälsoarbetet	13
4	Svar på revisionsfrågor	16
Bilaga 1 Metod och utgångspunkter		

1 Sammanfattning och rekommendationer

KPMG har på uppdrag av revisorerna i Region Jämtland Härjedalen genomfört denna uppföljande granskning av folkhälsoarbetet. Syftet har varit att granska om Regionstyrelsen och Regionala utvecklingsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av det som framkom i granskningen 2015.

Sammanfattningsvis är vår uppfattning att det sedan lång tid bedrivs ett engagerat och viktigt arbete i Regionen kring folkhälsa. Ett hälsofrämjande synsätt har funnits länge.

Vår tolkning är att förutsättningarna för samverkan har förbättrats i Folkhälso Z och att det finns en god uppslutning bland huvudmännen kring inriktningen i den nya Folkhälsostrategin. Trots detta tycks ändå delar av kritiken från föregående granskning kvarstå. Den handlar om att kommunerna önskar mer handfast stöd kring i folkhälsoarbetet.

Det finns dock anledning att bättre samordna de funktioner/verksamheter som verkar på regionkansliet liksom att ha en tydligare process för hur folkhälsoinsatser prioriteras.

Rutiner för rationell registrering och uppföljning finns i vissa fall men behöver generellt sett utvecklas. Den samlade uppföljningen ger inte en tydlig och sammanfattande bild av vilka insatser som genomförs och den innehåller inga bedömningar om hur insatserna påverkar folkhälsan.

1.1 Rekommendationer

Mot bakgrund av genomförd granskning rekommenderar vi regionstyrelsen att:

- ✓ Ta fram en handlingsplan för Regionens arbete utifrån den regionala Folkhälsopolicyn
- ✓ Tydliggöra processen för hur folkhälsoinsatser prioriteras
- ✓ Samordna berörda funktioners / enheters arbete i syfte att säkerställa att uppdrag och resurser fördelas på bästa sätt för nå önskade förbättringar i folkhälsa
- ✓ Säkerställa rutiner för rationell registrering och uppföljning av folkhälsoinsatser
- ✓ Utveckla en mer sammanhållen uppföljning av folkhälsoinsatser och folkhälsan

2 Inledning/bakgrund

Region Jämtland Härjedalens revisorer har uppdragit till regionens revisionskontor att genomföra en uppföljande granskning av regionens folkhälsoarbete. I Region Jämtland Härjedalens årsredovisning för 2016 framkommer att det finns en förhöjd risk för ohälsa för personer med sämre ekonomiska förutsättningar och lägre utbildningsnivå. Det framhålls vidare att det fortsatt finns skillnader i folkhälsa mellan länsdelarna.

Ett strategiskt mål i regionplanen för 2017 är att förbättra folkhälsan. Arbetet ska bedrivas tillsammans med kommunerna och andra aktörer och ett särskilt fokus är barn, ungdomar och äldre.

Region Jämtland Härjedalens revisorer har därför uppdragit till revisionskontoret att genomföra en uppföljande granskning av folkhälsoarbetet utifrån den granskning som gjordes 2015 (Rev/15/2015).

I den tidigare granskningen från 2015 gjordes bl.a. följande iakttagelser och bedömningar:

- Styrningen av folkhälsoarbetet behövde utvecklas. Verksamhetsplanerna behövde utvecklas för att ge en tydligare styrning, t.ex. saknades det en tydlig koppling mellan Vårdvalsnämndens verksamhetsplan och de strategiska målen för folkhälsa.
- Resultatet från olika folkhälsoundersökningar återspeglades inte i tillräckligt stor utsträckning i de övergripande uppdragen avseende folkhälsa.
- Det framkom brister avseende organiseringen av folkhälsoarbetet. Fördelningen av ansvarsfrågorna mellan dåvarande Regionförbund J/H och dåvarande Jämtlands läns landsting var inte klargjorda. Regionstyrelsen svarade att detta skulle beaktas i den organisationsförändring som var förestående.
- Formerna för samverkan med kommunerna behövde ses över. I en enkätundersökning framkom synpunkter om briser i samverkan. Regionstyrelsen svarade att dessa brister också skulle beaktas i den kommande organisationsförändringen.
- I granskningen framkom brister i uppföljningen av de sjukdomsförebyggande insatserna. Orsaken till dessa brister berodde framförallt på att registrering av sjukdomsförebyggande insatser var krångligt att genomföra och därför uteblev. Detta fick till följd att statistiken avseende sjukdomsförebyggande åtgärder inte var tillförlitlig.

2.1 Revisionsfrågor

Revisionsfrågorna återges och besvaras i kapitel 4.

2.2 Avgränsning

Granskningen är avgränsad till den del av folkhälsoarbetet som bedrivs inom Folkhälsocentrum, Primärvården och område Psykiatri.

Ansvariga nämnder är styrelsen för Region Jämtland Härjedalen och Regionala utvecklingsnämnden.

2.3 Projektorganisation/granskningsansvariga

Granskningen har utförts av Andreas Endrédi - projektledare och certifierad kommunal revisor tillsammans med Örjan Garpenholt - granskare, Jenny Malmsjö - granskare och Ewa Axelsson - praktikant.

Samtliga intervjuade har erbjudits möjlighet att sakgranska rapporten.

2.4 Metod och utgångspunkter

En beskrivning över använd metod och utgångspunkter återges i bilaga 1.

3 Resultat av granskningen

3.1 Organisering och ansvarsfördelning av folkhälsoarbetet

Folkhälsoarbetet i Region Jämtland Härjedalen är på ett övergripande plan uppdelat mellan Regionstyrelsen, som även fungerar som hälso- och sjukvårdsnämnd, och Regionala utvecklingsnämnden (RUN). I 2018-års verksamhetsplan för regionstyrelsen framgår det att den har till uppgift att arbeta med frågor gällande folkhälsa som relaterar till hälso- och sjukvården. RUN ansvarar för frågor om folkhälsa som faller utanför hälso- och sjukvården. Detta innebär i praktiken att RUN har en viktig roll i att stödja kommunernas arbete med folkhälsa.

Under regionstyrelsen finns Folkhälsoenheten, Utvecklingsavdelningen och den Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen och under RUN finns Regionala utvecklingsförvaltningen (RUF). Enheterna har olika roller i folkhälsoarbetet vilka beskrivs nedan.

Folkhälsoenheten är resultatet av en organisationsförändring där det tidigare s.k. Folkhälsocentrum lades ned och samtliga medarbetare fördes över till den nya Folkhälsoenheten under primärvården. Folkhälsoenheten startade sitt arbete i mars 2017 och innan det tillhörde personalen utvecklingsenheten. Även personer från regional utveckling fördes över till Folkhälsoenheten. Syftet med förändringen var att ge verksamheterna ett mer operativt stöd i deras arbete med folkhälsoinsatser. På Folkhälsoenheten finns specialistkompetens inom områden som bl.a. tobak, alkohol, goda matvanor, sexuell hälsa och fysisk aktivitet. Det operativa arbetet kan innefatta utbildning och kompetensuppdatering för de som arbetar med tobaksavvänjning, utbildning kring kost på hälsocentraler samt att kommunicera och samordna centralt

stöd avseende folkhälsopolicyn. Utöver detta ansvarar Folkhälsoenheten även för rapportering avseende folkhälsa. Vid enheten finns även folkhälsostrateger som rapporterar sammanställer och rapporterar större folkhälsoundersökningar till kommuner och Regionen m.fl. Enheten samordnar även föräldrastöd inom kommuner och Regionen och är behjälplig till kommunerna med att skriva lokala policys och handlingsplaner för folkhälsoarbete m.m.

I intervjuerna framkom att enheten inte har någon tydlig uppdragsbeskrivning utan använder den som gällde för Folkhälsocentrum. Den nya enhetschefen planerar att tillsammans med primärvårdens chefer se över uppdraget i syfte att tydliggöra detsamma för medarbetarna. Folkhälsoenhetens arbete har i hög grad styrts av vad olika verksamheter ha bett om hjälp med. I intervjun med chefen för hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen framkom att det finns en förbättringsmöjlighet kring samarbetet mellan Folkhälsoenheten och specialistsjukvården. Folkhälsoenheten saknar specialistkompetens inom områden som psykisk hälsa, framförallt barn/ungdomars hälsa. När det gäller suicidprevention har Folkhälsoenheten tidigare haft en deltagare i arbetsgruppen som utarbetar ny övergripande handlingsplan. Denna kompetens finns istället inom specialistvården. Metodstöd från Folkhälsoenheten kan behövas även inom specialistvårdens arbete med folkhälsoinsatser.

Utvecklingsavdelningens folkhälsoarbete är relaterat till områden som gäller jämställd och jämlik vård, minoriteter, våld i nära relationer och barnkonventionen. De ger bl.a. stöd, ökar samverkan och utvecklar insatser som rör ovanstående fyra områden hos olika aktörer.

Vid den *Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen* finns, sedan organisationsförändringen, en folkhälsopolitisk strateg som arbetar gentemot politikerna och högsta ledningen. Uppdraget består i att informera och presentera faktaunderlag kring folkhälsa samt arbeta för att nå konsensus kring de politiska besluten.

Den *Regionala utvecklingsförvaltningen* arbetar åt flera olika uppdragsgivare och samverkar på flera plan med bl.a. kommuner och andra län. De har en nära samverkan med kommunerna och stöttar dem i deras uppdrag avseende folkhälsa. Utifrån regionplanen och RUNs mål arbetar RUF med åtta insatsområden. Att få en bättre folkhälsa faller in under insatsområdet *välfärd*. RUFs uppgifter består i dagsläget bl.a. i att stötta kommuner och Regionen i processarbetet gällande den länsövergripande handlingsplanen för psykisk hälsa¹ samt att ta fram en länsövergripande handlingsplan för suicidprevention. Vidare ordnar de även arenor för samverkan mellan olika aktörer.

I december 2017 redovisades en rapport framtagen av hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen för styrelsen i Region Jämtland Härjedalen. Rapporten är förvaltningens svar på ett mål i regionplanen för 2017, där hälso- och sjukvårdsorganisationen ska redovisa vilka insatser som skett/sker i arbetet mot folkhälsopolicyn. I rapporten

¹ "Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen – Område psykisk hälsa 2016 – 2020"

beskrivs olika folkhälsoinsatser som genomförts i hälso- och sjukvårdsorganisationen men beskrivningen är enligt rapporten inte komplett.

Det framgår i rapporten att hela Regionen förväntas bidra i arbetet för en bättre folkhälsa. Då de olika verksamheterna och förvaltningarna utgår från olika uppdrag resulterar detta i en fragmentiserad process enligt rapporten som även försvårar bedömningen av genomförda insatser. I rapporten ges förslag på åtgärder för regiondirektören att genomföra. Regionstyrelsen beslutade enligt förslaget att regiondirektören ska:

- ✓ 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 vara 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 ansvarig 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 hälsoutvecklingen – inte vårdproduktion.

I intervjuerna framkommer att stora förhoppningar knyts till att besluten (uppdragen) ska leda till en bättre samverkan och ökad tydlighet i folkhälsoarbetet. Vidare framkommer det att ovanstående uppdrag vid tidpunkten för intervjuerna (slutet februari) inte har delegerats vidare från regiondirektören.

Kommentarer

Ansvarsfördelningen kring folkhälsoarbetet är på en övergripande nivå tydlig mellan regionstyrelsen och RUN där RUN ansvarar för folkhälsofrågor som faller utanför hälso- och sjukvården. Under regionstyrelsen finns tre olika enheter där ansvarsområdena för folkhälsoarbetet inom hälso- och sjukvården har fördelats. Det kvarstår dock att tydliggöra de olika funktionernas / enheternas uppdrag i relation till varandra. Även om viss uppdelning finns så bygger denna inte på en uttalad plan för att optimera gynnsamma effekter på folkhälsan. Denna uppfattning och slutsats delas enligt våra intervjuer av berörda inom regionledningen och finns även upptagen i den rapport som på decembermötet lämnades till Regionstyrelsen. Vi ser positivt på att Regionen har fattat flera beslut för att tydliggöra och bättre samordna folkhälsoarbetet. Det är angeläget att det som besluten syftar till, också realiserar. En förutsättning för detta är att tydliga uppdrag formuleras och fördelas till de som förväntas förverkliga de olika besluten/uppdragen.

3.2 Struktur, strategi, mål och framgångsfaktorer för folkhälsoarbetet

3.2.1 Folkhälsopolicy 2016 – 2019

Regionfullmäktige liksom samtliga kommunfullmäktige i Jämtland och Härjedalen har fastställt en Folkhälsopolicy för 2016-2019 med gemensamma insatsområden. Policyn relaterar till ett antal andra beslutade länsövergripande styrdokument, bl.a. den Regionala utvecklingsstrategin (RUS) och Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014 – 2025. RUS är basen för arbetet med konkreta mål och aktiviteter inom prioriterade områden för utveckling och hållbar tillväxt i hela Jämtland Härjedalen. Dokumentet länkar samman de myndigheter, organisationer och andra aktörer som driver och verkar för utveckling. Dokumenten *Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik* och *folkhälsopolicyn* är två parallella dokument som syftar till att komplettera varandra i styrningen av länets gemensamma arbete.

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ingår i folkhälsopolicyn men för att nå målen för framtidens hälso- och sjukvårdspolitik, behövs en gemensam handlingsplan. Dokumentet *Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik* fokuserar på tre övergripande mål:

- förbättrad psykisk hälsa
- hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor samt
- tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård.

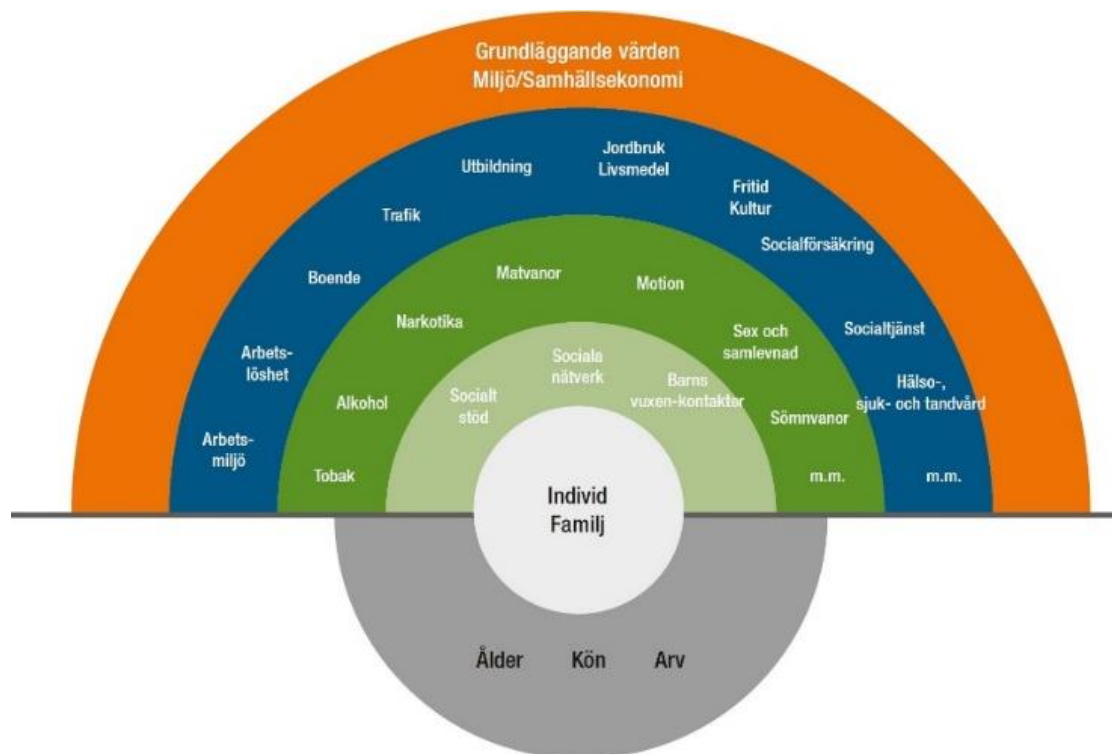
Fokus ligger dels på barn, unga och äldre, dels oberoende av ålder på personer med funktionsnedsättning, anhöriga, flyktingar, samer, homo- och bisexuella samt trans- och queer-personer.

Den nuvarande folkhälsopolicyn är en reviderad version av den som gällde för 2011 – 2015. I intervjuerna framkommer att den tidigare policyn hade svårt att få genomslag hos alla parter då den var för konkret vilket har gjort att utformningen av den nuvarande policyn istället har en mer övergripande karaktär. Den gemensamma visionen är "*Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län*". Ett särskilt fokus finns även här på barn, ungdomar och äldre. Det gemensamma folkhälsoarbetet i länet ska främja social, psykisk och fysisk hälsa och öka människors välbefinnande. Vidare ska det även bidra till en mer jämställd och jämlikt fördelad hälsa i länet och skapa en framtidstro.

Folkhälsopolicyn utgår från de faktorer som påverkar hälsan, *hälsans bestämningsfaktorer*, och inte från sjukdom eller hälsoproblem. Se figur 1 nedan.

Ytterst återfinns de faktorer som styrs av omgivningen, sedan följer livsvillkor, levnadsvanor/livsstil, sociala nätverk, individen samt de opåverkbara individuella faktorerna. Folkhälsoenheten arbetar med de faktorer som ligger i halvcirkelns mitt, medan RUF arbetar med de yttre faktorerna.

Figur 1 Hälsans bestämningfaktorer



Fokus i folkhälsopolicyn ligger på den goda positiva hälsan, synsättet kallas salutogent perspektiv. Tillsammans i länet har politikerna kommit fram till fyra viktiga insatsområden där utvecklingsinsatserna kan tänkas ge bäst effekt. Dessa är följande:

1. Trygga uppväxtvillkor
2. Utbildning och arbete
3. Hälsofrämjande miljö
4. Delaktighet och inflytande

De fyra insatsområdena är desamma som i den tidigare folkhälsopolicyn men har utvidgats med perspektiv på nya utmaningar som finns för folkhälsan så som globala befolkningsomflyttningar, samhällets utveckling mot ökad urbanisering och centralisering, klimatförändringar m.m. De fyra insatsområdena ger kommunerna och Regionen en övergripande inriktning för att sedan anpassa arbetet efter lokala förutsättningar i sina handlingsplaner. Region Jämtland Härjedalen fungerar som ett centralt kompetenscentrum för att stödja kommunerna i deras folkhälsoarbete. Region Jämtland Härjedalen har inte tagit fram en handlingsplan för Regionens arbete utifrån policyn.

För att nå den positiva utveckling som är målet med folkhälsoarbetet krävs det enligt Folkhälsopolicyn att folkhälsoaspekterna finns med i styrande dokument och nedåt i verksamheten. Vidare bör folkhälsoarbetet delas in i fyra olika angreppssätt för att fortsätta och löpande nå framgång. I folkhälsopolicyn redovisas dessa fyra angreppssätt enligt figur 2 nedan (kallas även kvalitetscirkel i policyn).

Figur 2 Fyra angreppssätt för folkhälsoarbetet (källa: Folkhälsopolicy 2016 - 2019)



I intervju med Regionens folkhälsopolitiska strateg framkommer att det i nuläget inte finns några områden inom vilka kvalitetscirkel har slutits än. Det har gått för kort tid sedan denna modell introducerades.

3.2.2 Regionplan 2018 – 2020

I Region Jämtland Härjedalens Regionplan för 2018 – 2020 redovisas vision, övergripande mål och inriktningar. Regionplanen utgår från ett flertal länsövergripande styrdokument. Av planen framgår att RUS är det viktigaste av dem. För folkhälsoarbetet i Regionen utgör den länsövergripande Folkhälsopolicyn ett viktigt styrdokument tillsammans med Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014 – 2025.

I Regionplanen finns strategiska mål och inriktningar inom fyra områden som visar på vilka prioriteringar som ska göras mellan 2018-2020. De fyra områdena är *samhälle*, *patient*, *medarbetare* och *verksamhetsresultat*. Det strategiska målet om bättre folkhälsa faller under området "samhälle".

Regionplanen har ett fokus på att:

- arbeta med ungas hälsa där samverkan med andra aktörer anses högst betydelsefull, framförallt samverkan med skolan.
- prioritera arbetet med att utveckla hälsosamtalet i skolan
- Folkhälsorapporten "Hälsa på lika villkor" ska tillsammans med hälsosamtalet användas som underlag för att följa hälsoutvecklingen hos unga samt för att planera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.
- Hos ungdomsmottagningarna ska en fortsatt utveckling av arbetet ske för att främja psykisk och fysisk hälsa.
- Inom området psykisk ohälsa ska samer, HBTQ- och transgenderpersoner samt nyanlända uppmärksammas.

För att kunna uppnå de strategiska målen beslutar regionstyrelsen och nämnderna om framgångsfaktorer för det kommande året. Framgångsfaktorerna fungerar i sin tur som stöd i regiondirektörens direktiv för verksamhetsplaner och i förvaltningschefernas / regionstabens verksamhetsplaner.

Sammanställning av mål från Regionplan 2018 - 2020

I tabellen nedan har vi gjort en sammanställning för att se vilket genomslag fullmäktiges mål har på olika nivåer i regionens organisation. Vi har stannat på områdesnivå med ett undantag, inom primärvården har vi även återgivit ett exempel från ett närvårdsområde. Det bör observeras att listan inte är komplett gällande mål och aktiviteter utan återger i flera fall endast något eller några exempel.

Tabell 1 Framgångsfaktorer / mål och aktiviteter / mätvärde kopplade till regionplanens strategiska mål "bättre folkhälsa".

Politiskt organ/Verksamhet	Exempel på framgångsfaktorer/mål	Exempel på aktiviteter / (mätvärde)
Regionstyrelsen	Fler förslag på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder för regionen utifrån undersökningarna/enkäterna CAN ² , hälsa på lika villkor och hälsosamtal i skolan.	Antal åtgärder som tagits fram under 2018.
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	Minskning av sjukpenningtal hos länets invånare.	Följa handlingsplan för psykisk hälsa. Använda sig av och följa upp rutin om våld i nära relation.
Område Psykiatri	Öka kunskapen hos samtliga medarbetare inom psykiatri om samers psykiska hälsa.	Anordna en workshop i syfte att öka kunskapen om samernas hälsa och kultur. Diskussion på APT under punkten "jämsköldhet och jämlikhet".
	Minskning av sjukpenningtal hos länets invånare.	Utse en processledare för införandet av distansoberoende vård.
Område Primärvård	Minska antal heltidssjukskrivna personer och deras sjukskrivnings-dagar för gruppen F30 – 39 (förstämningssyndrom) och M50 – 54 (ryggsjukdomar).	Fortsätta utveckla PSE ³ enligt plan. Fortsätta kompetensstärkande insatser.
	HBTQ-certifiera ungdomsmottagningar.	

² Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

³ Psykosociala enheten

	Fråga om våld i nära relation skall ställas till fler patienter inom mödrahälsovård och inom resterande verksamhet.	Info till chefer.
Närvårdsområde Strömsund	Fortsatt arbete med att minska antalet heltidssjukskrivna personer och dess sjukskrivningsdagar för gruppen F30 – 39 och M50 – 54.	Hälsoskola tillsammans med kommunen. Utbildning och samverkan med andra vårdgivare.
Folkhälsoenheten	Tydligare beskrivning av enhetens roll/funktion/uppdrag/resurs i regionen.	Ta fram befattningsbeskrivningar. Göra översyn av titulatur för personal på Folkhälsoenheten.
	Mål 4 Satsningar på förebyggande hälso- och sjukvård	
	I högre grad engagera fler samhällsaktörer, ex. näringslivet, i våra aktiviteter.	Vid planering av aktiviteter ska ett helikopterperspektiv finnas med.
Regionala utvecklingsnämnden	Främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos unga.	Andelen suicid per 100 000 invånare (15-24 år) i länet. Mål satt till 50 % av 2016 års andel.
Regionala utvecklingsförvaltningen⁴	Bättre folkhälsa.	Strukturerar regionala och lokala träffar för Vård- och omsorgscollege (VoC), jobba med viktiga strategiska frågor för att kvalitetssäkra utbildningen samt under 2018 driva omcertifiering av VoC.
	Främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos unga.	Genom strukturerad och regional samordning samt gemensamma aktiviteter verka för en förbättrad psykisk hälsa i länet.
Vårdvalsnämnden	Följa upp folkhälsoarbetet med särskilt fokus på barn, ungdomar och äldre.	
	Öka kunskapen kring det reformerade tandvårdsstödet både hos invånare och tjänstemän.	

⁴ Regionala utvecklingsförvaltningen har dels en generell aktivitet kopplad till regionplanens strategiska mål "bättre folkhälsa" dels en aktivitet kopplad till RUNs mål.

Mål i hälsovalet med koppling till folkhälsoinsatser

I kontakt med ansvarig för hälsoval i Region Jämtland Härjedalen har framkommit att Vårdvalsnämnden tagit bort fyra mål i hälsovalet till hälsocentraler för 2017 som relaterar till folkhälsoinsatser. Dessa handlar om rådgivande samtal om tobak och alkohol, patienter som fått fysisk aktivitet på recept samt patienter som fått kostråd. Skälet uppges vara svårigheter att få ut data kring dessa delar.

Kommentarer

En ny folkhälsopolicy har tagits fram för länet. Denna har en övergripande karaktär med fokus på barn, unga samt äldre inom fyra insatsområden. Konkreta strategier/handlingsplaner och mål ansvarar respektive huvudman för att utarbeta. I folkhälsopolicyn finns även en modell för att systematisera folkhälsoarbetet (figur 2) men den har inte implementerats i full utsträckning ännu. Utifrån intervjuerna har vi fått en samstämmig bild att det finns en stor uppslutning bland huvudmännen kring nuvarande policy. Vi ställer oss dock frågande till varför Region Jämtland Härjedalen inte utarbetat en handlingsplan med utgångspunkt i policyn.

I regionplanen för Jämtland Härjedalen finns kopplat till folkhälsa några övergripande mål som fokuserar på främst barn och ungas hälsa samt hälsa hos vissa specifika grupper. Dessa delar ligger i linje med folkhälsopolicyn. I policyn är även gruppen "äldre" ett fokusområde för folkhälsoinsatser men denna grupp ingår inte uttalat som mål för folkhälsoinsatser i regionplanen.

Utifrån redovisad tabell är det inte enkelt att se hur styrningen av folkhälsa hänger samman mellan olika nivåer. Det saknas en tydlig röd tråd och framstår som att varje nivå formar sina egna mål med i vissa fall en oklar koppling till överliggande nivå. En positiv tolkning av målanalysen är att alla verksamheter har mål/framgångsfaktorer och aktiviteter med koppling till folkhälsa. Detta ligger i linje med det övergripande budskapet att alla verksamheter bidrar till folkhälsa.

Folkhälsoenhetens verksamhetsplan utgår ifrån ett mål om satsningar på förebyggande hälso- och sjukvård. Målet är hämtat från ett dokument om God ekonomisk hushållning. Även om detta inte står i strid med regionplanens inriktning så finns heller inte en tydlig koppling till planens mål. Sammantaget anser vi att Regionens styrning inom området folkhälsa behöver samordnas. Ett led i detta bör vara att utarbeta regionens handlingsplan med koppling till folkhälsopolicyn.

Det är anmärkningsvärt att fyra mål / uppföljning av folkhälsoaktiviteter har tagits bort i hälsovalet. Vår bedömning är att incitamenten för folkhälsoinsatser inom dessa områden minskar till följd av detta.

3.3 Hur resultatet av folkhälsoundersökningar tillvaratas

Regionen deltar i och genomför olika folkhälsoundersökningar och enkäter. I den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" görs ett stort slumpmässigt urval av personer i åldrarna 16 – 84 år. Dessa ombeds besvara en enkät. Inför varje undersökningstillfälle erbjuds kommunerna att delta med ett tilläggsurval. Kommunerna har både tidigare och i år deltagit med ett extra urval av personer. Regionen ansvarar

för analyser av materialet såväl samlat som för varje kommun. Fördelen med att göra ett extra stort urval av respondenter är att resultatet kan bli mer finfördelat utan att man tappar för mycket i statistisk säkerhet.

Enkätresultatet sammanställs i en rapport där det är möjligt att jämföra hur Jämtland Härjedalen förhåller sig till andra län och landet som helhet. Vidare använder sig Regionen även av den rikstäckande och årliga CAN-enkäten "skolelevers drogvanor" som genomförs i åk 9 och gymnasiet i åk 2. Hälsosamtalen i skolan (HiS) bygger på ett strukturerat och systematiskt frågeupplägg för att få så hög kvalitet som möjligt och för att förenkla uppföljningar.

Ansvar för att samla in och analysera resultatet från folkhälsoundersökningar ligger på Folkhälsoenheten. I intervjuerna framkommer att analysen används för diskussion kring folkhälsoinsatser och som underlag till olika styrdokument. Statistik från undersökningarna finns även med i verksamheternas planeringsföresattningsplaner. Utifrån gällande resurser görs sedan prioriteringar. Trots det uttrycker flera i våra intervjuer att det saknas konkreta lösningar på regionens folkhälsoutmaningar.

Kommentarer

Inom länet finns ett flertal undersökningar och enkäter och Regionen har valt att delta i och göra ett extra stort urval i folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor". Vår bedömning är därmed att Regionen är välförsörjda med data om hur folkhälsan utvecklas.

Folkhälsoenheten är den verksamhet som i praktiken står för sammanställning och analys av materialet på regionnivå. Deras arbete återfinns bl.a. som en del i planeringsunderlaget för nästa regionplan. Det är dock mer oklart om och hur en prioritering av insatser sker med utgångspunkt i senaste fakta om folkhälsan.

3.4 Vidtagna åtgärder för att förbättra samverkan med kommunerna kring folkhälsoarbetet

För att förverkliga syftet med den reviderade Folkhälsopolicyn etablerades ett rådgivande folkhälsonätverk, Folkhälso Z (även benämnt "folkhälsonätverket"). Folkhälso Z fungerar som Jämtland Härjedalens folkhälsopolitiska samrådsorgan för samtliga av länets kommuner och Regionen samt privata aktörer. Förutom 20 politiker (varav 10 ersättare) finns även 25 tjänstemän representerade (varav 2 adjungerade).

Syftet är att i samverkan löpande följa och aktivt driva folkhälsoutvecklingen inom ramen för den gemensamma folkhälsopolicyn. Genom Folkhälso Z kan de olika aktörerna få stöd samt utbyta kunskap och erfarenheter. Nätverket sammanträder fyra gånger per år. Nedan återges några exempel från dagordningar:

- Barnrättighetsfrågor/samers hälsa
- Hur folkhälsodata på länsnivå bättre kan förstås och användas
- Länsstyrelsens roll i folkhälsoarbetet
- Separat politikermöte

I några av intervjuerna framkommer kritik kring att nätverket består av för mycket diskussion istället för handlande. Vidare är deltagarantalet emellanåt lågt.

Det finns ett flertal andra samverkansfora där specifika områden diskuteras och där folkhälsofrågor inom det specifika området kan bli föremål för diskussion. Några exempel på fora är *BUZ* som rör frågor gällande barn och utbildning, *SVOM* som är den sociala vård- och omsorgsgruppen och *SocSam* som är den sociala samrådsgruppen. I samband med att regionen bildades infördes även *Regionens samverkansråd*. Det är ett övergripande organ för information, samråd och samverkan mellan regionen och länets åtta kommuner. Här behandlas frågor som förutom folkhälsa även rör regionalt utvecklingsprogram, länstransportplan, regionalt tillväxtprogram, kollektivtrafik, regional kulturpolitik och gemensamma EU-frågor. I Regionens samverksamråd ingår åtta kommunalråd, en representant från regionstyrelsen samt två representanter från RUN.

Kommentarer

Idag liksom tidigare finns flera olika arenor för Regionen och kommunerna att mötas på. Folkhälso Z är det enda av dessa som enbart diskuterar folkhälsofrågor. Med ett renodlat nätverk för folkhälsofrågor finns möjligheter för bättre samverkan inom länet avseende just folkhälsoarbetet. Vår bedömning är att förutsättningarna för ett verkningsfullt samverkansarbete har förbättrats. Skälet är främst att det nu finns en stor uppslutning kring folkhälsopolicyn.

Det har inte ingått i detta uppdrag att närmare undersöka hur samarbetet i Folkhälso Z i praktiken sker och fungerar. Av intervjuerna inom Regionen uttrycker dock flera att det fortsatt finns ett stort behov av att åstadkomma mer i detta forum. En väg framåt kan eventuellt vara att införa redovisningar som en stående punkt på dagordningen, där varje huvudman regelbundet redovisar genomförda insatser och deras effekt. Insatserna bör ha en tydlig koppling till den handlingsplan som varje huvudman förväntas utarbeta.

3.5 Uppföljning av folkhälsoarbetet

I avsnittet 3.3. har vi beskrivit att uppföljning av hur folkhälsan utvecklas i första hand sker via Folkhälsoenheten. I detta avsnitt beskriver vi i första hand hur folkhälsoarbetet följs upp.

Folkhälsoarbetet som relaterar till folkhälsopolicyn ska följas upp och utvärderas minst en gång under varje mandatperiod av Folkhälso Z. Utifrån detta ska eventuella revideringar därefter genomföras. Om utvärderingsambitionen ska infrias måste en utvärdering vara klar före september 2018. Av Regionens årsredovisning 2017 framgår att ett kompletterande dokument med uppföljande indikatorer ska utvecklas för att kunna avgöra om folkhälsopolicyns fyra insatsområdena utvecklas i enlighet med intentionerna. Detta sker enligt årsredovisningen i nära samverkan med länets kommuner inom ramen för Folkhälso Z.

I Region Jämtland Härjedalens styrmodell ingår en tydlig uppföljningsprocess. Ambitionen är att följa upp olika styrsignaler på samtliga nivåer för att sedan föra

tillbaka resultatet av uppföljningarna till verksamheterna. Om behov av åtgärder finns ska beslut om sådana tas. Genom denna modell ska en röd tråd skapas i uppföljningen.

I vissa av våra intervjuer framförs att det finns motstånd i verksamheterna som bl.a. handlar om att det anses omständigt ("många klick") att registrera. Flera menar att det finns en skillnad mellan vad som faktiskt görs avseende folkhälsoinsatser och vad som fångas i systemen.

När det gäller HiS och enkäter i skolan anser de vi träffat att detta är områden där det finns säkra data vilka sammanställs av Folkhälsoenheten.

Sedan 2017 har det webbaserade utbildningsverktyget *Saba Cloud* börjat användas. Här registreras genomförda utbildningar samt vem som deltagit. På så sätt möjliggörs uppföljning av utbildningsinsatser.

Vidare framkommer det i vissa intervjuer att Regionen saknar ett fungerande verktyg för att kunna ta ut statistik (rapportverktyg) ur det patientadministrativa systemet Cosmic. Data måste istället sammanställas från olika datakällor.

Regionens årsredovisning 2017 (utkast)

Vi har tagit del av ett utkast till regionens årsredovisning för 2017. I det följande ges en sammanfattning av vad som framkommer beträffande folkhälsa.

Inom området Samhälle redovisas följande uppfyllelse av framgångsfaktorer för strategiska mål där mål 6 & 7 är mest relevanta i denna granskning:

Strategiska mål samhälle	Framgångsfaktorer		
1. Stimulera så att innovativa och framtidsinriktade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd, god beredskap och snabb hantering.	8	3	0
2. Effektiv infrastruktur kring vägar, järnvägar, flyg, bredband och digital teknik.	5	2	0
3. Kulturen har en viktig roll för regional utveckling, hälsa, delaktighet, inflytande och personlig utveckling.	6	1	0
4. Integration genomsyrar hela det regionala utvecklingsarbetet.	8	0	0
5. Jämtland Härjedalen har en ökad inflyttning med fler i arbete och ökat företagande.	3	1	0
6. Förbättrad psykisk hälsa.	6	1	0
7. Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård för minskade sjukskrivningstal.	12	4	0
Totalt antal framgångsfaktorer	48	12	0

Inom området Patientperspektiv redovisas även utfall avseende framgångsfaktorer avseende följande strategiska mål:

3. Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper.	4	1	0
---	---	---	---

I ett särskilt avsnitt i årsredovisningen finns rubriken: "Folkhälsa och hälsofrämjande arbete". Här sker en redovisning av bl.a. följande:

- ✓ En vidareutveckling har skett av hälsosamtalet (hälsoformuläret) i skolan
- ✓ En samlad rapport utifrån hälsosamtalen har presenterats under året. Rapporten föreslår vissa prioriteringar i det fortsatta arbetet med anledning av resultatet
- ✓ Insatser kring föräldraskapsstöd har genomförts och fortsätter. Ambitionen är att nätverket ska vara åtkomligt via 1177.se.
- ✓ Under rubriken "Stöd till strategiskt folkhälsoarbete framgår bl.a. att insatser skett för att förebygga rökning och droganvändning.
- ✓ Under rubriken Sexuell och Reproductiv Hälsa och Rättigheter återges ambitioner om att genom klamydiatest på nätet öka tillgängligheten till tester och utjämna skillnader i användningen. Det framgår också att insatser genomförts för att öka kunskaperna inom detta område.
- ✓ Att insatser skett kopplat till matvanor och rörelsens betydelse för hälsa och lärande beskrivs under rubriken Lärande.
- ✓ Mer konkret omfattning på genomförda insatser framgår slutligen under följande rubriker: Våld i nära relationer, Nationella minoriteter och Barnkonventionen.

Som beskrivits tidigare i denna rapport fattade Regionstyrelsen i december 2017 flera beslut kring folkhälsoarbetet. Ett av dessa är att det från och med 2018 ska upprättas ett Hälsoprocessbokslut för hela koncernen, en redovisning av hur mycket som totalt sett investerats i hälsoutvecklingen.

Kommentarer

Sannolikt sker en underregistrering av folkhälsoinsatser. Registreringar behöver underlättas liksom möjligheter att få utdata.

Regionens årsredovisning innehåller en mängd uppgifter med koppling till folkhälsa. Det gäller regionens bedömning av i vilken grad s.k. framgångsfaktorer kopplade till strategiska mål har uppnåtts och det avser också att en redovisning lämnas under rubriken "Folkhälsa och hälsofrämjande arbete".

Vår bedömning är att den som tar del av Regionens årsredovisning trots den tämligen omfattande redovisningen, inte presenteras en samlad bild av vad som hänt med folkhälsan. Har den förbättrats eller försämrats och i vilka avseenden?

Ett bekymmer med nuvarande uppföljningsmodell är att uppföljningen stannar vid att summera hur många framgångsfaktorer som uppnåtts för respektive mål. Ett strategiskt mål som är relevant för folkhälsa är "Förbättrad psykisk hälsa". I årsredovisningen konstateras att 6 av 7 framgångsfaktorer uppfyller kriteriet för att få "grönt ljus". Men ingen analys eller uttalande sker av om den psykiska hälsan (d.v.s. själva målet) har förbättrats. Eftersom framgångsfaktorerna genomgående handlar om att utveckla eller införa nya metoder samt om att samverka, så innebär "grönt" att denna slags insatser har genomförts. Men det är oklart hur detta har påverkat den psykiska hälsan. I detta avseende bör regionens uppföljning utvecklas.

4 Svar på revisionsfrågor

Har regionfullmäktiges mål avseende folkhälsa konkretiserats i mål och framgångsfaktorer på ett tillfredsställande sätt?

Delvis. Det är inte enkelt att se hur styrningen av folkhälsa hänger samman mellan olika nivåer (se målanalys i tabell 1). Det saknas en tydlig röd tråd och framstår som att varje nivå formar sina egna mål med i vissa fall en oklar koppling till överliggande nivå. En positiv tolkning av målanalysen är att alla verksamheter har mål/framgångsfaktorer och aktiviteter med koppling till folkhälsa. Detta ligger i linje med det övergripande budskapet att alla verksamheter bidrar till folkhälsa.

Tillvaratas resultatet från olika folkhälsoundersökningar så att de återspeglas i de övergripande uppdragen avseende folkhälsa?

Denna koppling bör förtydligas ytterligare. Generellt sätt bygger Folkhälsopolicyn på den kunskap som finns utifrån olika folkhälsoundersökningar. Det saknas dock en konkret strategi eller handlingsplan för regionens arbete som utgår ifrån Folkhälsopolicyn och senaste folkhälsoundersökningar och utifrån detta tydligt prioriterar vilka insatser som ska ske.

Finns en tydlig organisering och ansvarsfördelning av folkhälsoarbetet mellan den Regionala utvecklingsförvaltningen och Folkhälsoenheten?

På regionnivå finns, förutom Regionala utvecklingsförvaltningen och Folkhälsoenheten, även den Hälsopolitiska avdelningen och Utvecklingsavdelningen som är berörda av folkhälsoarbetet. För Regionala utvecklingsnämnden framgår tydligt i reglementet att de ska stödja kommunerna i folkhälsofrågor som inte är kopplade till hälso- och sjukvård.

De tre övriga funktionerna / enheterna vid regionkansliet arbetar företrädesvis med sjukdomsförebyggande insatser. Det är oklart hur alla aktörers insatser samordnas för att få största möjliga effekt på folkhälsan. Beslut är nyligen fattade i Regionstyrelsen som har ambitionen att åtgärda detta.

Har åtgärder vidtagits för att förbättra formerna för samverkan med kommunerna avseende folkhälsoarbetet?

Ja! Samverkansorganet Folkhälso Z har tillkommit. Ett av resultaten är en ny gemensam Folkhälsopolicy. Tidigare version av policyn har upplevts som detaljstyrande vilket inneburit att den inte följts. Nuvarande version fokuserar på fyra insatsområden utan detaljkrav och har därmed vunnit i uppslutning hos berörda huvudmän. Eventuellt samordnas kommunernas arbete bättre sedan Regionala utvecklingsnämnden tillkommit. Fortsatt menar dock flera av de vi intervjuat att det finns behov att ge ett mer handfast stöd till kommunernas folkhälsoarbete.

Finns det en tillfredsställande uppföljning av de sjukdomsförebyggande insatserna?

Generellt sätt saknas det en tillfredsställande uppföljning och Regionstyrelsen har bl.a. av detta skäl fattat beslut om att ett hälsoprocessboksut ska införas. Regionens årsredovisning innehåller sammantaget tämligen omfattande redovisningar av folkhälsoinsatser. Flera av redovisningarna ger dock ingen eller vag information om i

vilken omfattning insatser genomförts eller vilken täckningsgrad som uppnåtts. Sammantaget skapas ingen klarhet om varken den totala mängden insatser eller (och främst) hur dessa har påverkat folkhälsan.

Inom vissa områden finns dock välfungerande rutiner, systemstöd och goda möjligheter till uppföljning.

Svar på övergripande revisionsfråga

Har Regionstyrelsen och Regional utvecklingsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av det som framkom i granskningen 2015?

Vår bedömning är att tidigare oklarheter i ansvarsfördelning mellan dåvarande regionförbund och Landstinget Jämtland inte längre existerar mellan nuvarande Regionstyrelsen och Regional utvecklingsnämnden.

I övrigt har åtgärder vidtagits för att förbättra samverkansformerna med kommunerna och sannolikt har uppföljningsmöjligheterna förbättrats för vissa typer av folkhälsoinsatser. Uppföljning kvarstår dock generellt som ett förbättringsområde liksom övriga delar från granskning 2015.

Det är positivt att Regionstyrelsen i december 2017 fattat flera beslut med koppling till folkhälsoområdet. Om och när dessa genomförs finns goda möjligheter att förbättra kvarstående delar.

Andreas Endrédi
Certifierad kommunal revisor
Uppdragsansvarig

Örjan Garpenholt
Specialist

Jenny Malmsjö
Granskare

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument.

Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

Bilaga 1 Metod och utgångspunkter

Metod

Vår metod består av följande delar

- Intervjuer
- Dokumentgranskning
- Substansgranskning IT-stöd

Följande dokument har granskats:

- Länets folkhälsopolicy och aktuella rapporter avseende folkhälsan/hälsoläget.
- Regionplan
- Regionens årsredovisning för år 2017 (utkast)
- Hälso- och sjukvårdens, Regionala utvecklingsnämndens och Folkhälsoenhetens verksamhetsplaner och deras senaste verksamhetsuppföljningar.
- Reglementet för Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott och för Regionala utvecklingsnämnden
- Ev dokumentation som beskriver vilka formella (och informella) samverkansorgan som finns mellan regionen och kommuner i länet (relevanta för folkhälsofrågor) och syftet med respektive forum
- Uppföljningar / rapporter avseende sjukdomsförebyggande insatser till politiska organ
- Regionens hemsida – bl.a. för att få underlag kring vilka samverkansfora som finns mellan Regionen och kommunerna

Intervjuer har skett med:

- Ordf och v ordf regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott
- 1:a v ordf Regionala utvecklingsnämnden
- Vice ordf. Vårdvalsnämnden
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Chef hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
- Regionöverläkare
- Bitr. primärvårdschef
- Chef Folkhälsoenheten
- Verksamhetsutvecklare område psykiatri och FOUU
- Regional samordnare psykisk hälsa

- Regional samordnare suicidprevention
- Systemförvaltare för beslutsstödsystem
- Folkhälsopolitisk strateg
- Förvaltningschef Regionala utvecklingsförvaltningen (RUF)
- Enhetschef område välfärd, klimat och kompetens inom RUF

Utgångspunkter

Folkhälsa är ett begrepp som har använts i över hundra år och vars betydelse skiftat över tid. Idag är synen på folkhälsa att det berör allt från individens val av levnadsvanor till samhälleliga faktorer såsom t.ex. miljö och demokrati. Folkhälsoarbetet omfattar alla politikområden och går inte att hänföra endast till något enskilt område.

Folkhälsoarbete sammanfaller i hög grad med respektive verksamhets kärnuppdrag inom hälso- och sjukvård, skola, socialtjänst, barnhälsovård, mödrahälsovård etc.

Den rådande synen på folkhälsa utgår från ett perspektiv som beskriver insatser och förutsättningar som leder till hälsa, ibland benämnt salutogenes. Tidigare har framförallt orsaker till uppkomst av sjukdom varit i fokus (patogenes).

Folkhälsoarbete kan utifrån dessa begrepp delas in i två inriktningar, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. I folkhälsoarbetet behövs kunskaper från såväl det patogena som det salutogena perspektivet. Man talar om hälsans bestämningsfaktorer d.v.s. de olika faktorer som påverkar risken att drabbas av ohälsa eller sjukdom.

För att utveckla ett hållbart och ändamålsenligt lokalt folkhälsoarbete behövs både ett individinriktat, sjukdomsförebyggande arbete och ett övergripande samhälleligt, hälsofrämjande arbete. Det krävs också en förståelse för de olika begreppen, dess innebörd samt förståelse för olika aktörers olika perspektiv.

Vår utgångspunkt är att båda dessa perspektiv måste belysas när folkhälsofrågor skall granskas. Vi kommer därför att utgå från ett sådant synsätt i vår granskning.

Viktiga delar i folkhälsoarbete handlar om barn- och ungdomars hälsa och psykisk hälsa(ohälsa). I det följande återger vi några av våra utgångspunkter kring folkhälsoarbete för dessa grupper.

Barn- och ungdom

Flera undersökningar under de senaste decennierna från bl.a. Sveriges folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen pekar på att den psykiska ohälsan har ökat bland barn och ungdomar även om flertalet barn och unga i Sverige mår bra.

Det är framför allt depressioner, ångestsjukdomar och missbruk som ökar inom ungdomsgruppen. Allt fler ungdomar rapporterar även psykiska besvär som oro eller ångslan. Den ökning i psykisk ohälsa som skett bland ungdomar har fört med sig att fler ungdomar behöver psykiatrisk vård och har försämrade möjligheter att etablera sig i samhället. På sikt kan en ökande grupp av psykiskt sjuka barn och ungdomar utgöra ett växande folkhälsoproblem.

Behovet och efterfrågan av insatser från samhället har ökat. De verksamheter som ofta nämns som viktiga i detta sammanhang är kommuners socialtjänst, skola, primärvård, ungdomsmottagningar, barn- och ungdomsmedicin samt barn- och ungdomspsykiatri m.fl. Behovet och den stora efterfrågan har inneburit långa väntetider för specialistbedömningar och insatser inom t.ex. barn och ungdomspsykiatri.

För att möta den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga behövs en välfungerande och ändamålsenlig samverkan mellan de samhällsaktörer som möter barn och unga.

KPMG har under de senaste åren utvecklat en modell för att granska denna samverkan. Vår erfarenhet är att en stabil och välfungerande samverkan kräver prioritering, kunskap, planering och inte minst ett aktivt ställningstagande för samverkan hos ledningarna i berörda verksamheter. För att uppnå en fungerande och ändamålsenlig samverkan är vår erfarenhet att det måste finnas grundläggande förutsättningar för samverkan. De grundläggande förutsättningar som vi anser vara nödvändiga för en ändamålsenlig samverkan är:

Styrning - det skall finnas ett samlat grepp över samverkansfrågor. Detta kräver engagemang och ställningstagande från den politiska och administrativa ledningen. Det uppfylls genom att legitimera, ge mandat och resurser samt efterfråga uppföljning och utvärdering.

Struktur - handlar om att skapa tydlighet. I struktur ingår att veta vad man talar om och att begrepp är tydligt definierade. Det skall finnas ett tydligt syfte och en ansvarsfördelning. Avtal, riktlinjer och handlingsplaner är exempel på verktyg för att utforma strukturer för samverkan.

Samsyn – innebär att det finns en gemensam problemförståelse och en gemensam och accepterad ansvarsfördelning mellan olika yrkesroller. Det krävs tillit till varandras kompetens och förståelse för varandras uppdrag, resurser och begränsningar. Olikheter är styrkan i en välfungerande samverkan. Samsyn kräver kontaktytor och kommunikation.

Nya utmaningar inom området

Ytterligare utmaningar har tillkommit avseende insatser inom området psykisk ohälsa inom både kommuner och landstingen. Under 2015 har antalet ensamkommande flyktingbarn ökat dramatiskt i Sverige.

Hälsofrämjande faktorer för att främja psykisk hälsa

Människor har olika grad av sårbarhet. En del är mer robusta och andra mer sköra. Erfarenhet från forskning visar att bl.a. nedanstående faktorer generellt sett är viktiga för en gynnsam utveckling för barn och unga.



Dessa faktorer är viktiga att uppmärksamma och förstärka i arbetet med att förebygga psykisk ohälsa. Att ta vara på gynnsamma förutsättningar är viktigt för en positiv och god hälsoutveckling.

I granskningen kommer ovan beskrivna utgångspunkter bilda en allmän grund för våra bedömningar av folkhälsoarbetet i Region Jämtland Härjedalen.



24

Svar på remiss Indelningskommitténs
betänkande Myndighetsgemensam
indelning – samverkan på regional nivå
(2018:10)

RS/729/2018

2018-08-09

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

RS/729/2018

**Svar på remiss Indelningskommitténs betänkande
Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional
nivå (2018:10)**

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har beretts möjlighet att besvara en remiss kring Indelningskommitténs betänkande Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå (2018:10).

Kommittén tillsattes i juli 2015 och fick i uppdrag att föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebar att Sverige skulle delas in i väsentligt färre län och landsting. Den 30 juni 2016 överlämnades delbetänkandet Regional indelning – tre nya län (SOU 2016:48), i vilket kommittén föreslog att tre nya län skulle bildas fr.o.m. 2018 och att motsvarande landsting skulle bildas fr.o.m. 2019. Regeringen valde att inte fortsätta bereda förslagen i delbetänkandet.

Den 22 juni 2017 beslutade regeringen om ett tilläggsdirektiv där uppdraget att dela in Sverige i färre län och landsting utgick. Uppdraget i fråga om statliga myndigheters regionala indelning förtydligades och kommittén fick i uppdrag att föreslå en samordnad regional indelning för relevanta myndigheter.

Kommittén behöll uppdraget i fråga om beteckningen för kommuner på regional nivå och fick även i uppdrag att föreslå ändringar indelningslagen om vilken hänsyn som ska tas till berörda landstings och kommuners samt befolkningens synpunkter vid ändringar i landstingsindelningen.

Kommittén fick även i uppdrag att kartlägga landstingens samverkan och redogöra för hur landstingen ser på den framtida utvecklingen när det gäller samverkan.

Kommittén föreslår bland annat en myndighetsgemensam regional indelning för tio statliga myndigheter och att Region blir ny beteckning på landstingen.

Remissen ska besvaras senast 31 augusti, paragrafen bör därför justeras omedelbart.

Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på remiss Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå (2018:10) antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Planeringschef

Utdrag till

Svar skickas till Finansdepartementet
Planeringschef

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

2018-08-05

RS/729/2018

Finansdepartementet

Svar på remiss: Indelningskommitténs betänkande Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå (2018:10)

Remiss: Myndighetsgemensam indelning – Samverkan på regional nivå (2018:10) SOU
2018:10, Volym 1 och Volym 2

Indelningskommitténs slutbetänkande gällande myndighetsgemensam regional indelning

Indelningskommittén delar Ansvarskommitténs (SOU 2007:10) och flera andra utredningars bedömning att det finns ett stort behov av att "återsamla staten" på regional nivå, vilket skulle tillföra ett territoriellt perspektiv som balans till det sektoriella. En myndighetsgemensam indelning skulle främja samverkan och samordning av staten på regional nivå, till gagn för medborgare, näringsliv och det civila samhället liksom för samverkan med kommuner och landsting. Med en gemensam geografisk struktur skulle förutsättningar skapas för att hantera samordningsbehoven, såväl på regional som lokal nivå.

De har gjort bedömningen att följande myndigheter har en sådan betydelse för regional samverkan att de ska ha en samordnad geografisk indelning:

- Arbetsförmedlingen
- Försvarsmakten
- Kriminalvården
- Migrationsverket
- Polismyndigheten
- Rådet för Europeiska socialfonden i Sverige (strukturfondsprogram)
- Tillväxtverket (strukturfondsprogram)
- Trafikverket
- Säkerhetspolisen
- Åklagarmyndigheten.

En grundläggande utgångspunkt i Indelningskommitténs arbete har varit att inte bryta några läns- och landstingsgränser. Vidare har de sökt lösningar som innebär minst omställning för såväl de berörda statliga myndigheterna som för kommunsektorn. Därför har de utgått ifrån redan existerande strukturer.

Indelningskommittén föreslår att de myndigheter som föreslås ska följa en gemensam indelning i sex geografiska områden. En statlig samordning och indelning kan inte ses isolerat från samverkan med landsting och kommuner. Även existerande samverkansstrukturer för det kommunala självstyret har varit en utgångspunkt i utredningen. De föreslår därför en myndighetsgemensam indelning som överensstämmer

med de sex sjukvårdsregionerna, men med den justeringen att Halland, som i dag delas mellan två sjukvårdsregioner, ingår i samma område som Västra Götaland.

Med denna justering blir vårt förslag att de myndigheter som föreslås ska följa en gemensam indelning i sex geografiska områden som omfattar följande län:

- Jämtland, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland
- Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland, Örebro
- Gotland, Stockholm
- Jönköping, Kalmar, Östergötland
- Halland, Västra Götaland
- Blekinge, Kronoberg, Skåne.

Region Jämtland Härjedalen anser att förslaget att samordna den geografiska indelningen för dessa statliga organ så att de har samma geografiska indelning är bra, men anser att också Försäkringskassan, Energimyndigheten, Vinnova och Myndigheten för yrkeshögskolan ska organiseras på detta sätt.

Regionen anser det också vara positivt att förslaget betonar dessa myndigheters samverkan med landsting och kommuner. Om då staten bedömer att sjukvårdsregionernas geografi är lämplig geografi för de statliga organen måste staten bedöma, men regionen vill påpeka att organens samverkan främst är med respektive enskilt landsting och kommun, inte med sjukvårdsregionens samarbetsorgan.

Indelningskommitténs förslag gällande beteckning och utformning av namn på kommuner på regional nivå

Indelningskommittén konstaterar att allt fler landsting har börjat använda sig av beteckningen region i stället för landsting i takt med att de har tagit över det regionala utvecklingsansvaret. Om förslagen i departementspromemorian Ett enhetligt regionalt utvecklingsansvar (Ds 2017:61) genomförs kommer samtliga landsting att få möjlighet att använda beteckningarna regionfullmäktige respektive regionstyrelse.

Indelningskommittén konstaterar vidare att när de första landstingen fick möjlighet att använda beteckningarna regionfullmäktige och regionstyrelse motiverades detta med att det för medborgare, myndigheter och näringsliv skulle markera landstingens förändrade roll i länen, i och med att övertagandet av det regionala utvecklingsansvaret. Med åren har denna förändring blivit ännu tydligare när landstingens arbete med regional utveckling ökat. Till detta ska läggas att en viktig förändring har skett på så sätt att landstingen nu har ansvar för betydligt fler frågor som berör invånarna direkt, utöver hälso- och sjukvården. Det har, enligt vår mening, skett en sådan principiell förändring att ett namnbyte är motiverat.

Indelningskommittén föreslår att beteckningen landsting ändras till region.

När det gäller utformningen av namn på de enskilda regionerna är Indelningskommitténs förslag att de utformas så att ordet Region placeras före namnet på respektive län och att ordet län ingår i namnet enligt följande modell: Region Norrbottens län, Region Skåne län, Region Örebro län, Region Västra Götalands län osv.

Region Jämtland Härjedalen anser att förslaget att landstingens beteckning ska vara region är bra men anser att utformningen av namnet måste vara upp till varje enskild region att besluta om. Det finns många diskussioner och avvägningar som ledde fram till Region Jämtland Härjedalens namn som måste beaktas.

Indelningskommitténs förslag gällande landstingens, kommunernas och befolkningens synpunkter vid ändringar i landstingsindelningen

De regler som gäller vid ändringar av kommunindelning respektive landstingsindelning överensstämmer i stora delar. Det finns dock vissa skillnader. Vid ändringar i kommuners indelning ska särskild hänsyn tas till önskemål och synpunkter från den eller de kommuner som berörs av ändringen. Skulle en kommun motsätta sig en ändring kan en sådan beslutas endast om det finns synnerliga skäl. Vidare ska särskild hänsyn tas till befolkningens önskemål och synpunkter. När det finns skäl till det ska en särskild undersökning göras om vilken inställning befolkningen har. En sådan undersökning kan göras genom omröstning, opinionsundersökning eller liknande.

Motsvarande bestämmelser finns inte när det gäller ändringar av landstingsindelningen. Det finns skäl att ytterligare harmonisera regleringen av kommunindelningsändringar och ändringar i landstingsindelningen. Det finns däremot, enligt Indelningskommitténs uppfattning, skäl för att bestämmelserna när det gäller landstingen inte ska vara identiska med de regler som gäller för kommunindelningsändringar. Ett viktigt skäl är att landstingsindelningen är kopplat till länsindelningen och därmed också till statliga intressen av att organisera sin förvaltning.

Indelningskommittén föreslår att det införs en bestämmelse om att särskild hänsyn ska tas till önskemål och synpunkter från berörda landsting. Mer omfattande förändringar av landstingsindelningen innebär att många landsting berörs. Det är därmed troligt att det kan vara svårt att få till stånd en indelning som tillgodoser varje enskilt landstings respektive kommuns förstahandsval. Det är naturligtvis angeläget att en indelningsförändring har en så bred acceptans som möjligt. Samtidigt är det omöjligt att tillgodose samtliga aktörers olika intressen. En ny administrativ indelning blir med nödvändighet en avvägning utifrån en helhetsbedömning där vissa synpunkter och perspektiv kommer att behöva tillmätas större vikt än andra. I det läget är det svårt att se att man kan ge ett enskilt landsting möjlighet att i praktiken blockera genomförandet av en väl avvägd reform. Det bör därför endast krävas särskilda skäl, inte synnerliga, för att besluta om en ändring mot ett berört landstings vilja.

På motsvarande sätt föreslår Indelningskommittén att särskild hänsyn tas till önskemål och synpunkter från den eller de kommuner som berörs av en ändring i landstingsindelningen, men att det inte införs någon bestämmelse om krav på särskilda skäl för att beslut om en ändring i landstingsindelningen mot en berörd kommuns vilja. Det är ofrånkomligt att enstaka kommuner kan hamna i ett större landstings geografiska periferi. Det är också ofrånkomligt att till exempel färre landsting innebär färre residensstäder. Sådana och andra nackdelar för en enskild kommun bör inte, läggas till grund för att enskilda kommuner ska kunna förhindra en i övrigt väl motiverad förändring. Om det däremot handlar om önskemål från en kommun som vill "byta landsting" bör kommunens önskemål tillmätas stor vikt

Vidare anser Indelningskommittén att när det gäller befolkningens synpunkter är indelningsfrågornas karaktär sådana att det är rimligt att besluten föregås av information och diskussion, samt att de är väl förankrade. Det finns därför anledning att särskilt reglera att hänsyn ska tas till befolkningens önskemål och synpunkter. Befolkningens inställning måste dock vägas mot andra intressen och faktorer, som till exempel berörda kommuners och landstings inställning, näringsgeografiska och ekonomiska förhållanden samt statens behov av att göra förändringar i sin administrativa indelning. Den typ av avvägningar det är fråga om kräver en helhetsbedömning som i grunden vilar på politiska ställningstaganden och värderingar. Indelningskommittén föreslår därför att regleringen när det gäller ändringar i landstingsindelningen bör utformas på så sätt att befolkningens önskemål och synpunkter *ska beaktas*.

Indelningskommittén anser att inhämtandet av befolkningens synpunkter bör ske som ett led i den representativa demokratins beredningsprocess och inte som en särskild undersökning utförd av en myndighet. På detta sätt kan synpunkterna vägas in som en del av ett allsidigt beslutsunderlag såväl när fullmäktige ska ta ställning i frågan, som när regeringen ska fatta beslut om en eventuell ändring.

Indelningskommitténs förslag är därför att berörda landsting, som ett led i beredningen av ett yttrande eller en ansökan om ändrad landstingsindelning, ska inhämta synpunkter från sina medlemmar om det inte är uppenbart obehövligt. Synpunkterna ska inhämtas som ett led i den egna beredningen och som ett underlag för regeringens och riksdagens ställningstagande i frågan.

Region Jämtland Härjedalen anser att det är bra att harmonisering av reglerna för ändringar i landstingsindelningen sker så att landsting, kommuner och befolkningens önskemål och synpunkter vid ändringar av landstingsindelningen också ska beaktas.

Indelningskommittén gör dock skillnad på att vid kommunindelning kan beslut fattas mot kommunens vilja endast om det finns synnerliga skäl, medan det vid landstingsindelning kan beslut fattas mot landstings vilja endast om det finns särskilda skäl, inte synnerliga skäl. Denna skillnad är inte tydligt definierad av Indelningskommittén.

Region Jämtland Härjedalen anser dock att det är viktigare med harmoniseringen i sig så att landstingens och kommunernas åsikter ska beaktas också vid landstingsindelning än om skälen ska definieras som särskilde eller synnerliga.

Region Jämtland Härjedalen anser att det är viktigt att också befolkningens synpunkter inhämtas och det är bra att förslaget ger den representativa demokratin ansvar för detta.

Landstingens samverkansmönster

Indelningskommittén har kartlagt landstingens samverkansmönster bland annat genom en enkät med frågor till samtliga landsting och i förekommande fall regionförbund. Av svaren framgår att det i dag sker en omfattande samverkan mellan landstingen inom framför allt områdena hälso- och sjukvård, regional utveckling, infrastrukturplanering och kollektivtrafik, samt utbildning och kultur.

Landstingen bedömer själva att denna utveckling kommer att öka inom samtliga verksamheter, bland annat därför att samhällsutvecklingen är komplex och olika aktörer

liksom olika verksamhetsområden behöver samspela och samverka. Av svaren framgår att det inom hälso- och sjukvårdsområdet pågår en intensiv utveckling med bland annat kunskapsstyrning som kommer innebära ytterligare behov av samverkansstrukturer. Detsamma gäller utvecklingen av nivåstrukturer inom sjukvården. Framtida ekonomiska åtaganden och investeringsbehov behöver hanteras i samverkan, så att resurser kan användas mer effektivt och så att olika specialiseringar kan förläggas på olika platser. Även framtida utmaningar vad avser kompetensförsörjning leder till ökade behov av samverkan.

På många håll ställs det nya krav på tillgänglighet och utbyggd infrastruktur, bland annat för att befolkningen ökar. När infrastrukturen finns på plats behövs en god samverkan kring kollektivtrafiken för att kunna erbjuda en god trafikering med hög tillgänglighet, samordnade taxor- och biljettsystem och smidiga övergångar mellan trafikslag.

För att staten på en översiktlig nivå ska kunna följa denna utveckling föreslår Indelningskommittén att Göteborgs universitet får i uppdrag att löpande följa och vart fjärde år lämna en rapport till regeringen som beskriver utvecklingen av landstingens samverkan.

Region Jämtland Härjedalen välkomnar detta förslag och kommer med intresse att ta del av rapporterna.

Finansiering av förvaltningsutgifter för det regionala utvecklingsansvaret

Indelningskommittén konstaterar att det regionala utvecklingsansvaret kommer från och med 2019 att ligga hos landstingen i alla län utom Gotlands län, där kommunen har ansvaret, förutsatt att förslagen i Ett enhetligt regionalt utvecklingsansvar (Ds 2017:61) genomförs.

Förvaltningsutgifter inom det regionala utvecklingsansvaret finansieras i dag genom länsstyrelsernas förvaltningsanslag (5:1 Länsstyrelserna m.m.) under utgiftsområde 1. I län där landsting eller samverkansorgan har det regionala utvecklingsansvaret ska länsstyrelserna i sin tur betala ett visst belopp månatligen till dessa. Denna finansieringsmodell i flera steg innebär en omständlig och otydlig finansiell styrning av verksamheten.

Indelningskommittén föreslår i stället att statsbidrag till landstingen och Gotlands kommun ska utgå från utgiftsområde 19 Regional tillväxt.

Region Jämtland Härjedalen anser detta förslag bra och en logisk utveckling. Dessa medel är mycket viktiga för att regionerna ska ha förutsättningar för att kunna arbeta med det regionala utvecklingsuppdraget. Det är viktigt att beakta de länsvisa förhandlingar som skett mellan regionerna och länsstyrelserna när medlens storlek ska fördelas, eftersom storleken på uppdragen varierar.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson
Regiöndirektör



Finansdepartementet

Avdelningen för offentlig förvaltning,
Kommunenheten
Kansliråd
Henrik Källsbo
08-4054350

**Indelningskommitténs betänkande Myndighetsgemensam
indelning – samverkan på regional nivå (2018:10)**

Remissinstanser

- 1 Riksrevisionen
- 2 Riksdagens ombudsmän
- 3 Göta hovrätt
- 4 Kammarrätten i Stockholm
- 5 Förvaltningsrätten i Luleå
- 6 Förvaltningsrätten i Stockholm
- 7 Domstolsverket
- 8 Åklagarmyndigheten
- 9 Polismyndigheten
- 10 Säkerhetspolisen
- 11 Kriminalvården
- 12 Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
- 13 Migrationsverket
- 14 Försvarsmakten
- 15 Försäkringskassan
- 16 Socialstyrelsen
- 17 Inspektionen för vård och omsorg
- 18 Pensionsmyndigheten
- 19 Tullverket

- 20 Ekonomistyrningsverket
- 21 Skatteverket
- 22 Kammarkollegiet
- 23 Statistiska centralbyrån
- 24 Arbetsgivarverket
- 25 Länsstyrelsen i Stockholms län
- 26 Länsstyrelsen i Uppsala län
- 27 Länsstyrelsen i Södermanlands län
- 28 Länsstyrelsen i Östergötlands län
- 29 Länsstyrelsen i Jönköpings län
- 30 Länsstyrelsen i Kronobergs län
- 31 Länsstyrelsen i Kalmar län
- 32 Länsstyrelsen i Gotlands län
- 33 Länsstyrelsen i Blekinge län
- 34 Länsstyrelsen i Skåne län
- 35 Länsstyrelsen i Hallands län
- 36 Länsstyrelsen i Västra Götalands län
- 37 Länsstyrelsen i Värmlands län
- 38 Länsstyrelsen i Örebro län
- 39 Länsstyrelsen i Västmanlands län
- 40 Länsstyrelsen i Dalarnas län
- 41 Länsstyrelsen i Gävleborgs län
- 42 Länsstyrelsen i Västernorrlands län
- 43 Länsstyrelsen i Jämtlands län
- 44 Länsstyrelsen i Västerbottens län
- 45 Länsstyrelsen i Norrbottens län
- 46 Statskontoret
- 47 Statens servicecenter
- 48 Linköpings universitet
- 49 Lunds universitet

- 50 Umeå universitet
- 51 Uppsala universitet
- 52 Göteborgs universitet
- 53 Högskolan i Dalarna
- 54 Södertörns högskola
- 55 Naturvårdsverket
- 56 Elsäkerhetsverket
- 57 Trafikverket
- 58 Tillväxtverket
- 59 Skogsstyrelsen
- 60 Statens jordbruksverk
- 61 Statens veterinärmedicinska anstalt
- 62 Livsmedelsverket
- 63 Boverket
- 64 Lantmäteriet
- 65 Institutet för språk och folkminnen
- 66 Riksantikvarieämbetet
- 67 Valmyndigheten
- 68 Rådet för Europeiska socialfonden i Sverige
- 69 Arbetsförmedlingen
- 70 Arbetsmiljöverket
- 71 Alvesta kommun
- 72 Borlänge kommun
- 73 Bräcke kommun
- 74 Enköpings kommun
- 75 Eskilstuna kommun
- 76 Falköpings kommun
- 77 Gotlands kommun
- 78 Gällivare kommun
- 79 Halmstads kommun

- 80 Haparanda kommun
- 81 Hudiksvalls kommun
- 82 Karlskoga kommun
- 83 Karlskrona kommun
- 84 Kristinehamns kommun
- 85 Kungsbacka kommun
- 86 Kungsörs kommun
- 87 Laxå kommun
- 88 Lunds kommun
- 89 Motala kommun
- 90 Mönsterås kommun
- 91 Norrköpings kommun
- 92 Norsjö kommun
- 93 Norrtälje kommun
- 94 Nässjö kommun
- 95 Osby kommun
- 96 Ovanåkers kommun
- 97 Sala kommun
- 98 Sollefteå kommun
- 99 Stenungssunds kommun
- 100 Stockholms kommun
- 101 Sölvesborgs kommun
- 102 Tierps kommun
- 103 Timrå kommun
- 104 Torsby kommun
- 105 Trelleborgs kommun
- 106 Trosa kommun
- 107 Umeå kommun
- 108 Vansbro kommun
- 109 Vimmerby kommun

- 110 Vänersborgs kommun
- 111 Värmdö kommun
- 112 Värnamo kommun
- 113 Växjö kommun
- 114 Åre kommun
- 115 Samverkansorganet i Södermanlands län
- 116 Samverkansorganet i Uppsala län
- 117 Samverkansorganet i Kalmar län
- 118 Samverkansorganet i Värmlands län
- 119 Samverkansorganet i Dalarnas län
- 120 Samverkansorganet i Västerbottens län
- 121 Blekinge läns landsting
- 122 Dalarnas läns landsting
- 123 Gävleborgs läns landsting
- 124 Hallands läns landsting
- 125 Jämtlands läns landsting
- 126 Jönköpings läns landsting
- 127 Kalmar läns landsting
- 128 Kronobergs läns landsting
- 129 Norrbottens läns landsting
- 130 Skåne läns landsting
- 131 Stockholms läns landsting
- 132 Södermanlands läns landsting
- 133 Uppsala läns landsting
- 134 Värmlands läns landsting
- 135 Västerbottens läns landsting
- 136 Västernorrlands läns landsting
- 137 Västmanlands läns landsting
- 138 Västra Götalands läns landsting
- 139 Örebro läns landsting

- 140 Östergötlands läns landsting
- 141 Företagarna
- 142 Hela Sverige ska leva
- 143 Ideell Arena
- 144 Landsorganisationen (LO)
- 145 Lantbrukarnas riksförbund (LRF)
- 146 Röda korset
- 147 Rörelsefolkhögskolornas intresseorganisation (RIO)
- 148 Skärgårdarnas riksförbund
- 149 Småkom
- 150 Studieförbunden
- 151 Svensk kollektivtrafik
- 152 Svenskt Näringsliv
- 153 Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)
- 154 Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- 155 Tjänstemännens centralorganisation (TCO)

Remissvaren ska ha kommit in till Finansdepartementet **senast den 31 augusti 2018**. Remissvaren skickas i elektronisk form till fi.remissvar@regeringskansliet.se och fi.ofa.k.remissvar@regeringskansliet.se, gärna i både word- och pdf-format, med ett filnamn som innehåller remissinstansens namn. I remissvaret anges Regeringskansliets diarienummer Fi/2018/00966/K.

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.

Frågor under remisstiden kan ställas till Henrik Källsbo, e-post henrik.kallsbo@regeringskansliet.se, telefon 08-405 43 50.

Önskas ett fysiskt exemplar av remissen, vänligen kontakta Norstedts juridik kundtjänst antingen genom e-post: kundservice@nj.se eller telefon: 08-598 191 00

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.

Remissvaren får gärna struktureras efter betänkandets innehållsförteckning enligt följande indelning:

- Myndighetsgemensam indelning
- Beteckning och utformning av namn på kommuner på regional nivå
- Landstingens, kommunernas och befolkningens synpunkter vid ändringar i landstingsindelningen
- Landstingens samverkansmönster
- Finansiering av förvaltningsutgifter för det regionala utvecklingsansvaret
- Övriga synpunkter



Magnus Bengtson
Expeditions- och rättschef

Kopia till

Norstedts Juridik AB, 106 47 Stockholm

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

2018-08-03

RS/729/2018

Sammanfattning av Remiss: Indelningskommitténs betänkande Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå (2018:10)

Remiss: Myndighetsgemensam indelning – Samverkan på regional nivå (2018:10) SOU
2018:10, Volym 1

Remiss: Myndighetsgemensam indelning – Samverkan på regional nivå (2018:10) SOU
2018:10, Volym 2

Sammanfattning

Myndighetsgemensam regional indelning

För att statliga myndigheters verksamheter ska kunna tillgodose medborgarnas olika behov krävs specialisering och arbetsfördelning. Genom att verksamheterna struktureras i politikområden och uppgifter och ansvar fördelas på olika myndigheter skapas förutsättningar inte bara för hög kompetens och effektivitet utan också enhetlighet och likabehandling av medborgarna varhelst i landet man bor. Flera utredningar har dock pekat på sektoriserings avigsidor, att helhetsperspektivet inom statsförvaltningen försvåras liksom samverkan myndigheter emellan och samverkan med kommuner och landsting.

Skarpa sektorsgränser i kombination med helt olika geografiska indelningar accentuerar problematiken. Vi delar därför Ansvarskommitténs (SOU 2007:10) och flera andra utredningars bedömning att det finns ett stort behov av att ”återsamla staten” på regional nivå, vilket skulle tillföra ett territoriellt perspektiv som balans till det sektoriella. En myndighetsgemensam indelning skulle främja samverkan och samordning av staten på regional nivå, till gagn för medborgare, näringsliv och det civila samhället liksom för samverkan med kommuner och landsting. Med en gemensam geografisk struktur skulle förutsättningar skapas för att hantera samordningsbehoven, såväl på regional som lokal nivå.

Den gemensamma geografin skulle kunna fungera som en plattform för samverkan, där olika myndigheter kan analysera problem och behov av insatser. Förutsättningar för att rätt funktioner i myndigheterna finner varandra och att beslutsnivåer matchar varandra ökar.

Både för medborgare och för kommuner, näringsliv och intressegrupper är det i dagsläget svårt att orientera sig i den statliga förvaltningsorganisationen. En myndighetsgemensam indelning på regional nivå skapar en tydligare regional struktur inom vilken också uppdrag som kräver samordning mellan flera aktörer kan hanteras, när länsnivån inte bedöms vara ändamålsenlig. Möjligheter skapas att ta fram myndighetsgemensamma regionala

lägesbilder i olika frågor som kan tjäna som beslutsunderlag för gemensamma strategiska åtgärder.

I dag har i princip alla statliga myndigheter olika regionala indelningar. Vi vill understryka att detta endast är ett av flera hinder för en effektiv samverkan mellan myndigheter och mellan stat och kommun. Vår bedömning är dock att en myndighetsgemensam indelning är en viktig del på vägen och en nödvändig förutsättning för en samlad stat regionalt. Vi anser att den regionala indelningen för de aktuella statliga myndigheterna ska regleras i en gemensam förordning.

Vilka myndigheter?

Vi har i urvalet av myndigheter som bör ha en gemensam indelning utgått från nationella statliga myndigheter som redan i dag har en regional områdesindelning för hela eller delar av sin verksamhet samt har en inte obetydlig samverkan med antingen andra myndigheter eller med landsting och kommuner.

Relevanta myndigheter bör vidare ha en strategisk eller främjande funktion som kan ha betydelse för planeringskapacitet på regional nivå, eller ha starka kopplingar till andra sådana myndigheter. Det innebär att vi har undantagit rena tillsynsmyndigheter. Vi har också undantagit vissa myndigheter med regional organisation som för närvarande är föremål för särskild utredning, till exempel ett antal skolmyndigheter.

Vi har därtill identifierat tre verksamhetsområden som involverar många myndigheter, samt landsting och kommuner och där behovet av samordnad regional indelning är särskilt stort, nämligen krisberedskap och totalförsvaret, regionalt utvecklingsarbete samt mottagande av nyanlända.

Krisberedskapsarbetet och totalförsvaret är verksamheter som involverar en lång rad aktörer på lokal och regional nivå, såväl statliga myndigheter som kommunsektorn och andra samhällsaktörer. Det är av stor vikt att arbetet bedrivs samordnat och att det finns uppbyggda strukturer för detta som snabbt kan träda in vid en krissituation. Det civila försvaret inom totalförsvaret ska så långt möjligt bygga på de processer och strukturer som används inom krisberedskapen, vilket innebär att indelningen för dessa verksamhetsområden bör överensstämja. Vidare bör hanteringen av en kris så långt som möjligt ske med samma organisation och lokalisering som under normala förhållanden.

Regional utveckling är likaledes ett område där ett flertal myndigheter är involverade och där det finns ett stort behov av att kunna möta en samordnad stat på regional nivå.

Flyktingsituationen 2015 visade tydligt på det stora behovet av utvecklad samordning, inte minst mellan de många statliga och kommunala aktörer som är involverade i mottagande av asylsökande och nyanlända. De senaste decennierna har ansvaret för att ta emot asylsökande och nyanlända varierat mellan olika aktörer. Ett tecken på behovet av samverkan är att det finns en särskild samverkansdelegation bestående av en rad myndigheter som behandlar nationella och strategiska frågor på området.

Vi har gjort bedömningen att följande myndigheter har en sådan betydelse för regional samverkan att de ska ha en samordnad geografisk indelning:

- Arbetsförmedlingen
- Försvarsmakten
- Kriminalvården
- Migrationsverket
- Polismyndigheten
- Rådet för Europeiska socialfonden i Sverige (strukturfondsprogram)
- Tillväxtverket (strukturfondsprogram)
- Trafikverket
- Säkerhetspolisen
- Åklagarmyndigheten.

Inom viken geografi ska myndigheterna samverka?

Ett flertal utredningar har synliggjort svårigheterna med att statliga myndigheter har olika indelningar och vilka konsekvenser detta får för kvaliteten i verksamheterna. Senast pekade Försvarsberedningen i sin rapport från den 20 december 2017 på att en försvårande faktor för effektiv samordning på regional nivå är att flera viktiga totalförsvarsmyndigheter har olika regionala indelningar. Försvarsberedningen menar att det är ett problem att myndigheter som är viktiga för totalförsvaret har geografiska indelningar som vare sig stämmer överens med länens och länsstyrelsernas indelning eller med Försvarsmaktens militärregioner.

En grundläggande utgångspunkt i vårt arbete har varit att inte bryta några läns- och landstingsgränser. Vidare har vi sökt lösningar som innebär minst omställning för såväl de berörda statliga myndigheterna som för kommunsektorn. Därför har vi utgått ifrån redan existerande strukturer. En helt ny indelning som inte har någon motsvarighet vare sig inom staten eller kommunsektorn skulle innebära ytterligare en struktur lagd till den redan mångfacetterade förvaltningskartan.

Vårt förslag är att de myndigheter som föreslås ska följa en gemensam indelning i sex geografiska områden. Det stämmer väl överens med det antal områden som de flesta förvaltningsmyndigheter med regional indelning har i dag och som är det mest resurseffektiva. Det är det antal som vi bedömer innebär minst omställning för de flesta av våra föreslagna myndigheter. Vårt förslag innebär också ett begränsat behov när det gäller förändringar av lokaliseringar av verksamhetsorter för regionala kontor.

En statlig samordning och indelning kan inte ses isolerat från samverkan med landsting och kommuner. Även existerande samverkansstrukturer för det kommunala självstyret har varit en utgångspunkt i utredningen. Vi föreslår därför en myndighetsgemensam indelning som överensstämmer med de sex sjukvårdsregionerna, men med den justeringen att Halland, som i dag delas mellan två sjukvårdsregioner, ingår i samma område som Västra Götaland.

Med denna justering blir vårt förslag att de myndigheter som föreslås ska följa en gemensam indelning i sex geografiska områden som omfattar följande län:

- Jämtland, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland
- Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland, Örebro

- Gotland, Stockholm
- Jönköping, Kalmar, Östergötland
- Halland, Västra Götaland
- Blekinge, Kronoberg, Skåne.

Sjukvårdsregionerna är sedan 1960-talet inarbetade samverkansplattformar för landstingen i hela landet. Därutöver har sjukvårdsregionernas karta mycket gemensamt rent geografiskt med flera myndigheters nuvarande indelning.

Dessutom finns det mycket som talar för att samtliga landsting från och med 1 januari 2019 har ansvaret för regional utveckling. Visserligen samverkar landstingen om regional utveckling i stor utsträckning i andra konstellationer än de som motsvarar sjukvårdsregionernas områden, men givet landstingens egna bedömningar att samverkan generellt sett kommer att öka inom alla områden så bedömer vi att den nya geografin kan få betydelse också i det sammanhanget.

En betydande faktor för vårt val av en områdesindelning som motsvarar den som i dag finns på sjukvårdsområdet är att flera myndigheter, framför allt Försvarsmakten, har och måste ha en samverkan med landstingens hälso- och sjukvård. Landstingens hälso-och sjukvård är en viktig del av totalförsvaret, då det inte är aktuellt för Försvarsmakten att bygga upp någon mer omfattande egen sjukvårdsorganisation. Försvarsberedningen berör denna fråga specifikt och menar till exempel att ansvars- och ledningsförhållanden mellan landstingen och de geografiskt samordnade militärregionerna och civilområdena som föreslås måste tydliggöras.

Således bedömer vi att det inte bara finns ett värde rent allmänt med att staten och den kommunala sektorn delar regional geografi, utan att det finns ett särskilt värde i att denna gemensamma indelning omfattar hälso- och sjukvårdens organisation.

Med detta sagt kan vi konstatera att en myndighetsgemensam indelning utifrån sjukvårdsregionerna inte är helt oproblematisht. Området i mitten av Sverige blir ett område som omfattar sju län och ett stort antal kommuner. Vi har därför pekat på möjliga justeringar av den föreslagna indelningen för detta område.

En alternativ indelning

Ett alternativ till den regionala indelning som vi förordar skulle kunna vara att de myndigheter vi föreslår indelas i en geografi som motsvarar Polismyndighetens sju regioner. En fördel med denna indelning är att den också tillämpas av Säkerhetspolisen och Åklagarmyndigheten. För samtliga tre gäller att de relativt nyligen organiserats i dessa områden och att det för framför allt Polismyndigheten inneburit en genomgripande förändring. Polisregionerna är också den geografi som används inom ramen för regeringens satsning på myndighetsgemensam samverkan mot organiserad brottslighet.

Det som talar emot detta alternativ är att flera av de myndigheter som vi föreslår rent resursmässigt har svårt att bära fler än sex regioner. En sådan indelning har dessutom inte heller någon motsvarighet inom kommunsektorn, vilket är en viktig utgångspunkt i vårt huvudförslag.

Beteckning och utformning av namn på kommuner på regional nivå

Allt fler landsting har börjat använda sig av beteckningen region i stället för landsting i takt med att de har tagit över det regionala utvecklingsansvaret. I Skåne och Västra Götalands län har man gjort så sedan i slutet av 1900-talet. I dag får 13 av de 20 landstingen besluta att landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen i stället ska betecknas regionfullmäktige och regionstyrelsen med stöd av lagen (2010:630) om regionalt utvecklingsansvar i vissa län. Gotlands kommun har också fått motsvarande möjlighet. Om förslagen i departementspromemorian Ett enhetligt regionalt utvecklingsansvar (Ds 2017:61) genomförs kommer samtliga landsting att få möjlighet att använda beteckningarna regionfullmäktige respektive regionstyrelse.

Den officiella beteckningen är dock fortfarande Skåne läns landsting osv. Det innebär att olika beteckningar används i olika delar av landet och att det ofta är en annan beteckning på valsedeln vid allmänna val än den som används i kommunikationen med medborgarna. Samma beteckning bör användas i hela landet och i alla sammanhang. Detta är särskilt betydelsefullt då det rör sig om en för vår demokrati viktig aktör.

När de första landstingen fick möjlighet att använda beteckningarna regionfullmäktige och regionstyrelse motiverades detta med att det för medborgare, myndigheter och näringsliv skulle markera landstingens förändrade roll i länen, i och med att övertagandet av det regionala utvecklingsansvaret. Med åren har denna förändring blivit ännu tydligare när landstingens arbete med regional utveckling ökat.

Till detta ska läggas att en viktig förändring har skett på så sätt att landstingen nu har ansvar för betydligt fler frågor som berör invånarna direkt, utöver hälso- och sjukvården. Det har, enligt vår mening, skett en sådan principiell förändring att ett namnbyte är motiverat.

Vi föreslår att beteckningen landsting ändras till region. Beteckningen region har använts under lång tid av landstingen i Västra Götalands län och Skåne län och allt fler landsting har valt att övergå till att använda denna beteckning i samband med att de tagit över det regionala utvecklingsansvaret.

Beteckningen är dock inte oproblematisht, eftersom den används också i andra sammanhang. Vi har därför noga övervägt alternativet regionkommun för att få en mer distinkt beteckning. En fördel med regionkommun är att det skulle markera att det rör sig om ett kommunalt organ. Det tyngst vägande skälet mot regionkommun är dock enligt vår uppfattning att dagens problem med att olika begrepp används i olika sammanhang delvis skulle bestå. Detta eftersom det formella namnet inte skulle motsvara det som används i media och i kommunikation med medborgarna. Om beteckningen ska ändras delvis för att få en enhetlighet och större tydlighet är det en fördel att även formellt använda en beteckning som används och kommer att användas till vardags.

Trots nackdelarna är därför vår sammantagna bedömning att beteckningen landsting ska ändras till beteckningen region. Ändringen medför bland annat att ett stort antal följdändringar i författningar måste göras. Beträffande Gotland är dock vårt förslag att kommunen ska betecknas Gotlands kommun.

När det gäller utformningen av namn på de enskilda regionerna är vårt förslag att de utformas så att ordet Region placeras före namnet på respektive län och att ordet län ingår i namnet enligt följande modell: Region Norrbottens län, Region Skåne län, Region Örebro län, Region Västra Götalands län osv.

Landstingens, kommunernas och befolkningens synpunkter vid ändringar i landstingsindelningen

De regler som gäller vid ändringar av kommunindelning respektive landstingsindelning överensstämmer i stora delar. Det finns dock vissa skillnader. Vid ändringar i kommuners indelning ska särskild hänsyn tas till önskemål och synpunkter från den eller de kommuner som berörs av ändringen. Skulle en kommun motsätta sig en ändring kan en sådan beslutas endast om det finns synnerliga skäl. Vidare ska särskild hänsyn tas till befolkningens önskemål och synpunkter. När det finns skäl till det ska en särskild undersökning göras om vilken inställning befolkningen har. En sådan undersökning kan göras genom omröstning, opinionsundersökning eller liknande.

Motsvarande bestämmelser finns inte när det gäller ändringar av landstingsindelningen. Det finns skäl att ytterligare harmonisera regleringen av kommunindelningsändringar och ändringar i landstingsindelningen. Det finns däremot, enligt vår uppfattning, skäl för att bestämmelserna när det gäller landstingen inte ska vara identiska med de regler som gäller för kommunindelningsändringar. Ett viktigt skäl är att landstingsindelningen är kopplat till länsindelningen och därmed också till statliga intressen av att organisera sin förvaltning.

Vi föreslår att det införs en bestämmelse om att särskild hänsyn ska tas till önskemål och synpunkter från berörda landsting. Mer omfattande förändringar av landstingsindelningen innebär att många landsting berörs. Det är därmed troligt att det kan vara svårt att få till stånd en indelning som tillgodoser varje enskilt landstings respektive kommuns förstahandsval. Det är naturligtvis angeläget att en indelningsförändring har en så bred acceptans som möjligt. Samtidigt är det omöjligt att tillgodose samtliga aktörers olika intressen. En ny administrativ indelning blir med nödvändighet en avvägning utifrån en helhetsbedömning där vissa synpunkter och perspektiv kommer att behöva tillmätas större vikt än andra. I det läget är det svårt att se att man kan ge ett enskilt landsting möjlighet att i praktiken blockera genomförandet av en väl avvägd reform. Det bör därför endast krävas särskilda skäl, inte synnerliga, för att besluta om en ändring mot ett berört landstings vilja.

På motsvarande sätt föreslår vi att särskild hänsyn tas till önskemål och synpunkter från den eller de kommuner som berörs av en ändring i landstingsindelningen, men att det inte införs någon bestämmelse om krav på särskilda skäl för att beslut om en ändring i landstingsindelningen mot en berörd kommuns vilja. Det är ofrånkomligt att enstaka kommuner kan hamna i ett större landstings geografiska periferi. Det är också ofrånkomligt att till exempel färre landsting innebär färre residensstäder. Sådana och andra nackdelar för en enskild kommun bör inte, anser vi, läggas till grund för att enskilda kommuner ska kunna förhindra en i övrigt väl motiverad förändring. Om det däremot handlar om önskemål från en kommun som vill "byta landsting" bör kommunens önskemål tillmätas stor vikt

När det gäller befolkningens synpunkter är indelningsfrågornas karaktär sådana att det är rimligt att besluten föregås av information och diskussion, samt att de är väl förankrade. Det finns därför anledning att särskilt reglera att hänsyn ska tas till befolkningens önskemål och synpunkter. Befolkningens inställning måste dock vägas mot andra intressen och faktorer, som till exempel berörda kommuners och landstings inställning, näringsgeografiska och ekonomiska förhållanden samt statens behov av att göra förändringar i sin administrativa indelning. Den typ av avvägningar det är fråga om kräver en helhetsbedömning som i grunden vilar på politiska ställningstaganden och värderingar. Vi föreslår därför att regleringen när det gäller ändringar i landstingsindelningen bör utformas på så sätt att befolkningens önskemål och synpunkter *ska beaktas*.

Vi anser att inhämtandet av befolkningens synpunkter bör ske som ett led i den representativa demokratins beredningsprocess och inte som en särskild undersökning utförd av en myndighet. På detta sätt kan synpunkterna vägas in som en del av ett allsidigt beslutsunderlag såväl när fullmäktige ska ta ställning i frågan, som när regeringen ska fatta beslut om en eventuell ändring.

Vårt förslag är därför att berörda landsting, som ett led i beredningen av ett yttrande eller en ansökan om ändrad landstingsindelning, ska inhämta synpunkter från sina medlemmar om det inte är uppenbart obehövligt. Synpunkterna ska inhämtas som ett led i den egna beredningen och som ett underlag för regeringens och riksdagens ställningstagande i frågan.

Landstingens samverkansmönster

Vi har kartlagt landstingens samverkansmönster bland annat genom en enkät med frågor till samtliga landsting och i förekommande fall regionförbund. Av svaren framgår att det i dag sker en omfattande samverkan mellan landstingen inom framför allt områdena hälso- och sjukvård, regional utveckling, infrastrukturplanering och kollektivtrafik, samt utbildning och kultur.

Landstingen bedömer själva att denna utveckling kommer att öka inom samtliga verksamheter, bland annat därför att samhällsutvecklingen är komplex och olika aktörer liksom olika verksamhetsområden behöver samspela och samverka. Av svaren framgår att det inom hälso- och sjukvårdsområdet pågår en intensiv utveckling med bland annat kunskapsstyrning som kommer innebära ytterligare behov av samverkansstrukturer. Detsamma gäller utvecklingen av nivåstrukturering inom sjukvården. Framtida ekonomiska åtaganden och investeringsbehov behöver hanteras i samverkan, så att resurser kan användas mer effektivt och så att olika specialiseringar kan förläggas på olika platser. Även framtida utmaningar vad avser kompetensförsörjning leder till ökade behov av samverkan.

På många håll ställs det nya krav på tillgänglighet och utbyggd infrastruktur, bland annat för att befolkningen ökar. När infrastrukturen finns på plats behövs en god samverkan kring kollektivtrafiken för att kunna erbjuda en god trafikering med hög tillgänglighet, samordnade taxor- och biljettsystem och smidiga övergångar mellan trafikslag.

För att staten på en översiktlig nivå ska kunna följa denna utveckling föreslår vi att Göteborgs universitet får i uppdrag att löpande följa och vart fjärde år lämna en rapport till regeringen som beskriver utvecklingen av landstingens samverkan.

Finansiering av förvaltningsutgifter för det regionala utvecklingsansvaret

Det regionala utvecklingsansvaret kommer från och med 2019 att ligga hos landstingen i alla län utom Gotlands län, där kommunen har ansvaret, förutsatt att förslagen i Ett enhetligt regionalt utvecklingsansvar (Ds 2017:61) genomförs.

Förvaltningsutgifter inom det regionala utvecklingsansvaret finansieras i dag genom länsstyrelsernas förvaltningsanslag (5:1 Länsstyrelserna m.m.) under utgiftsområde 1. I län där landsting eller samverkansorgan har det regionala utvecklingsansvaret ska länsstyrelserna i sin tur betala ett visst belopp månatligen till dessa. Denna finansieringsmodell i flera steg innebär en omständlig och otydlig finansiell styrning av verksamheten.

Vi förslår i stället att statsbidrag till landstingen och Gotlands kommun ska utgå från utgiftsområde 19 Regional tillväxt.

Ikraftträdande

Den myndighetsgemensamma indelningen föreslås träda i kraft den 1 januari 2021. Den ändrade landstingsbeteckningen och ändringarna i lagen (1979:411) om ändringar i Sveriges indelning i kommuner och landsting föreslås träda i kraft den 1 januari 2020.



25

Svar på remiss Tjänstledighet för politiska
uppdrag på lokal och regional nivå i ett
annat land (Ds 2018:26)

RS/1137/2018



2018-08-03

Samordningskansliet

Jenny Olsson

Tfn: 063- 14 76 36

E-post: jenny.olsson@regionjh.se

RS/1137/2018

Svar på remiss Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land (Ds 2018:26)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har av Finansdepartementet beretts tillfälle att avge yttrande över remiss, Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land (Ds 2018:26).

I promemorian föreslås att en person som, i ett land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, har politiska uppdrag på lokal eller regional nivå ska ha rätt till tjänstledighet från anställning i Sverige. Detta föreslås regleras i en ny lag. Det föreslås även att riksdagen godkänner ett avtal mellan Sverige och Danmark om gränspendlares rätt till tjänstledighet från arbete för att kunna fullgöra politiska uppdrag på lokal och regional nivå. Den nya lagen föreslås träda i kraft den 1 mars 2019.

Ett förslag till svar har upprättats inom samordningskansliet där Region Jämtland Härjedalen tillstyrker promemorians förslag till lagstiftning. Remissen ska besvaras senast 21 augusti men vi har beviljats förlängd svarstid till 29 augusti. Paragrafen bör därför justeras omedelbart.

Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på remiss Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land antas.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Svar skickas till Finansdepartementet
Regionjurist



2018-08-28

RS/1137/2018

Jenny Olsson
Samordningskansliet
Tfn: 063- 14 76 36
E-post: jenny.olsson@regionjh.se

Finansdepartementet

fi.remissvar@regeringskansliet.se
[fi.ofa.k.remisser@regeringskansliet](mailto:fi.ofa.k.remisser@regeringskansliet.se)

Svar på remiss Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land (Ds 2018:26)

Dnr Fi2018/02247

Region Jämtland Härjedalen har beretts tillfälle att avge yttrande över remiss, Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land (Ds 2018:26).

Region Jämtland Härjedalen ser positivt på promemorians förslag att ge personer som, i ett land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, har politiska uppdrag på lokal eller regional nivå rätt till tjänstledighet från anställningar i Sverige. I likhet med vad som framförs i promemorian anser Region Jämtland Härjedalen att den föreslagna regleringen, som öppnar möjligheter för fler att engagera sig politiskt på lokal och regional nivå, kan bidra till att fler är villiga att ta sig an politiska förtroendeuppdrag. Detta får i sin tur positiv inverkan på demokratin. Även i Region Jämtland Härjedalen förekommer gränspendling – om än inte i samma omfattning som i Region Västra Götaland eller Region Skåne – och det är av stor betydelse för en mindre region som Region Jämtland Härjedalen, för att säkerställa det landstingskommunala självstyret, att fler personer får möjlighet att engagera sig politiskt på regional nivå.

Mot bakgrund av det anförda tillstyrker Region Jämtland Härjedalen promemorians förslag till lagstiftning.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson
Regiondirektör



Finansdepartementet

Avdelningen för offentlig förvaltning,
Kommunenheten
Departementssekreterare
Karolina Gustafson
08-405 26 09

Departementspromemorian Tjänstledighet för politiska uppdrag
på lokal och regional nivå i ett annat land – undanröjande av ett
gränshinder (Ds 2018:26)

Remissinstanser

Almega

Arbetsdomstolen

Arbetsgivarverket

Bjurholms kommun

Dalarnas läns landsting

Eda kommun

Falköpings kommun

Föreningen Norden

Företagarna

Greater Copenhagen

Halmstad kommun

Haninge kommun

Haparanda kommun

Hedemora kommun

Helsingborgs kommun

Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringen

Jämtlands läns landsting

Karlskrona kommun

Kommerskollegium

Kungälv kommun

Landsorganisationen i Sverige

Lunds universitet

Malmö kommun

Nora kommun

Nordkalottens Gränstjänst

Norrbottnens läns landsting

Nyköpings kommun

Oxelösunds kommun

Piteå kommun

Riksdagens ombudsmän

Skåne läns landsting

Storumans kommun

Strömstad kommun

Strömsunds kommun

Svenskt Näringsliv

Sveriges akademikers centralorganisation

Sveriges Kommuner och Landsting

Svinesundskommittén

Söderköpings kommun

Tanum kommun

Tjänstemännens centralorganisation

Torsby kommun

Tranås kommun

Umeå kommun

Uppsala kommun

Vallentuna kommun

Värmlands läns landsting

Västra Götalands läns landsting

Älmhults kommun

Älvkarleby kommun

Älvsbyns kommun

Östhammars kommun

Övertorneå kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Finansdepartementet **senast den 21 augusti 2018**. Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till fi.remissvar@regeringskansliet.se och

fi.ofa.k.remisser@regeringskansliet.se. Ange diarienummer Fi2018/02247 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian. Om remissen är begränsad till en viss del av promemorian, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

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.

Frågor under remisstiden kan ställas till Karolina Gustafson, per e-post karolina.gustafson@regeringskansliet.se, eller telefon 08-405 26 09.

Remissinstanserna kan utan kostnad få ytterligare högst ett exemplar av betänkandet. Exemplaren beställs hos Norstedts Juridik, kundservice, 106 47 Stockholm. Telefon 08-598 191 90, e-post kundservice@nj.se. Ange vid beställning att exemplaren är avsedda för remissändamål.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.


Magnus Bengtson
Expeditions- och rättschef

Kopia till

Norstedts Juridik, kundservice, 106 47 Stockholm

Innehåll

Innehåll	1
1 Sammanfattning.....	3
2 Författningsförslag.....	4
2.1 Förslag till lag (2019:000) om tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet	4
2.2 Förslag till förordning om ändring i tjänstledighetsförordningen (1984:111)	5
3 Ärendet	9
4 Bakgrund och behovet av reglering	10
4.1 Ett uppmärksammat gränshinder.....	10
4.1.1 Deklaration om att underlätta förtroendevaldas ledighet i Norden	13
4.1.2 Gränshinderarbetet i Nordiska ministerrådet	13
4.2 Behovet av en ny reglering	14
5 En lag om tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet	16
5.1 En ny lag om ledighet för att kunna fullgöra politiska uppdrag inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet	16
5.1.1 Följdändring i tjänstledighetsförordningen	19

6	Avtal mellan Sverige och Danmark om gränspendlares rätt till tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå	21
6.1	Avtalet	21
6.2	Rätten till tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i Danmark	22
6.3	Avtalets ingående	23
7	Ikraftträdande	25
8	Konsekvenser	26
8.1	Konsekvenser för arbetsgivare	26
8.2	Konsekvenser för kommuner och landsting	27
8.2.1	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	27
8.2.2	Ekonomiska konsekvenser	27
8.3	Konsekvenser för sysselsättning och företag	28
8.4	Övriga konsekvenser	28
9	Författningskommentar	30
	Avtal mellan Sverige och Danmark om gränspendlares rätt till tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå	31

1 Sammanfattning

I departementspromemorian föreslås att en person som, i ett land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, har politiska uppdrag på lokal eller regional nivå ska ha rätt till tjänstledighet från anställning i Sverige. Detta föreslås regleras i en ny lag. Det föreslås även att riksdagen godkänner ett avtal mellan Sverige och Danmark om gränspendlares rätt till tjänstledighet från arbete för att kunna fullgöra politiska uppdrag på lokal och regional nivå.

Den nya lagen föreslås träda i kraft den 1 mars 2019.

2 Författningsförslag

2.1 Förslag till lag (2019:000) om tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet

Härigenom föreskrivs följande.

1 § En person som i ett land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet har ett uppdrag som motsvarar de uppdrag som anges i 4 kap. 1 § och 11 § andra stycket kommunallagen (2017:725), har rätt till ledighet från sin anställning i Sverige i den omfattning som anges i 4 kap. 11 § första stycket kommunallagen.

Denna lag träder i kraft den 1 mars 2019.

2.2 Förslag till förordning om ändring i tjänstledighetsförordningen (1984:111)

Härigenom föreskrivs att 2 § tjänstledighetsförordningen (1984:111)¹ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

2 §² En arbetstagares rätt till tjänstledighet regleras i bland annat följande föreskrifter

Författning	Föreskrift om tjänstledighet
Regeringsformen	4 kap. 10 § för att fullgöra uppdrag som ledamot av riksdagen
Anställningsförordningen (1994:373)	19 § i vissa fall får en anställd med fullmakt ha flera anställningar
Lagen (1974:358) om facklig förtroendemans ställning på arbetsplatsen	6 §
Lagen (1974:981) om arbetstagares rätt till ledighet för utbildning	1 §
Lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet	17 § för att delta i förhandling
Arbetsmiljölagen (1977:1160)	6 kap. 5 och 15 §§ för att fullgöra uppgifter som skyddsombud eller ledamot av skyddskommitté

¹ Förordningen omtryckt 1991:1787.

² Senaste lydelse 2017:1044.

Lagen (1979:1184) om rätt till ledighet för vissa föreningsuppgifter inom skolan, m.m.	3 §
Denna förordning (1984:111)	5 §
Lagen (1986:163) om rätt till ledighet för utbildning i svenska för invandrare	3 §
Lagen (1988:1465) om ledighet för närståendevård	20 §
Kommunallagen (2017:725)	4 kap. 11 § för att fullgöra kommunala förtroendeuppgifter
	4 kap. 34 § för att tjänstgöra som politisk sekreterare
Föräldraledighetslagen (1995:584)	3–8 §§
Lagen (1997:1293) om rätt till ledighet för att bedriva näringsverksamhet	1 §
Lagen (1998:209) om rätt till ledighet av trängande familjeshälso	1 §

Föreslagen lydelse

2 §³ En arbetstagares rätt till tjänstledighet regleras i bland annat följande föreskrifter

Författning	Föreskrift om tjänstledighet
Regeringsformen	4 kap. 10 § för att fullgöra uppdrag som ledamot av riksdagen
Anställningsförfordningen (1994:373)	19 § i vissa fall får en anställd med fullmakt ha flera anställningar
Lagen (1974:358) om facklig förtroendemans ställning på arbetsplatsen	6 §
Lagen (1974:981) om arbetstagares rätt till ledighet för utbildning	1 §
Lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet	17 § för att delta i förhandling
Arbetsmiljölagen (1977:1160)	6 kap. 5 och 15 §§ för att fullgöra uppgifter som skyddsombud eller ledamot av skyddskommitté
Lagen (1979:1184) om rätt till ledighet för vissa föreningsuppdrag inom skolan, m.m.	3 §
Denna förordning (1984:111)	5 §

³ Senaste lydelse 2017:1044.

Lagen (1986:163) om rätt till ledighet för utbildning i svenska för invandrare	3 §
Lagen (1988:1465) om ledighet för närståendevård	20 §
Kommunallagen (2017:725)	4 kap. 11 § för att fullgöra kommunala förtroendeuppdrag 4 kap. 34 § för att tjänstgöra som politisk sekreterare
Föräldraledighetslagen (1995:584)	3–8 §§
Lagen (1997:1293) om rätt till ledighet för att bedriva näringsverksamhet	1 §
Lagen (1998:209) om rätt till ledighet av trängande familjeskäl	1 §
<i>Lagen (2019:000) om tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet</i>	<i>1 §</i>

Denna förordning träder i kraft den 1 mars 2019.

3 Ärendet

Öresundskommittén, som var ett samarbetsorgan i Öresundsregionen som nu uppgått i Greater Copenhagen, påtalade 2009 i en skrivelse till svenska respektive danska regeringen behovet av en lagändring som ger förtroendevalda rätt till ledighet även om de arbetar i ett annat land (Fi2009/07760/OFA/KL). Mot denna bakgrund gjordes en kartläggning av behovet av nya regler om tjänstledighet för en enskild som har ett förtroendeuppdrag i ett annat land i betänkandet Vital kommunal demokrati (SOU 2012:30). Betänkandet har remitterats. Remissyttrandena och en sammanställning av remissvaren finns tillgängliga i Finansdepartementet (Fi2012/01897/KSÄ/K).

I augusti 2014 undertecknade kommunministrarna från Danmark, Finland, Island, Norge, Sverige och Åland en gemensam deklaration om att verka för att underlätta förtroendevaldas tjänstledighet i Norden. Även Färöarna har därefter anslutit sig till deklarationen. Frågan är sedan dess ett av Sveriges s.k. prioriterade gränshinder inom ramen för Nordiska ministerrådets gränshinderarbete.

Efter förhandlingar mellan Sverige och Danmark har ett utkast till avtal om gränspendlares rätt till tjänstledighet från arbete för att kunna fullgöra politiska förtroendeuppdrag på lokal och regional nivå i dessa länder tagits fram (se *bilaga*).

4 Bakgrund och behovet av reglering

4.1 Ett uppmärksammat gränshinder

Frågan om rätt till ledighet för personer som har ett politiskt uppdrag på lokal eller regional nivå i ett annat nordiskt land än där personen är anställd har, inom ramen för det nordiska gränshindersamarbetet, uppmärksamrats som ett gränshinder som det är angeläget att hitta en lösning på. Gränshinder definieras i det sammanhanget som lagar, offentliga regler eller praxis som hämmar individers mobilitet eller företags möjligheter att verka över gränserna i Norden.

Det faktum att en förtroendevald politiker med arbete i ett annat land inte har motsvarande rätt till ledighet som en förtroendevald som har ett arbete i samma land där den har ett politiskt uppdrag har framhållits som ett allvarligt gränshinder och en inskränkning av demokratin. Den bristande möjligheten till tjänstledighet för politiska uppdrag har uppmärksamrats som ett hinder för de som vill vara politiskt aktiva i sitt hemland, men som arbetar i ett annat land, och även ett möjligt hinder för de företag som vill anställa någon som har ett politiskt uppdrag i sitt hemland. Nuvarande ordning kan även anses hämma den demokratiska processen eftersom gränspendlare inte får samma förutsättningar att delta i det politiska arbetet som de personer som bor, arbetar och har förtroendeuppdrag i samma land (se Öresundskommitténs och Nordiska rådets gemensamma skrift 33 hinder, utmaningar och möjligheter – Öresundsmodellen 2010).

Gränspendling för arbete förekommer både till och från Sverige. Merparten av de som arbetspendlar från Sverige till ett annat land pendlar till Danmark, Finland eller Norge. Det kan även förekomma

att personer som bor i Sverige arbetar i andra europeiska länder och vice versa, dvs. att personer som bor i andra europeiska länder arbetspendlar till Sverige.

Det saknas för närvarande aktuell och heltäckande statistik över pendlingen mellan de nordiska länderna, men relativt uppdaterade uppgifter finns avseende pendlingen mellan Sverige och Norge respektive mellan Sverige och Danmark. Enligt uppgifter från Västra Götalandsregionens statistikdatabas arbetspendlade 29 886 personer från Sverige till Norge 2014, och 872 personer från Norge till Sverige. Enligt uppgifter från Öresundsdata-basen pendlade 14 045 personer från Sverige till Danmark 2015, och 1 690 personer från Danmark till Sverige. Den tillgängliga statistiken tyder på att gränspendlingen varierar över tid.

En kartläggning av behovet av att införa regler om tjänstledighet för personer som har ett förtroendeuppdrag i ett annat land gjordes av Kommittén för förstärkning av den kommunala demokratis funktionssätt i betänkandet *Vital kommunal demokrati*. En enkät skickades till 315 lokala partiorganisationer i 47 svenska kommuner som gränsar till Norge, Danmark och Finland, eller ligger nära den svenska gränsen. Enkäten besvarades av 22 procent av organisationerna. Av de svarande uppgav 12 partiorganisationer att det fanns förtroendevalda inom partiets lokala organisation som arbetade i ett annat land. Av dessa hade 4 organisationer förtroendevalda som beviljats ledighet, medan 4 organisationer hade förtroendevalda som inte beviljats ledighet. Av organisationerna svarade 9 att det förekommit problem för de förtroendevalda att fullgöra uppdraget. Av de totalt 70 svarande organisationerna angav 17 stycken att det fanns någon eller några inom partiets lokala organisation som hade avstått från att ställa upp som förtroendevald på grund av svårigheterna att få ledigt från arbete i ett annat land. I enkätsvaren påpekades att problemet sannolikt kommer att öka i takt med att gränspendlingen ökar. Drygt hälften av de svarande i enkäten uppgav att det fanns ett behov av att införa regler som innebär att en person med förtroendeuppdrag i Sverige kan få vara ledig från sin anställning i ett annat nordiskt land (SOU 2012:30 s. 110 och 111).

Kommittén bedömde att det fanns behov av att införa regler för tjänstledighet för förtroendevalda som arbetar i ett annat land. Kommittén ansåg att det inte är antalet berörda som är avgörande för behovet av reglering, utan att frågan snarare är av principiell

karaktär. Kommittén anförde vidare att man, vid bedömningen av om det finns behov av att införa regler för tjänstledighet för förtroendevalda som arbetar i ett annat land, även måste beakta de som avstår från att åta sig uppdrag på grund av avsaknaden av möjligheten till tjänstledighet (SOU 2012:30 s. 122–124). Kommittén konstaterade också att det finns tydliga likheter mellan såväl de kommunpolitiska systemen som rätten till ledighet för politiska uppdrag i de flesta nordiska länderna.

I samtliga länder är rätten mer eller mindre uttryckligt knuten till uppdrag i den egna staten. Eftersom rätten till ledighet grundar sig på uppdraget och dess omfattning, så är det arbetsgivarna i det land där uppdraget utövas som har en skyldighet att bevilja ledighet. Uppdrag i annat land ger således inte någon rätt till ledighet. Generellt sett tycks rätten till ledighet, sett till vad som kan ligga till grund för ledighet, vara något mer omfattande i Sverige än i Norge, Danmark och Finland. Det finns t.ex. inte i de andra länderna en lika omfattande rätt till dygnsvila och det finns inte heller en lika omfattande rätt till ledighet för gruppmöten och liknande. Dessutom ger uppdrag i kommunala bolag inte alltid rätt till ledighet i de andra länderna. Enligt dansk lag finns dock en rätt till ledighet för att delta i kurser som har betydelse för uppdraget, som saknar motsvarighet i svensk rätt (SOU 2012:30 s. 114 och 115).

Kommittén för förstärkning av den kommunala demokratins funktionssätts betänkande remitterades. Samtliga remissinstanser instämde eller hade inga invändningar mot kommitténs bedömning att frågan om reglering av rätt till tjänstledighet för att kunna fullgöra förtroendeuppdrag i ett annat land är av principiell art och därför behöver få en lösning. Malmö kommun ansåg att frågan var principiellt mycket viktig och instämde i bedömningen att det finns behov av att införa regler för tjänstledighet för förtroendevalda som arbetar i annat land. Göteborgs och Helsingborgs kommuner konstaterade vidare att den ökade rörligheten över gränserna sannolikt innebär att behovet kommer att öka i framtiden.

Regeringen gjorde i propositionen Vital kommunal demokrati bedömningen att det, inom ramen för Nordiska ministerrådets gränshinderforum, borde utredas om det är möjligt att införa regler om en ömsesidig rätt till tjänstledighet för förtroendevalda som arbetar i ett annat nordiskt land (prop. 2013/14:5 s. 41).

4.1.1 Deklaration om att underlätta förtroendevaldas ledighet i Norden

I deklARATIONEN om att underlätta för förtroendevaldas ledighet i Norden, som undertecknades i augusti 2014, framhölls värdet av ett fortsatt stärkt och fokuserat nordiskt samarbete i en tid då betydelsen av regionalt samarbete ökar. I deklARATIONEN konstaterades även att fri rörlighet för medborgare, varor och tjänster mellan de nordiska länderna bidrar till att stärka de nordiska ländernas grundläggande värderingar och konkurrensförmåga. Vidare framhölls att de politiska systemen i de nordiska länderna i stor utsträckning präglas av att de förtroendevalda inte är yrkesverksamma politiker. Det konstaterades också att de rättsliga systemen har stora likheter när det gäller kommunpolitikernas rätt till ledighet för att kunna fullgöra sitt uppdrag. Det grundläggande motivet för rätten till ledighet är gemensamt i de nordiska länderna, dvs. att en förutsättning för den representativa demokratin är att alla som uppfyller valbarhetskraven ska ges likvärdiga möjligheter att åta sig och fullgöra politiska uppdrag.

Deklarationen syftar till att de undertecknande länderna ska arbeta för att öka den fria rörligheten genom att verka för öppna och välfungerande möjligheter för förtroendevalda som arbetar i annat land att få ledighet för att fullgöra sina uppdrag, samt att verka för att länderna samråder i syfte att undvika att nya gränshinder uppstår.

4.1.2 Gränshinderarbetet i Nordiska ministerrådet

Gränshinderrådet är ett politiskt tillsatt organ inom ramen för Nordiska ministerrådet, som har i uppdrag att främja den fria rörligheten inom Norden för såväl enskilda som företag. Gränshinderarbetet syftar till att undanröja existerande gränshinder, att förebygga nya gränshinder och informera om gällande lagar och regler. Hindret om tjänstledighet för politiska uppdrag för personer som arbetar i ett annat land är sedan 2014 upptaget i Nordiska ministerrådets gränshinderdatabas och har sedan dess varit ett s.k. prioriterat gränshinder av Sverige och Danmark.

De nordiska samsarbetsministrarna, som på statsministrarnas uppdrag svarar för samordningen av det nordiska regeringssamarbetet, fattade under 2017 beslut om en höjd ambitionsnivå för antalet

gränshinder som rådet ska lösa eller skriva av årligen, med en ny målsättning om 8–12 (tidigare 5–10) hinder. De hinder som har störst betydelse för den fria rörligheten ska prioriteras.

Sverige är under 2018 ordförande i Nordiska ministerrådet och regeringen har i sitt ordförandeskapsprogram, som innehåller de samlade prioriteringarna för rådets verksamhet, angett att Sverige kommer att arbeta aktivt för att de hinder som på olika sätt gör det svårare att pendla över gränserna i Norden ska bli färre.

4.2 Behovet av en ny reglering

Bedömning: Det finns behov av att införa en reglering som ger personer som arbetar i Sverige, och har ett politiskt uppdrag på lokal eller regional nivå i ett annat land, rätt till tjänstledighet för att kunna fullgöra uppdraget.

Skälen för bedömningen: I svensk rätt regleras arbetstagares rätt till ledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i kommunallagen (2017:725), förkortad KL. Rätten till ledighet enligt kommunallagen omfattar endast personer som både arbetar och innehar ett förtroendeuppdrag i Sverige. Med beaktande av de problembeskrivningar och bedömningar som gjorts inom ramen för det nordiska samarbetet finns behov av att införa en reglering som ger personer som arbetar i Sverige, och som har ett politiskt uppdrag på lokal eller regional nivå i ett annat land, rätt till ledighet för att kunna fullgöra uppdraget.

I Danmark finns reglering med innebörden att ekonomi- och inrikesministern kan ingå avtal med en annan stat om ömsesidig rätt till ledighet för arbetstagare med politiska uppdrag i respektive stat. Det kan även nämnas att den norska regeringen nyligen överlämnat en proposition om en ny kommunallag till Stortinget som innehåller en bestämmelse om att arbetstagare som är förtroendevalda och bosatta i ett annat nordiskt land ges motsvarande rätt till ledighet som norska förtroendevalda. Om förslaget antas, kommer svenska förtroendevalda som arbetspendlar till Norge att ges motsvarande rätt till ledighet som norska förtroendevalda. Det är positivt om fler länder inför lagstiftning av detta slag.

En möjlighet till tjänstledighet i gränspendlingssituationer kan bidra till att fler är villiga att ta sig an politiska förtroendeuppdrag, vilket är betydelsefullt i en tid då många partier har svårigheter att tillsätta sina platser på lokal och regional nivå. En sådan möjlighet är således positiv både ur ett demokratiperspektiv och för att ytterligare främja och stärka det nordiska samarbetet. Det finns därmed starka skäl att i svensk rätt införa en reglering som ger personer med politiska uppdrag på lokal eller regional nivå i ett annat land samma rätt till ledighet från sina anställningar som personer med sådana uppdrag i Sverige.

5 En lag om tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet

5.1 En ny lag om ledighet för att kunna fullgöra politiska uppdrag inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet

Förslag: Personer med politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land inom det Europeiska ekonomiska samarbetsområdet som motsvarar de uppdrag som anges i 4 kap. 1–2 §§ och 11 § andra stycket kommunallagen, och som är anställda i Sverige, ska ha rätt till ledighet från sina anställningar i den omfattning som anges i 4 kap. 11 § första stycket kommunallagen.

Skälen för förslaget

En rätt till tjänstledighet införs för politiska uppdrag inom EES-området

I enlighet med vad som anförs i avsnitt 4.2 finns behov av att införa en reglering som ger personer med politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land rätt till ledighet från anställning för att kunna fullgöra sitt politiska uppdrag. Det aktuella gränshindret har, som framkommit i det föregående, uppmärksamrats inom ramen för det nordiska samarbetet. De gränshindersituationer som är aktuella kan främst antas röra personer som pendlar till Sverige från ett annat nordiskt land. Situationen för arbetspendlande politiker

kan dock inte enbart ses utifrån ett nordiskt perspektiv. En reglering måste även utformas med beaktande av generella EU-rättsliga regler och principer. En huvudprincip i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF) är att fri rörlighet för arbetstagare ska säkerställas inom unionen (artikel 45.1 i FEUF). Medlemsstater får inte införa regler som hindrar den fria rörligheten eller som direkt eller indirekt diskriminerar arbetstagare utifrån deras medborgarskap och åtgärder som diskriminerar arbetstagare på grund av nationalitet är förbjudna (artiklarna 18 och 45.2 i FEUF). I rådets förordning (EEG) nr 1612/68 om arbetskraftens fria rörlighet inom gemenskapen finns förtydliganden som innebär att en arbetstagare som är utländsk unionsmedborgare inte på grund av sin nationalitet får behandlas annorlunda än arbetslandets egna arbetstagande medborgare i fråga om anställnings- och arbetsvillkor. Genom EES-avtalet gäller motsvarande reglering inom hela EES-området.

Mot denna bakgrund finns det skäl att anta att en reglering som ger rätt till tjänstledighet för personer med politiska uppdrag inom Norden inte kan anses vara förenlig med EU-rättens regler om förbud mot diskriminering av arbetstagare på grund av nationalitet. Den aktuella regleringen bör därför inte avgränsas till politiska uppdrag inom Norden. Frågan uppstår då om det finns anledning att införa en reglering som omfattar politiska uppdrag inom hela EES-området.

Av naturliga skäl får pendling mellan Sverige och ett annat nordiskt land antas vara vanligast förekommande (se vidare i avsnitt 4.1). Även om det inte kan uteslutas att det finns personer som pendlar mellan Sverige och ett annat land inom EES-området, och att det även bland dessa kan finnas personer som har politiska uppdrag i hemlandet, finns det inget som talar för att en sådan gränspendling förekommer i någon större omfattning. En utvidgning av rätten till tjänstledighet till att omfatta anställda i Sverige med politiska uppdrag i EES-området skulle dock underlätta för enskilda med politiska uppdrag i ett annat land att ta en anställning i Sverige, vilket i sig kan ha positiva effekter för samhället i stort.

Med beaktande av de EU-rättsliga principer som redogjorts för i det föregående kan det även ifrågasättas om nu gällande rätt till ledighet i svensk lagstiftning är förenlig med EU-rättens regler om

förbud mot diskriminering av arbetstagare på grund av nationalitet (se SOU 2012:30 bilaga 3 och prop. 2013/14:5 s. 43).

Mot den bakgrunden bör den aktuella regleringen avse alla personer med anställningar i Sverige som innehar politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom EES-området.

Rätten till ledighet

I Sverige regleras rätten till ledighet från anställning för att fullgöra politiska förtroendeuppdrag på lokal och regional nivå i kommunallagen. Med förtroendevalda avses ledamöter och ersättare i fullmäktige, nämnder och fullmäktigeberedningar, kommunalråd eller motsvarande samt revisorer. Även ledamöter och ersättare i den beslutande församlingen, förbundsstyrelsen eller någon annan nämnd, de beslutande församlingarnas beredningar samt revisorer i ett kommunalförbund omfattas av definitionen förtroendevalda (4 kap. 1 och 2 §§ KL). Berättigade till ledighet är förtroendevalda och av fullmäktige utsedda styrelseledamöter, styrelsesuppleanter och lekmannarevisorer eller motsvarande andra revisorer och deras suppleanter i sådana juridiska personer som avses i 10 kap. 2–6 §§ KL (4 kap. 11 § andra stycket KL).

Rätten till ledighet omfattar den tid som behövs för att uppdragen ska kunna fullgöras. Ledigheten omfattar tid för möten i kommunala organ och andra möten som är nödvändiga för uppdragen. Ledigheten omfattar även resor till och från mötena och behövlig dygnsvila omedelbart före eller efter mötena (4 kap. 11 § första stycket KL). Rätten till ledighet omfattar uppdrag som ledamot eller suppleant i fullmäktige, nämnd, beredning, arbetsgrupp, utredning eller motsvarande som kan betraktas som en följd av uppdraget. Rätten kan även omfatta partigruppsmöten som används till förberedelser för ordinarie sammanträden i fullmäktige och nämnder. Däremot omfattas inte sammanträden som inte har direkt med uppdraget att göra, t.ex. allmänna partimöten. Tid för inläsning av handlingar inbegrips inte heller (prop. 1975/76:187 s. 230).

Regleringen i kommunallagen innebär att det finns en rätt till tjänstledighet, men inte att den som utnyttjar ledigheten har rätt till ersättning från arbetsgivaren.

Det bedöms vara mest lämpligt, och även mest förenligt med EU-rätten, att ge personer som har anställning i Sverige med politiska förtroendeuppdrag på lokal och regional nivå i EES-området, som motsvarar de uppdrag som anges i 4 kap. 1–2 §§ och 11 § andra stycket KL, samma rätt till ledighet som personer med sådana uppdrag i Sverige. Det innebär att både personkretsen och frågan om ledighetens omfattning bör knytas till kommunallagens regler.

Det som blir avgörande för om ett uppdrag ska ge rätt till ledighet är om det kan anses motsvara något av de uppdrag som ger rätt till ledighet enligt bestämmelserna i kommunallagen. Andra uppdrag bör inte ge någon rätt till ledighet. Även ledighetens omfattning följer av kommunallagens regler.

Twister rörande förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare, t.ex. rörande rätten till tjänstledighet, handläggs enligt lagen (1974:371) om rättegången i arbetstvister.

Regleringen bör placeras i en egen lag

Den svenska regleringen om rätt till tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå finns i kommunallagen. Denna lag är en ramlag som reglerar kommuners och landstings angelägenheter och organisation. Med beaktande av att kommunallagen sätter grunden för svenska kommuners och landstings organisation och allmänna befogenheter bedöms det inte vara lämpligt att föra in en isolerad bestämmelse om utländska uppdrag i lagen. Det bedöms inte heller finnas någon annan generellt tillämplig lagstiftning i vilken en sådan bestämmelse kan ingå. Det framstår därför som lämpligt att frågan regleras i en ny särskild lag.

5.1.1 Följdändring i tjänstledighetsförordningen

Förslag: En hänvisning till den nya lagen tas in i den bestämmelse i tjänstledighetsförordningen som innehåller en uppräkningslista av föreskrifter i vilka en arbetstagares rätt till tjänstledighet regleras.

Skälen för förslaget: I tjänstledighetsförordningen (1984:111) finns föreskrifter om prövningen av vissa frågor om tjänstledighet från anställningar vid myndigheterna under regeringen. I 2 § finns en

exemplifierande uppräkning av föreskrifter i vilka en arbetstagares rätt till tjänstledighet regleras. Paragrafen innehåller bl.a. en hänvisning till 4 kap. 11 § KL. För att underlätta överblickbarheten bör också en hänvisning till den nya lagen om tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom EES-området tas in i förordningen.

6 Avtal mellan Sverige och Danmark om gränspendlares rätt till tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå

6.1 Avtalet

Efter förhandlingar mellan Sverige och Danmark (se avsnitt 3) har ett utkast till avtal om gränspendlares rätt till tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå tagits fram. Huvud dragen i avtalet beskrivs i det följande. Avtalet i dess helhet finns i *bilagan* till denna promemoria.

Av artikel 1 framgår avtalets syfte, nämligen att ge folkvalda kommunpolitiker i Sverige och Danmark, som innehar politiska uppdrag på lokal eller regional nivå i den ena avtalsslutande staten men som arbetar i den andra avtalsslutande staten, rätt till tjänstledighet för att fullgöra sitt politiska uppdrag i hemstaten. Genom avtalet ska personer med politiska uppdrag i den ena avtalsslutande staten, men som arbetar i den andra avtalsslutande staten kunna åtnjuta samma rätt till tjänstledighet som kommunpolitiker i den avtalsslutande staten där personen arbetar.

Artikel 2 reglerar kommunpolitikernas rätt till tjänstledighet. Enligt artikeln förpliktar sig de avtalsslutande staterna att ge kommunpolitiker i den ena avtalsslutande staten som arbetar i den andra avtalsslutande staten, rätt till tjänstledighet från arbetet i den stat i vilken kommunpolitikern i en viss bestämd utsträckning arbetar (arbetsstaten) för att utföra ett politiskt uppdrag i hemstaten. Rätten till tjänstledighet gäller endast i den utsträckning som

följer av arbetsstatens lagstiftning. Personer som innehar ett politiskt uppdrag i den ena avtalsslutande staten, men som arbetar i den andra avtalsslutande staten, ska således ha samma rätt till tjänstledighet som kommunpolitiker från den avtalsslutande stat där personen arbetar.

I artikel 3 regleras avtalets territoriella omfattning. Artikel 4 behandlar frågor om avtalets varaktighet samt ändringar, genomförande och upphörande av avtalet. I artikel 5 finns bestämmelser om hur tvister om tolkning eller tillämpning av avtalet ska lösas. Artikel 6 innehåller bestämmelser om ikraftträdande av avtalet.

Till avtalet är fogat en bilaga med definitioner och hänvisningar till gällande rätt för avtalets tillämpningsområde. I avsnitt 5.1 finns en redogörelse för rätten till tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i Sverige. En närmare beskrivning av de danska bestämmelserna lämnas i följande avsnitt.

6.2 Rätten till tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i Danmark

I Danmark finns en lokal och regional nivå som styrs av förtroendevalda. Regionråden och kommunalbestyrelser är högsta beslutande organ.

Enligt § 16 b i den danska lov om kommunernes styrelse har en ledamot i en kommunalbestyrelse som är yrkesarbetande rätt till ledighet i den omfattningen som är nödvändig för att kunna delta i bl.a. möten och kurser som har betydelse för uppdraget. Rätten gäller dock inte för kommunalbestyrelsens ordförande, som förutsätts vara heltidsarvoderad. Rätten omfattar inte heller ledighet från arbete om frånvaron omöjliggör arbetsuppgifternas genomförande.

Rätten till tjänstledighet omfattar sammanträden i fullmäktige samt dess nämnder och utskott, andra sammanträden som är nödvändiga för förtroendeuppdraget, kurser och seminarier som ekonominämnden eller fullmäktige föreskriver samt revisionsverksamhet.

I förarbetena till lagen framhålls att rätten till ledighet som utgångspunkt enbart omfattar sådana sammanträden som syftar till något slags beslutsfattande. Inspektions- och tillsynsförrättningar samt representationsuppgifter omfattas inte. Inte heller gruppmöten

ger rätt till ledighet, eftersom det ansetts möjligt att förlägga sådana möten till tider som passar de förtroendevalda (lovforslag 1994–95 nr 167, Till. A s. 2090).

Motsvarande lagstadgade rätt till ledighet finns för uppdrag på regional nivå (§ 12 i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab).

Enligt § 16 b i lov om kommunernes styrelse kan den danska ekonomi- och inrikesministern ingå avtal med ett annat land om att personer med kommunalpolitiskt arbete i det berörda landet kan få rätt till ledighet i Danmark för att fullgöra det kommunalpolitiska uppdraget i den omfattning som gäller för danska förtroendevalda.

6.3 Avtalets ingående

Förslag: Riksdagen ska godkänna avtalet mellan Sverige och Danmark om gränspendlares rätt till tjänstledighet från arbete för att kunna fullgöra politiska förtroendeuppdrag på lokal och regional nivå.

Skälen för förslaget: I avsnitt 5 föreslås att det ska införas en reglering som ger personer med anställning i Sverige, men som har ett politiskt uppdrag på lokal eller regional nivå i ett annat land inom det EES-området, rätt till ledighet från sin anställning för att kunna fullgöra uppdraget. Regleringen ger dock inte personer med politiska uppdrag på lokal och regional nivå i Sverige rätt till tjänstledighet från arbete i något annat land. Den danska regleringen ger, som tidigare nämnts, ekonomi- och inrikesministern rätt att ingå bilaterala avtal med den innebörden att personer med förtroendeuppdrag i utlandet ges samma rätt till tjänstledighet hos danska arbetsgivare som personer med förtroendeuppdrag i Danmark. Det föreslagna avtalet med Danmark säkerställer således att personer med politiska uppdrag på regional och lokal nivå i Sverige som arbetar i Danmark får samma rätt till tjänstledighet för att fullgöra sina politiska uppdrag som personer med sådana uppdrag i Danmark. Mot den bakgrunden bör det föreslagna avtalet ingås.

Eftersom överenskommelsen med Danmark förutsätter att ny lagreglering införs krävs att riksdagen godkänner överenskommelsen (10 kap. 3 § första stycket 1 regeringsformen).

7 Ikraftträdande

Förslag: Den nya lagen om rätt till tjänstledighet för personer med politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom EES-området ska träda i kraft den 1 mars 2019.

Bedömning: Avtalet med Danmark kan för Sveriges del träda i kraft tidigast den 1 mars 2019.

Skälen för förslaget och bedömningen: Den nya lagen om rätt till tjänstledighet för personer med politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom EES-området bör träda i kraft så snart som möjligt. Det krävs dock viss tid för remissförfarandet, beredningen av förslagen inom Regeringskansliet och riksdagsbehandling. Den nya lagen bedöms därför kunna träda i kraft tidigast den 1 mars 2019.

Avtalet med Danmark träder enligt artikel 6 i kraft 30 dagar efter det att de avtalsslutande staterna skriftligen meddelat varandra att de har avslutat de interna rättsliga procedurerna som är nödvändiga för avtalets ikraftträdande. Ett sådant meddelande kan för svenskt vidkommande lämnas först efter att den nya lagen utfärdats. Avtalet bedöms mot denna bakgrund kunna träda ikraft tidigast den 1 mars 2019.

8 Konsekvenser

8.1 Konsekvenser för arbetsgivare

Förslaget om en rätt till tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom EES-området innebär en viss utökad skyldighet för arbetsgivare i offentlig och privat sektor att bevilja tjänstledighet till sina anställda. Regleringen kommer troligtvis främst att beröra arbetsgivare som är verksamma i områden som gränsar till Danmark, Finland eller Norge. Eftersom antalet för- troendevalda som arbetar i ett annat land kan antas vara litet bedöms även den utökade belastningen för arbetsgivare vara liten (se vidare avsnitt 4.1).

Eftersom förslaget är utformat så att kretsen personer som har rätt till ledighet utökas, men själva rätten till ledighet är densamma som enligt kommunallagen, innebär regleringen inte några krav på företag eller andra arbetsgivare att hålla sig uppdaterade om vilken rätt till ledighet som gäller i utlandet. Viss gränsdragningsproblematik kan dock uppstå när det gäller frågan om ett uppdrag i utlandet kan anses motsvara ett sådant uppdrag som ger rätt till ledighet enligt kommunallagen.

Rätten till ledighet innebär inte att den som nyttjar ledigheten har rätt till ersättning från arbetsgivaren, så ingen ytterligare kostnad uppkommer av den anledningen. Förslaget kan dock, beroende på vad det är för typ av arbetsplats, innebära att vissa vikariekostnader uppstår eller medföra kostnader till följd av produktionsbortfall. De kostnader som kan uppstå för de berörda arbetsgivarna bedöms dock vara försumbara till sin storlek. Den ökade belastningen och eventuella tillkommande kostnader får dessutom vägas mot förslagets betydelse för demokratin och den fria rörligheten. Vid den bedömningen väger de senare intressena tyngre.

8.2 Konsekvenser för kommuner och landsting

8.2.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Den kommunala självstyrelsen innebär att det ska finnas en självständig och, inom vissa ramar, fri bestämmanderätt för kommuner och landsting. Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Förslaget om att personer med politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom EES-området ges en rätt till tjänstledighet från svenska arbetsgivare berör endast kommuner och landsting i egenskap av arbetsgivare (se avsnitt 8.1). Förslaget bedöms inte ha några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Förslaget om att ingå ett avtal med Danmark ger förtroendevalda i svenska kommuner och landsting som arbetar i Danmark utökade möjligheter att ta eller inneha förtroendeuppdrag. Ingåendet av avtalet har betydelse för den kommunala demokratin i bemärkelsen att det underlättar för gränspendlande förtroendevalda i svenska kommuner och landsting att utföra sitt uppdrag. Avtalet kan även bidra till att fler är villiga att åta sig politiska uppdrag. Goda möjligheter att engagera sig i det lokala och regionala beslutsfattandet är grundläggande för att det i praktiken ska finnas ett kommunalt självstyre.

8.2.2 Ekonomiska konsekvenser

Enligt den kommunala finansieringsprincipen ska kommuner och landsting kompenseras för statligt beslutade åtgärder som direkt tar sikte på den kommunala verksamheten. Principen gäller när riksdagen, regeringen eller en myndighet fattar bindande beslut om ändrade regler för den kommunala verksamheten.

Finansieringsprincipen tillämpas inte när kommunsektorn påverkas på samma sätt som andra arbetsgivare, och är därmed inte tillämplig på förslagen om en ny lag och ingåendet av avtalet med Danmark.

8.3 Konsekvenser för sysselsättning och företag

Lagförslaget och det föreslagna avtalet med Danmark kan ha både positiva och negativa sysselsättningseffekter, även om dessa effekter bedöms vara marginella. I de fall förtroendevalda i andra länder valt bort arbete i Sverige på grund av bristande möjligheter till ledighet kan förslagen innebära att sysselsättningen ökar. I det omvända fallet, dvs. då förtroendevalda i Sverige valt bort arbete i Danmark, kan sysselsättningen minska. Sådana eventuella effekter bedöms främst uppkomma i de delar av landet där gränspendlingen är som mest omfattande.

Den föreslagna regleringen bedöms inte i någon betydande utsträckning medföra att små företags förutsättningar att bedriva verksamhet försämras i förhållande till större företags, jämfört med dagens situation.

8.4 Övriga konsekvenser

Förslaget om att ge personer med politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land rätt till ledighet kan medföra nya arbetsrättsliga tvister, om det uppstår olika tolkningar av vad rätten till ledighet innebär. Förslaget bedöms därför kunna ha vissa konsekvenser för de allmänna domstolarna och Arbetsdomstolen. Med beaktande av att kretsen berörda är mycket liten bedöms dock dessa konsekvenser som marginella. Enligt lagen (1987:439) om inskränkning i rätten att överklaga får en arbetstagare inte överklaga ett beslut av en offentlig arbetsgivare, om tvisten ska handläggas enligt lagen (1974:371) om rättegången i arbetstvister. Förslaget om en ny lag innebär därmed inga konsekvenser för de allmänna förvaltningsdomstolarna.

Förslagen om en ny lag och ingåendet av avtalet med Danmark bedöms inte få någon effekt för brottsligheten.

Förslagen kan i viss begränsad utsträckning påverka jämställdheten mellan män och kvinnor. I Statistiska centralbyråns undersökning av förtroendevalda i kommuner och landsting 2015 framkommer att kvinnor är underrepresenterade bland förtroendevalda i kommunerna. Totalt sett är andelen kvinnor i denna grupp 43 procent, jämfört med 50 procent i befolkningen. I landstingen är fördelningen jämnare; 48 procent av förtroendeuppdragen innehas

av kvinnor. Enligt uppgifter från Öresundsatabanken och Västra Götalandsregionens statistikdatabas pendlar män över en riksgräns i större utsträckning än kvinnor. Givet detta kan förslagen i viss mån bidra till att förstärka den nuvarande ojämna fördelningen av män och kvinnor bland förtroendevalda. Detta får dock vägas mot betydelsen av att förtroendevalda, oavsett kön, ges goda möjligheter att genomföra sina uppdrag.

Förslagen om en ny lag och ingåendet av avtalet med Danmark bedöms ha positiva konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen, då förslagen syftar till att ge personer med förtroendeuppdrag som arbetar i ett annat land samma rättigheter som personer med förtroendeuppdrag och arbete i samma land. Detta ligger i linje med integrationspolitikens mål om lika rättigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund.

9 Författningskommentar

Förslaget till lag (2019:000) om tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet

1 §

Lagen reglerar möjligheten för personer med politiska uppdrag på lokal och regional nivå inom EES-området att få ledighet från sina anställningar i Sverige för att fullgöra sina uppdrag. Övervägandena finns i avsnitt 5.

Av paragrafen följer att möjligheten till tjänstledighet gäller personer med anställning i Sverige som har sådana politiska uppdrag inom EES-området som motsvarar de uppdrag som anges i 4 kap. 1 § och 11 § andra stycket kommunallagen (2017:725). Rätten till ledighet omfattar tid för möten i kommunala organ och andra möten som är nödvändiga för uppdragen samt resor till och från mötena, och behövlig dygnsvila omedelbart före eller efter mötena.

Ikraftträdandebestämmelse

Ikraftträdandebestämmelsen anger att lagen träder i kraft den 1 mars 2019. Övervägandena finns i avsnitt 7.

Avtal mellan Sverige och Danmark om gränspendlares rätt till tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå

Konungariket Danmarks regering och Konungariket Sveriges regering som

erkänner betydelsen av ett fortsatt starkt och målinriktat samarbete mellan Konungariket Danmark (nedan kallat Danmark eller avtalsslutande stat) och Konungariket Sverige (nedan kallat Sverige eller avtalsslutande stat) i en tid när regionala gränsöverskridande samarbeten får en allt större betydelse,

är eniga om att åtgärder för att avlägsna gränshinder är en viktig målsättning för samarbetet mellan Danmark och Sverige,

konstaterar att folkvalda svenska och danska politiker på lokal och regional nivå ska ges de förutsättningar som behövs för att inneha ett politiskt uppdrag i hemstaten och samtidigt arbeta i ett annat land,

önskar säkerställa gränspendlares möjlighet att inneha ett uppdrag som folkvald politiker på lokal och regional nivå,

konstaterar att det är en förutsättning i en representativ demokrati att de som uppfyller kraven för att ställa upp i val ges lika möjligheter att utföra politiska uppdrag,

konstaterar att rätten till tjänstledighet för folkvalda politiker på lokal och regional nivå i Sverige och Danmark är ömsesidigt avhängig,

har enats om följande.

Artikel 1

Avtalets syfte

Syftet med detta avtal är att ge folkvalda politiker på lokal och regional nivå i Danmark och Sverige som innehar politiska uppdrag på lokal och regional nivå i den ena avtalsslutande staten, men som arbetar i den andra avtalsslutande staten, rätt till tjänstledighet i denna andra avtalsslutande stat för att utföra det politiska uppdraget i hemstaten.

Detta avtal ska således ge personer som innehar politiska uppdrag på lokal och regional nivå i den ena avtalsslutande staten, men som arbetar i den andra avtalsslutande staten (gränspendlare), möjlighet till samma rätt till tjänstledighet som politiker på lokal och regional nivå i den avtalsslutande stat där personen arbetar.

Artikel 2

Rätt till tjänstledighet för politiker på lokal och regional nivå

1. De avtalsslutande staternas regeringar förpliktar sig med detta avtal att ge politiker på lokal och regional nivå i den ena avtalsslutande staten som arbetar i den andra avtalsslutande staten, rätt till tjänstledighet i arbetsstaten i den omfattning som anges i punkt 2 för att utföra ett politiskt uppdrag i hemstaten.

2. Den rätt till tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i hemstaten som fastslås i punkt 1 gäller endast i den omfattning som är fastställd i arbetsstatens lagstiftning. Personer som innehar ett politiskt uppdrag på lokal eller regional nivå i den ena avtalsslutande staten men som arbetar i den andra avtalsslutande staten, ska således ha samma rätt till tjänstledighet som politiker på

lokal eller regional nivå från den avtalsslutande stat där personen arbetar.

3. Definitioner och tillämpningsområde för avtalet vid tidpunkten för avtalets undertecknande framgår av bilagan.

Artikel 3

Territoriell omfattning

Detta avtal gäller inte för Färöarna och Grönland.

Artikel 4

Varaktighet, ändringar, genomförande och upphörande

1. Detta avtal gäller tills vidare och ska förbli i kraft till den sista dagen i den tolfte månaden efter det datum då den ena avtalsslutande staten skriftligen meddelar den andra avtalsslutande staten om uppsägning av avtalet.
2. Detta avtal kan ändras av de avtalsslutande staterna efter skriftlig begäran från den ena avtalsslutande staten.
3. De avtalsslutande staternas behöriga myndigheter ska informera varandra om alla ändringar och tillägg i den egna lagstiftningen som kan påverka genomförandet av detta avtal.

Artikel 5

Twistlösning

Twister mellan de avtalsslutande staterna om tolkningen eller tillämpningen av detta avtal ska lösas genom förhandling och samråd mellan de avtalsslutande staternas behöriga myndigheter. Om de behöriga myndigheterna inte kan lösa en twist ska tvisten lösas på diplomatisk väg.

Artikel 6

Ikraftträdande

Detta avtal träder i kraft trettio dagar efter det datum då de avtalsslutande staternas regeringar skriftligen har meddelat varandra om att alla nationella rättsliga förfaranden som är nödvändiga för ikraftträdandet av detta avtal har slutförts.

Till bekräftelse härav har undertecknade, därtill vederbörligen bemyndigade av sina respektive regeringar, undertecknat detta avtal.

Upprättat i två exemplar i [stad] den [ddmmåååå] på svenska och danska, vilka båda texter är lika giltiga.

Originalen till detta avtal deponeras hos det danska utrikesministeriet, som skickar en bestyrkt kopia till det svenska utrikesdepartementet.

För Konungariket Sveriges regering

XXX

För Konungariket Danmarks regering

XXX

Bilaga

Definitioner och tillämpningsområde för detta avtal, enligt artikel 2.

A. Definitioner

1. I detta avtal avses med

1. Politiker på lokal och regional nivå:

för Danmarks del, personer som i enlighet med lagen om kommunala och regionala val har valts till och för närvarande innehar ett politiskt uppdrag i kommunfullmäktige eller regionsråd samt,

för Sveriges del, personer som i enlighet med 4 kap 1 § kommunallagen (2017:725) innehar politiska uppdrag i kommuner och landsting,

2. rätt till tjänstledighet:

för Danmarks del, en rätt till frånvaro från arbetet i enlighet med lagen om kommunernas förvaltning 16 b §, jfr 16.1 § led a–e samt,

för Sveriges del, en rätt till frånvaro från arbetet i enlighet med 4 kap. 11 § kommunallagen,

3. behörig myndighet:

för Danmarks del, det ministerium som ansvarar för tillämpningen av lagen om kommunernas förvaltning och regionlagen, vilket för närvarande är Ekonomi- och inrikesministeriet samt,

för Sveriges del, Regeringskansliet (Finansdepartementet),

4. lagstiftning:
de lagar som anges i punkt B Tillämpningsområde,
5. hemstaten:
den stat i vilken politikern på lokal eller regional nivå utför sitt politiska uppdrag, jfr led a,
6. arbetsstaten:
den stat i vilken politikern på lokal eller regional nivå utför sitt arbete.

B. Tillämpningsområde

1. Detta avtal ska gälla för följande

1. för Danmarks del,
 - i. lagen om kommunernas förvaltning 16 b §,
 - ii. regionlagen 12 §, jfr lagen om kommunernas förvaltning 16 b §,
2. för Sveriges del,
 - i. 4 kap. 11 § kommunallagen

2. Detta avtal ska också tillämpas på ändringar av den lagstiftning som nämns i första punkten.



26

Svar på remiss Förslag till Rådets
rekommendation om stärkt samarbete
mot sjukdomar som kan förebyggas
genom vaccination

RS/1226/2018

2018-08-06

Sekretariatet

Charlotte Funseth

Tfn: 063-14 75 51

E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

RS/1226/2018

Svar på remiss Förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på EU-kommissionens förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination. Förslaget ska behandlas i rådet med målsättningen att kunna antas före årets slut. Förhandlingarna i rådsarbetsgruppen för hälsa inleds under juli och fortsätter sedan i oktober 2018.

Rekommendationen syftar till att stärka samarbetet och samordning mellan EU-länder, näringslivet och andra berörda relevanta aktörer för att hjälpa till att öka vaccinationstäckningen, främja möjligheten till anpassning av vaccinationsscheman i hela EU, främja acceptansen av vaccination, stödja vaccinforskning och utveckling och stärka tillgången på, upphandling och förvaltning av lagren av vaccin, bland annat i nödsituationer.

De åtgärder som förslås bör i slutändan minska förekomst av sjukdomar som kan förebyggas med vaccination, öka medborgarnas hälsa och förbättra hälsoskyddet inom EU som helhet.

Ett förslag till svar har upprättats inom Område Patientsäkerhet med stöd av smittskyddsläkaren. Remissen ska besvaras senast 10 september.

Regiondirektörens förslag

Upprättat förslag till svar på remiss Förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination antas.

I tjänsten

Hans Svensson

Regiondirektör

Lisbet Gibson

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Svar på remiss skickas till Socialdepartementet
Chef Område Patientsäkerhet
Smittskyddsläkaren

2018-08-06

RS/1226/2018

Maria Omberg
Område Patientsäkerhet
Tfn: 063-15 43 03
E-post: maria.omberg@regionjh.se

Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss Förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination

Dnr S2018/03530

Rekommendationen syftar till att stärka samarbetet och samordning mellan EU-länder, näringslivet och andra berörda relevanta aktörer för att hjälpa till att öka vaccinationstäckningen, främja möjligheten till anpassning av vaccinationsscheman i hela EU, främja acceptansen av vaccination, stödja vaccinforskning och utveckling och stärka tillgången på, upphandling och förvaltning av lagren av vaccin, bland annat i nödsituationer.

De åtgärder som förslås bör i slutändan minska förekomst av sjukdomar som kan förebyggas med vaccination, öka medborgarnas hälsa och förbättra hälsoskyddet inom EU som helhet.

Förslaget täcker de flesta aspekter inom vaccinationsområdet. De ovan nämnda samt viktiga delar som att stärka tillgång på vaccin bland annat genom skapande av ett virtuellt datalager för behov av vaccin samt förslag om ett fysiskt lager av vacciner.

En del av förslagen riktar sig direkt till medlemsstaterna med bl.a. förslag om att upprätta nationella planer samt olika förslag att på nationell basis öka vaccinstäckning, förbättra tillgång till vaccinationstjänster och förbättra kompetensutveckling, utbildning och kunskapsspridning till professionen och allmänheten inom området samt stödja forskning. För vårt land gäller kanske i första hand, hållbar finansiering och vaccinförsörjning samt livslång tillgång på vaccination, rutinkontroller av vaccinationsstatus och möjligheter att bli vaccinerad i olika skeden i livet och att vårdinrättningarna har kapacitet till att ha uppdaterad information om medborgarnas vaccinationsstatus.

Region Jämtland Härjedalen ser positivt på förslaget som i sin helhet är omfattande. Möjligen kan man fråga sig hur genomförbara en del förslag är med hänvisning till de snäva tidsramar som föreslås och med tanke på de stora skillnader som idag föreligger mellan de olika medlemsstaterna vad gäller vaccinationsschema, registerhållning, vaccinationstäckning etc.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson
Regiondirektör



Socialdepartementet

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2018 -06- 18

Dnr. *RS/1226*/20*18*

Förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination (COM (2018) 244 final)

Härmed remitteras EU-kommissionens förslag till Rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination (COM (2018) 244 final).

Förslaget ska behandlas i rådet med målsättningen att kunna antas före årets slut. Förhandlingarna i rådsarbetsgruppen för hälsa inleds under juli och fortsätter sedan i oktober 2018.

Remissinstanser

Alingsås kommun

Arvidsjaurs kommun

Blekinge läns landsting

Bräcke kommun

Dalarnas läns landsting

Eksjö kommun

Falu kommun

Folkhälsomyndigheten

Gotlands kommun

Gävleborgs läns landsting

Göteborgs kommun

Hallands läns landsting

Hudiksvalls kommun

Jämtlands läns landsting

Jönköpings läns landsting

Karolinska Institutet

Kalmar läns landsting

Kronobergs läns landsting

Leksands kommun

Linköpings kommun

Ludvika kommun

Läkemedelsindustriföreningen (LIF)

Läkemedelsverket

Malmö kommun

Malå kommun

Norrbottens läns landsting

Nässjö kommun

Piteå kommun

Riksföreningen för skolsköterskor

Robertsfors kommun

Rättvik kommun

Skåne läns landsting

Smittskyddsläkarföreningen

Socialstyrelsen

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

Stockholms kommun

Stockholms läns landsting

Svensk sjuksköterskeförening (SSF)

Svenska Barnläkarföreningen

Svenska Infektionsläkarföreningen

Svenska Läkaresällskapet

Svenska skolläkarföreningen

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Sveriges Läkarförbund

Södermanlands läns landsting

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Töreboda kommun

Umeå universitet

Uppsala kommun

Uppsala läns landsting

Varbergs kommun

Vetenskapsrådet

Värmlands läns landsting

Västerbottens läns landsting

Västernorrlands läns landsting

Västerås kommun

Västmanlands läns landsting

Västra Götalands läns landsting

Örebro läns landsting

Östergötlands läns landsting

Östersunds kommun

Övertorneå kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **den 10 september 2018**. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.remissvar@regeringskansliet.se samt s.fs@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2018/03530/FS och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

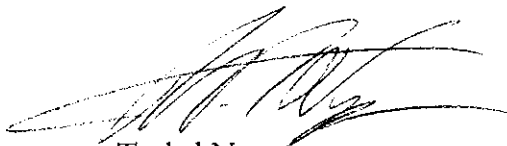
I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen till rekommendation. Förslaget till rekommendation bifogas på svenska. Engelsk version finns att hämta här: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM%3A2018%3A244%3AFIN>

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att

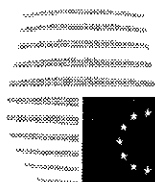
redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

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, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.



Torkel Nyman
Departementsråd



Europeiska
unionens råd

Bryssel den 4 maj 2018
(OR. en)

8679/18

Interinstitutionellt ärende:
2018/0115 (NLE)

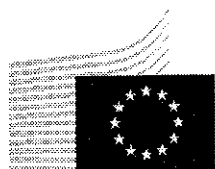
SAN 137
PHARM 26
MI 322
SOC 232
RECH 167
EDUC 149
TELECOM 122

FÖRSLAG

från:	Jordi AYET PUIGARNAU, direktör, för Europeiska kommissionens generalsekreterare
inkom den:	26 april 2018
till:	Jeppe TRANHOLM-MIKKELSEN, generalsekreterare för Europeiska unionens råd
Komm. dok. nr:	COM(2018) 244 final
Ärende:	Förslag till RÅDETS REKOMMENDATION om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination

För delegationerna bifogas dokument – COM(2018) 244 final.

Bilaga: COM(2018) 244 final



EUROPEISKA
KOMMISSIONEN

Bryssel den 26.4.2018
COM(2018) 244 final

2018/0115 (NLE)

Förslag till

RÅDETS REKOMMENDATION

om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination

{SWD(2018) 149 final}

MOTIVERING

1. BAKGRUND TILL FÖRSLAGET

• Motiv och syfte med förslaget

Vaccination är en av medicinens största framgångar. Vaccination räddar liv, skyddar våra samhällen, minskar sjukdom och bidrar till längre förväntad livslängd. Innan vaccinerna fanns dog många barn unga eller fick men för livet. Vaccination har lett till att smittkoppor utrotats och att polio nästan eliminerats och har förhindrat oräskneliga dödsfall i andra sjukdomar såsom mässling, difteri och hjärnhinneinflammation.

Världen runt förhindrar vaccination varje år 2,7 miljoner människor från att få mässlingen, 2 miljoner från att få neonatal stelkramp och 1 miljoner från att få kikhosta. I Europa förhindrar vaccination mot säsongsinfluensa att 2 miljoner människor får influensa varje år.

Och ändå dör, såsom ordförande Jean-Claude Juncker betonade i sitt tal om tillståndet i unionen den 13 september 2017, fortfarande idag barn i Europeiska unionen av sjukdomar såsom mässling som lätt kan förebyggas med vaccin. Det är oacceptabelt.

Vaccinationsprogrammen har blivit alltmer sårbara med anledning av den låga vaccintäckningen, tveksamhet till vaccinationer, de ökade kostnaderna för nya vacciner och otillräcklig vaccinproduktion och bristande vaccinförsörjning i Europa.

Detta förslag är en uppmaning till gemensamma åtgärder för att öka vaccinationstäckningen och se till att alla i Europeiska unionen har tillgång till vaccination för att minska ojämlikheter och luckor i immuniseringstäckningen. De frågor som medborgarna runtom i Europa ställer i samband med vaccination och det tvivel de ger uttryck för visar på att det finns ett akut behov av att medlemsstaterna och hälso- och sjukvården erkänner och reagerar på problemen på lämpligt sätt. Detta förslag är ett uttryck för en samordnad insats för att bemöta denna oro.

Flera av EU:s medlemsstater och grannländer står nu inför oväntade utbrott av sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination på grund av otillräcklig vaccinationstäckning. Bara under 2017 insjuknade drygt 14 000 människor i EU i mässling – mer än tre gånger fler än vad som rapporterades 2016. Under de senaste två åren har 50 personer dött till följd av mässling och två till följd av difteri. Europa lyckas inte eliminera mässling i linje med de överenskomna WHO-målen.

Risken för att poliovirus återinförs i EU kvarstår, vilket riskerar unionens poliofria status. Täckningsgraden för vaccination mot säsongsinfluensa fortsätter att ligga betydligt under det mål på 75 % för de äldre åldersgrupperna som fastställs i rådets rekommendation från 2009 om vaccination mot säsongsinfluensa. Vaccinationstäckningen mot säsongsinfluensa i äldre åldersgrupper har i själva verket minskat under de senaste åren i de flesta av EU:s medlemsstater.

Medan de nationella vaccinationsprogrammen planeras, organiseras och genomförs på olika sätt runt om i medlemsstaterna brottas alla länder med följande gemensamma utmaningar: avtagande täckning, brister i vaccinförsörjningen och ökande tveksamhet till vaccinationer.

Det finns flera faktorer som bidrar till låg vaccinationstäckning och luckor i immuniseringen som skulle kunna förhindras:

Tveksamhet till vaccinationer och minskat förtroende. Missuppfattningar om vaccination har lett till att allmänhetens fokus flyttats bort från fördelarna med vaccination, mot misstro mot vetenskapen och rädsla för eventuella biverkningar. Det finns ett antal faktorer som inverkar på dessa ökade förbehåll: brist på tillförlitlig information och, i vissa fall, bristande förtroende för dem som tillhandahåller den information som finns, lägre acceptans av eventuella risker som är förknippade med vaccin som administreras till friska individer (särskilt barn), bristande förståelse för de individuella resp. de samhälleliga fördelarna med vaccination och kontroverser i media om vaccinsäkerhet som drivs av felaktig information. Eftersom sjukdomar som kan förebyggas med vaccination har minskat tack vare tidigare rutinvaccination är medborgarna inte tillräckligt medvetna om den livsviktiga roll som vaccination spelar för att rädda liv och riskerna med att inte vaccinera sig.

Vaccinationsstrategier och -program varierar betydligt mellan länderna när det gäller urvalet av vacciner, vilken typ av vaccin som används, antalet administrerade doser och tidpunkten. Denna variation mellan medlemsstaterna beror ofta på sociala, ekonomiska eller historiska faktorer, eller helt enkelt på hur vården är organiserad på nationell nivå. Sådana variationer mellan länderna har dock spätt på uppfattningen att det finns olika åsikter om vacciner, vilket i sin tur bidrar till den ökande tveksamheten till vaccinationer. Den snabba spridningen av desinformation genom onlinemedier och högljudda vaccinationsmotståndare har även underblåst missuppfattningar. Dessutom har medborgare som bor i flera EU-medlemsstater under livet med tanke på dessa skillnader i fråga om nationella vaccinationsscheman svårt att förstå vilket vaccin som ska tas och när, vilket kan leda till att barnen inte får de vacciner de behöver.

I ett antal länder är det även brist på vaccin på grund av problem med både tillgång och efterfrågan. Näringslivet inom EU investerar inte tillräckligt i vacciner, delvis på grund av en fragmentarisk och delvis oförutsägbar efterfrågan. Därutöver kvarstår rättsliga svårigheter när det gäller att dela med sig av vaccin över gränserna vid kriser. Samtidigt är produktionskapaciteten begränsad på grund av långa ledtider, upphandlingsprocesserna är alltför tungrodda och ineffektiva och avsaknaden av prognosplanering i kombination med de varierande vaccinationsschemana gör efterfrågan oförutsägbar. Ändringar i målgruppens demografiska sammansättning på grund av migration och åldrande befolkning utgör ytterligare hinder för korrekt prognosplanering.

Det har fått till följd att vissa medlemsstater har problem med tillgängligheten till vaccin eller höga kostnader för vacciner, vilket i sin tur innebär att nationella lager ofta inte finns eller är begränsade. Om en medlemsstat i detta sammanhang inte är i stånd att bekämpa ett utbrott på egen hand, kan ett sådant utbrott i avsaknad av ett europeiskt samarbete på detta område spridas över gränserna till andra medlemsstater och därigenom hota medborgarnas hälsa och säkerhet i hela unionen.

Det finns också utmaningar i samband med forskning kring och utveckling av vaccin. Betydande finansiella investeringar och expertis krävs för att utveckla nya innovativa vacciner och förbättra eller anpassa befintliga vacciner (t.ex. förbättrad säkerhetsprofil, anpassning till olika åldersgrupper, riskgrupper eller patogener), vilket gör forskningen och utvecklingen mycket mer komplicerad, kostsam och riskfylld.

Slutligen finns det vad gäller resurserna begränsningar kopplade till offentlig finansiering. Vaccination utgör för närvarande en bråkdel av de förebyggande budgetarna i EU-länderna och står för upp till 0,5 % av hälso- och sjukvårdbudgetarna och det finns belägg för att utgifterna minskar ytterligare. Utgifter för vaccination borde betraktas som en väsentlig och smart investering i hälsa, med tanke på dess vidare ekonomiska effekter och samhällsliga värde.

Denna rådsrekommendation syftar till att stärka samarbetet och samordningen mellan EU-länder, näringslivet och andra relevanta berörda aktörer för att hjälpa till att öka vaccinationstäckningen, främja möjligheten till anpassning av vaccineringsprogram i hela EU, främja acceptansen av vaccination, stödja vaccinforskning och -utveckling och stärka tillgången på, upphandling av och förvaltning av lagren av vaccin, bland annat i nödsituationer. Dessa verksamheter bör i slutändan minska förekomsten av sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination och öka utsikterna för de europeiska medborgarnas hälsa och förbättra hälsoskyddet i Europeiska unionen som helhet.

Förslaget innehåller rekommendationer till medlemsstaterna, gemensamma insatser av medlemsstaterna och kommissionen, och välkomnar kommissionens avsikt att genomföra ett antal initiativ med hänsyn tagen till pågående hälsoinitiativ inom FN och andra globala hälsoinitiativ.

I rekommendationen föreslås möjligheten av att inrätta ett europeiskt system för utbyte av vaccinationsinformation i syfte att utarbeta riktlinjer för ett **gemensamt vaccinationsschema inom EU, ett EU-vaccinationskort** och en **webbportal** med tillförlitlig och aktuell information om fördelarna med vaccination och vaccinsäkerhet.

Möjliga lösningsmodeller för att utveckla ett **gemensamt vaccinationskort inom EU** skulle säkerställa kontinuitet i fråga om immunisering när medborgarna, särskilt barn, flyttar från en medlemsstat till en annan. För närvarande ger de många olika vaccineringsprogram och registreringen upphov till praktiska problem när det gäller att på ett effektivt sätt spåra, övervaka och dokumentera immuniseringshistoriken, och när det gäller kommunikationen mellan olika tillhandahållare av vaccin inom och mellan länderna. Några viktiga frågor: dokumentation av vaccinationer endast på landets språk, problem med att komma ihåg om vaccinationer gavs och i vilka doser, brist på erkännande och förmåga att fortsätta en immuniseringsserie som inleddes redan i ursprungslandet, särskilt om barnet befinner sig mitt i ett program som ingår i vaccinationsschemat i ursprungslandet men inte schemat i bestämmelselandet. Ett gemensamt EU-kort med en överenskommen uppsättning grundläggande uppgifter för varje vaccination skulle kunna underlätta tolkningen av vaccinationsregistren, underlätta rörligheten för medborgare och sänka hindren för vaccination och samtidigt ge både medborgare och vårdgivare den information de behöver för att kunna garantera att medborgarna immuniseras mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination. I 2009 års kommissionssamråd med berörda parter om vaccination av barn var 87 % av de som svarade positiva till ett gemensamt EU-vaccinationskort.

Rekommendationen förespråkar vidare **skapandet av ett virtuellt datalager för behov och lager av vaccin** som skulle kunna göra det möjligt för medlemsstaterna och kommissionen att identifiera tillgängliga lager av vaccin i händelse av utbrott eller allvarlig brist på vaccin och för ömsesidigt utbyte av överskott. Den innehåller också ett förslag om att identifiera alternativ till ett **fysiskt lager av vacciner** i

händelse av allvarliga sjukdomsutbrott eller global vaccinbrist. Dessutom föreslås en **koalition för vaccination** som sammanför företrädare för anställda inom hälso- och sjukvården och relevanta studentorganisationer som engagerar sig i att öka vaccinationstäckningen i Europa.

Identifiering av alternativ för ett eventuellt **vaccinlager** föreslås på grund av att många av EU:s medlemsstater har brist på rutinvacciner. Varje medlemsstat måste ha beredskapsplaner och därför efterlyses i rekommendationen förbättrade prognosmetoder. För att hjälpa medlemsstaterna att täcka vaccinbrister på kort sikt, exempelvis till följd av sjukdomsutbrott, underskattning av lager eller störningar i tillverkningen eller extraordinära händelser, t.ex. en tillströmning av migranter, skulle samordnat stöd från EU vara till stor nytta. I sin riskbedömningsrapport om vaccinbrist från 2015 konstaterade Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar att bristen på vaccin i EU/EES verkade vara mer betydande än tidigare och att länderna bör planera för lager för rutinprogram för att undvika störningar i immuniseringen i händelse av framtida brist. Medlemsstaterna har redan via EU:s hälsosäkerhetskommitté begärt vacciner från kommissionen för att åtgärda brister. EU:s nuvarande finansieringsinstrument på hälsoområdet möjliggör dock inte upphandling av vacciner. Det är av denna anledning som kommissionen nu planerar att arbeta tillsammans med experter från medlemsstaterna och i dialog med industrin för att kartlägga möjligheter till ett lager på EU-nivå, även med beaktande av Europaparlamentets uppmaning till kommissionen och medlemsstaterna att ta fram lösningar för att öka tillgången på och till vaccin, inbegripet system för lagring av vaccin.

- **Förenlighet med befintliga bestämmelser inom området**

Rådets rekommendation om vaccination är förenlig med och bygger vidare på befintliga strategier på vaccinationsområdet. Rekommendationen syftar till att fastställa politiska riktlinjer för, och bättre samordning av, genomförandet på medlemsstatsnivå av befintliga politiska instrument, inklusive rådets rekommendation om vaccination mot säsongsinfluensa (2009), rådets slutsatser om immunisering av barn (2011) och rådets slutsatser om vaccinering som ett ändamålsenligt verktyg inom folkhälsan (2014).

I rekommendationen beaktas även beslut 1082/2013 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa (2015), rapporten om utfrågningen på hög nivå om genomförandet av rådets rekommendation om vaccination mot säsongsinfluensa (2015), Europeiska revisionsrättens särskilda rapport nr 28/2016: Att hantera allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa i EU (2016), slutrapporten från den workshop på hög nivå "Hitta nya partnerskap för vaccinationsåtgärder på EU-nivå" som generaldirektoratet för hälsa och livsmedelssäkerhet anordnade (maj 2017), avtalet om gemensam upphandling av medicinska motåtgärder och målen för den gemensamma insatsen för vaccination (med början 2018) som medfinansieras av folkhälsoprogrammet.

Rekommendationen är förenlig med EU-åtgärder och politik på området för säkerhet och hälsa på arbetsplatsen samt med principerna i den europeiska pelaren för sociala rättigheter, särskilt princip 10 om hälsa och säkerhet på arbetsplatsen och princip 16 om allmän tillgång till förebyggande vård och medicinsk behandling.

- **Förenlighet med unionens politik inom andra områden**

Rekommendationen kommer att utnyttja synergieffekter med relaterade EU-insatser och policyer, t.ex. säkerhetsagendan, Agenda 2030 för hållbar utveckling, europeiska One Health-handlingsplanen mot antimikrobiell resistens, meddelandet om digital omvandling av vård och omsorg, meddelandet om desinformation, EU:s nuvarande och framtida ramprogram för forskning och innovation och de europeiska struktur- och investeringsfonderna.

2. RÄTTSLIG GRUND, SUBSIDIARITETSPRINCIPEN OCH PROPORTIONALITETSPRINCIPEN

- **Rättslig grund**

Enligt artikel 168.1 i EUF-fördraget ska en hög hälsoskyddsnivå för människor säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder. Unionens insatser, som ska komplettera den nationella politiken, ska inriktas på att förbättra folkhälsan, förebygga ohälsa och sjukdomar hos människor och undanröja faror för den fysiska och mentala hälsan.

Rådet kan enligt artikel 168.6 i EUF-fördraget på förslag av kommissionen anta rekommendationer för de syften som anges i den artikeln för att förbättra folkhälsan, särskilt i fråga om bekämpning av de stora folksjukdomarna samt övervakning av, tidig varning för och bekämpning av allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa. Sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination betraktas som stora folksjukdomar. När unionen vidtar åtgärder på området ska den respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård.

- **Subsidiaritetsprincipen (för icke-exklusiv befogenhet)**

Vaccinationsprogrammen är medlemsstaternas ansvar. Sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination hejdas dock inte av nationella gränser. Brister i immuniseringen i något av EU:s medlemsländer innebär en risk för hälsa och säkerhet för invånarna i hela EU och samtliga medlemsstater står inför de utmaningar på vaccinationsområdet som framställs ovan. På grund av att sjukdomar som kan förebyggas med vaccination är gränsöverskridande har medlemsstaterna begärt ökat stöd på EU-nivå, och betonat behovet av gemensamma åtgärder på EU-nivå och mer samordnade strategier för att begränsa spridningen av sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination över gränserna.

Det finns ett tydligt mervärde i att stärka samarbetet mellan alla relevanta sektorer på EU-nivå, däribland hälsovårdsmyndigheter, vaccinindustrin, forskning och innovation samt aktörer inom hälso- och sjukvården. En rådsrekommendation kräver engagemang, beredskap och stöd av medlemsstaterna. Medlemsstaterna är dessutom i stort sett eniga om fördelarna med vaccination och en rådsrekommendation kommer att göra det möjligt att presentera en gemensam EU-ståndpunkt som återspeglar vetenskapsbaserad riskbedömning och riskhantering, minskar effekterna av tveksamhet till vaccinationer, bygger upp allmänhetens förtroende och samarbete och ökar effektiviteten i EU:s vaccinforskning och -utveckling. Samtidigt respekterar den medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård,

- **Proportionalitetsprincipen**

Proportionalitetsprincipen respekteras till fullo eftersom de rekommendationer som föreslås är begränsade till åtgärder inom respektive tillämpningsområde och mandat för de europeiska institutionerna och medlemsstaterna.

- **Val av instrument**

En rådsrekommendation är det instrument som är lämpligt för initiativet och den ger medlemsstaterna vägledning om hur samarbetet kan förstärkas för att öka vaccinationstäckningen, och som en följd av detta, minska och mildra effekterna av sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination.

Rekommendationen gör det möjligt för EU och medlemsstaterna att arbeta tillsammans för att hantera de olika aspekterna av problemet på lämplig nivå.

Det största mervärdet med en rekommendation är att den kan efterlysa åtgärder och mobilisera politiskt stöd för att stärka politik och åtgärder på vaccinations- och immuniseringsområdet i Europa. Detta samlade tillvägagångssätt kommer att ge tillräcklig politisk synlighet, öka medvetenheten och skapa dynamik. Samordnade insatser krävs från alla medlemsstater och berörda aktörer för att öka vaccinationstäckningen, minska immunitetsluckorna och öka förtroendet för och tilliten till vaccination.

3. **RESULTAT AV EFTERHANDSUTVÄRDERINGAR, SAMRÅD MED BERÖRDA PARTER OCH KONSEKVENSBEDÖMNINGAR**

- **Samråd med berörda parter**

Flera samråd med berörda parter har genomförts för att sprida information om detta initiativ under 2017 och i början av 2018. Detta omfattade ett öppet offentligt samråd och riktade möten med företrädare för medlemsstaterna via folkhälsoplattformen.

Ett offentligt samråd ägde rum mellan den 21 december 2017 och den 15 mars 2018, under vilket 8 984 svar inkom¹.

Ett samråd med berörda parter ägde rum i januari och februari 2018, med 33 svar på ett frågeformulär och sex riktade möten med hälso- och sjukvårdspersonal, internationella organisationer, icke-statliga organisationer som arbetar med folkhälsa, det vetenskapliga samfundet och vaccinindustrin.

Det fanns ett klart behov av mer öppenhet och lättillgänglig information om vaccination i allmänhet och i synnerhet om säkerheten och eventuella bieffekter hos olika vacciner. Den centrala roll som hälso- och sjukvårdspersonal har för att förklara vaccination för sina patienter framhölls samtidigt som behovet av att lägga större vikt vid vaccination i medicinska läroplaner och fortbildning nämndes. Det fanns också en bred enighet om att vaccination bör erbjudas i olika sammanhang och att det finns ett behov av att förenkla processen.

De samråd som genomförts har visat att medlemsstaternas intresse är stort för fler åtgärder på EU-nivå på detta område, och samtidigt har de visat på omfattningen av de farhågor som uttrycks av dem som vägrar eller är ovilliga att acceptera

¹

https://ec.europa.eu/info/consultations/open-public-consultation-strengthened-cooperation-against-vaccine-preventable-diseases_en, Arbetsdokument från kommissionens avdelningar, Sammanfattande rapport – Följedokument till rådets rekommendation om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination.

vaccination och dem som motsätter sig obligatorisk vaccination i vissa samhällsgrupper.

- **Insamling och användning av sakkunnigutlåtanden**

Rekommendationen bygger på en grundlig vetenskaplig grund och expertis, en översyn av etablerad vetenskaplig konsensus, en analys av aktuella vaccinationstrender som grundar sig på jämförbara data och på resultaten av ett offentligt samråd och ett samråd med berörda parter.

Samarbetet med internationella expertgrupper, såsom Världshälsoorganisationen och dess strategiska rådgivande expertgrupp för immunisering (SAGE) och Europeiska tekniska rådgivande gruppen med immuniseringsexperter (ETAGE) och processerna för Globala hälsoskyddsinitiativet och hälsosäkerhetsagendan har bidragit till EU:s expertis.

- **Konsekvensbedömning**

Det krävs ingen konsekvensbedömning för detta initiativ eftersom det inte kommer att införas nya rättsliga krav utöver dem som redan fastställs eller planeras genom relevanta befintliga politiska instrument.

- **Lagstiftningens ändamålsenlighet och förenkling**

De viktigaste förväntade effekterna av denna rekommendation är bättre samordning inom och mellan medlemsstaterna och förenklade övervaknings- och rapporteringskriterier för vaccination och sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination.

- **Grundläggande rättigheter**

Initiativet stärker de europeiska medborgarnas rätt till förebyggande vård och medicinsk behandling av god kvalitet, i enlighet med vad som fastställs i den europeiska pelaren för sociala rättigheter.

4. **BUDGETKONSEKVENSER**

Rekommendationen påverkar inte EU-budgeten direkt. Allt arbete i samband med rekommendationer riktade till kommissionen kommer att genomföras inom ramen för befintliga resurser.

5. **ÖVRIGA INSLAG**

- **Genomförandeplaner samt åtgärder för övervakning, utvärdering och rapportering**

Kommissionen kommer att övervaka genomförandet i medlemsstaterna och se över rekommendationen i samråd med medlemsstaterna och efter samråd med de berörda parterna, tillräckligt långt efter det att initiativet har genomförts fullständigt för att effekterna ska kunna utvärderas. Ändamålsenligheten med rekommendationen skulle kunna mätas på grundval av befintliga och nya uppgifter och på information som samlats in genom medlemsstaternas rapportering.

Samtidigt är ett av de nuvarande hindren för en jämförande utvärdering av EU-skyddet mot dessa sjukdomar avsaknaden av standardiserade kriterier för spårning. Mer standardiserade kriterier behövs för att uppmuntra medlemsstaterna att samla in

och offentliggöra tillförlitliga – och jämförbara – statistiska uppgifter om vaccination.

- **Ingående redogörelse för de specifika bestämmelserna i förslaget**

Punkterna 1–9 i rekommendationen ska tas upp till övervägande i medlemsstaterna och syftar till att skynda på utvecklingen och genomförandet av nationella handlingsplaner för vaccin för att uppfylla målen i Världshälsoorganisationens (WHO) europeiska handlingsplan för vaccin. Det läggs även särskild vikt på vaccinationen mot mässling med tanke på det aktuella utbrottet i Europa. I förslaget erkänns behovet av att förenkla och bredda möjligheterna för vaccination och för uppsökande verksamhet riktad mot de mest utsatta grupperna för att täppa till immunitetsluckor. I förslaget uppmanas utbildningsmyndigheterna att öka utbildningen om vaccinationer i medicinska läroplaner och i den medicinska fortbildningen för alla anställda inom hälso- och sjukvården. Vidare framhålls behovet av ökade kommunikationsaktiviteter och aktiviteter för att upplysa om fördelarna med vaccination. Utnyttja synergieffekterna med e-hälsa och digital teknik för att upprätta elektroniska vaccinationsregister för alla medborgare är också en viktig aspekt av förslaget som kommer att ingå i informationsutbytet mellan tillhandahållare av hälso- och sjukvård över gränserna i samband med arbetet i nätverket för e-hälsa.

Punkterna 10–16 avser åtgärder som kommissionen har för avsikt att genomföra i nära samarbete med medlemsstaterna och som bland annat syftar till att upprätta ett europeiskt system för informationsutbyte om vaccination som kan samla relaterad information och expertis om vaccination tillsammans med de nationella folkhälsomyndigheterna. Detta system kan sammanföra olika berörda parter för att **utarbete riktlinjer för ett basvaccinationsschema för EU**, dela gemensamma metoder för övervakning av täckning och lansera en webbportal med transparenta uppgifter om vacciners fördelar och risker, inbegripet spårning av myter och felaktig information om vacciner. I förslagets lyfts även behovet av att förstärka effektiviteten i det befintliga direktivet² om hälsa och säkerhet på arbetsplatsen som garanterar att anställda inom hälso- och sjukvården har vaccinerats mot särskilda sjukdomar fram.

För att hantera brist på vaccin och ökning av tillgången föreslås slutligen **skapande av ett virtuellt europeiskt datalager för behov och lager av vaccin och en mekanism för ömsesidigt utbyte av vacciner mellan medlemsstaterna, identifiering av alternativ för ett fysiskt vaccinlager i händelse av utbrott** eller global brist på vacciner och planer på samarbete med industrin och andra berörda parter för att öka EU:s kapacitet för tillverkning av vacciner.

I punkterna 17–25 välkomnas kommissionens avsikt att genomföra en rad aktiviteter inklusive att lägga fram alternativ för **ett gemensamt EU-vaccinationskort** med standardiserad information om utförda vaccinationer, uppmanas kommissionen att lägga fram en rapport om förtroendet för vacciner i EU utöver åtgärder för att bättre förstå hindren och öka tillgången till vaccination för missgynnade och socialt utestängda grupper, att sammankalla en **koalition för vaccination** för att samla europeiska sammanslutningar av anställda inom hälso- och sjukvården och relevanta studentorganisationer för att främja vaccination samt att i vaccinationsfrågor stärka

²

Europaparlamentets och rådets direktiv 2000/54/EG av den 18 september 2000 om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering för biologiska agens i arbetet, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000L0054&from=EN>

samarbete och partnerskap med internationella partner är andra viktiga element i detta förslag.

Förslag till

RÅDETS REKOMMENDATION

om stärkt samarbete mot sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination

EUROPEISKA UNIONENS RÅD HAR ANTAGIT DENNA REKOMMENDATION
med beaktande av fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, särskilt artikel 168.6,
med beaktande av Europeiska kommissionens förslag, och
av följande skäl:

- (1) Enligt artikel 168.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) ska en hög hälsoskyddsnivå för människor säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder. Unionens insatser, som ska komplettera den nationella politiken, ska inriktas på att förbättra folkhälsan, förebygga ohälsa och sjukdomar hos människor och undanröja faror för den fysiska och mentala hälsan.
- (2) Rådet kan enligt artikel 168.6 i EUF-fördraget på förslag av kommissionen anta rekommendationer för de syften som anges i den artikeln för att förbättra folkhälsan, särskilt i fråga om bekämpning av de stora folksjukdomarna samt övervakning av, tidig varning för och bekämpning av allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa. Sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination betraktas som stora folksjukdomar.
- (3) Vaccination är en av de mest verkningsfulla och kostnadseffektiva folkhälsoåtgärderna som utvecklats under 1900-talet och fortsätter att vara vårt främsta verktyg när det gäller att förebygga smittsamma sjukdomar.
- (4) Vaccinationsprogrammen är visserligen medlemsstaternas ansvar men eftersom sjukdomar som kan förebyggas med vaccination och de gemensamma utmaningar som de nationella immuniseringsprogrammen står inför är gränsöverskridande skulle man kunna dra nytta av mer samordnade EU-åtgärder och strategier för att förebygga eller begränsa spridningen av epidemier och sjukdomar med en gränsöverskridande dimension.
- (5) Den snabba spridningen av desinformation genom sociala medier och högljudda antivaccinationsaktivister har underblåst missuppfattningar som leder till att allmänhetens fokus flyttas bort från de individuella och kollektiva fördelarna med vaccination och de risker som är förknippade med smittsamma sjukdomar, mot ökad misstro och rädsla för oönskade biverkningar. Det krävs åtgärder för att stärka dialogen med medborgarna och förstå deras verkliga farhågor eller tvivel ifråga om vaccination och för att på lämpligt sätt bemöta dessa enligt medborgarnas behov.

- (6) Den otillräckliga vaccinationstäckningen bland anställda inom hälso- och sjukvården³ och frågan om lämplig utbildning om vaccination för dessa måste åtgärdas för att man ska kunna trygga skyddet av dem och deras patienter i linje med nationella rekommendationer.
- (7) Skillnaderna i medlemsstaternas vaccinationsscheman i fråga om rekommendationer, vilken typ av vaccin som används, antalet administrerade doser och tidpunkten⁴ ökar risken för att människor, särskilt barn, missar vaccinationer vid flytt från en medlemsstat till en annan.
- (8) Behovet av att föra immuniseringstjänsterna närmare medborgarna kräver särskilda ansträngningar för att nå ut till de mest utsatta i samhället, särskilt genom lokalt förankrade tjänsteleverantörer som t.ex. apoteken och skolhälsovården. EU:s strukturfonder, särskilt Europeiska socialfonden och Europeiska regionala utvecklingsfonden, erbjuder stora möjligheter för medlemsstaterna att erbjuda anställda inom hälso- och sjukvården utökad utbildning om vaccinationer och bygga ut hälso- och sjukvårdsinfrastrukturkapaciteten på området.
- (9) Demografiska förändringar, rörlighet, klimatförändringar och avtagande immunitet bidrar till epidemiologiska förändringar i sjukdomsbördan från sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination, vilket i sin tur kräver vaccinationsprogram som ger livslång tillgång till vaccination även efter barnaåren. Detta syftar till att säkerställa ett adekvat livslångt skydd och bidrar till en hälsosam livsstil och hälsosamt åldrande samt till hälso- och sjukvårdssystemens hållbarhet.
- (10) Vaccinbrist har direkta konsekvenser för om vaccination kan ske och för om nationella vaccinationsprogram kan genomföras⁵; medlemsstaterna står inför olika störningar i vaccinförsörjningen⁶; produktionskapaciteten i EU fortsätter att vara begränsad⁷ och det finns fortfarande svårigheter med att dela med sig av vacciner över gränserna, medan bristen på samordnad prognosplanering bidrar till osäkerhet vad gäller efterfrågan. I denna situation fortsätter Europeiska unionen och dess medborgare att vara sårbara i händelse av utbrott av smittsamma sjukdomar.
- (11) För att snabbt bygga ut forskningen och utvecklingen av nya vacciner och förbättra eller anpassa de existerande vaccinerna krävs det innovativa partnerskap och plattformar, expertis på hög nivå och starkare kopplingar mellan olika discipliner och sektorer samt investeringar i social- och beteendevetenskaplig forskning, för att bättre förstå de kontextspecifika bestämningsfaktorer som ligger till grund för vaccinskeptiska attityder.
- (12) I rådets slutsatser om vaccinering som ett ändamålsenligt verktyg inom folkhälsan⁸ visar man på några av dessa viktiga utmaningar och lösningar och medlemsstaterna

³ Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar, *Seasonal influenza vaccination in Europe. Vaccination recommendations and coverage rates in the EU Member States for eight influenza seasons: 2007–2008 to 2014–2015*. Stockholm: ECDC, 2017, <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/influenza-vaccination-2007%E2%80%932008-to-2014%E2%80%932015.pdf>

⁴ Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar, *Vaccine Schedules in All Countries of the European Union Online Platform*, <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>

⁵ Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar, *Shortage of acellular pertussis-containing vaccines and impact on immunisation programmes in the EU EEA – 2 februari 2016*. Stockholm: ECDC, 2016. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/RRR-shortage-of-aP-containing-vaccines.pdf>

⁶ WHO Regional Office for Europe, *Dealing with vaccine shortages: current situation and ongoing activities. Impact of shortages and solutions set up by countries*, SAGE-möte i april 2016, http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/april/2_Benes_shortages_SAGE_Apr2016.pdf

⁷ Vaccines Europe, *The EU Vaccine Industry in Figures 2014*, <https://www.vaccineseurope.eu/about-vaccines/vaccines-europe-in-figures/>

⁸ Rådets slutsatser om vaccinering som ett ändamålsenligt verktyg inom folkhälsan (2014/C 438/04), [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/sv/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014XG1206\(01\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/sv/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014XG1206(01)&from=EN)

och kommissionen uppmanas att utveckla gemensamma insatser för att utbyta bästa praxis i fråga om vaccinationsstrategier.

- (13) I rådets slutsatser om immunisering av barn⁹ krävs uttryckligen en förbättring av immuniseringsregistren och informationssystemen för att förbättra övervakningen av vaccinationsprogram och underlätta informationsutbytet mellan tillhandahållare av vaccinationstjänster.
- (14) I kommissionens meddelande om genomförandet av strategin för den digitala inre marknaden¹⁰ och meddelandet om handlingsplanen för e-hälsa 2012–2020¹¹ framhålls vikten av den digitala hälsoagendan och behovet av att prioritera utvecklingen av e-hälsa och stordatabaserade lösningar. Dessa initiativ stöds av kommissionens meddelande om den digitala omvandlingen av vård och omsorg på den digitala inre marknaden¹², om medborgarinflytande och ett hälsosammare samhälle, för att säkerställa moderna och hållbara hälso- och sjukvårdsmodeller samt medvetna medborgare och anställda inom hälso- och sjukvården.
- (15) I direktiv 2000/54/EG¹³ om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering för biologiska agens i arbetet fastställs minimikrav för att säkerställa arbetstagarnas skydd, inbegripet behovet av att erbjuda vaccin till dem som inte immuniserats tidigare, och i direktiv 2010/32/EU¹⁴ om genomförande av det ramavtal om förebyggande av stick- och skärskador inom hälso- och sjukvården som ingåtts av Hospeem och Epsu föreskrivs att arbetstagarna ska erbjudas vaccination om riskbedömningen visar att det finns en risk för arbetstagarnas säkerhet och hälsa på grund av att de exponeras för biologiska agens som det finns effektiva vacciner mot.
- (16) I beslut 1082/2013/EU¹⁵ om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa fastställs grunden för att inrätta en frivillig mekanism för att på förhand köpa in medicinska motåtgärder mot allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa.
- (17) I rådets slutsatser om gemensamma värderingar och principer i Europeiska unionens hälso- och sjukvårdssystem¹⁶ hänvisas till principerna och de övergripande värderingarna om allmängiltighet, tillgång till vård av god kvalitet, rättvisa och solidaritet, vilka är av yttersta vikt för att säkerställa lika tillgång till vaccinationstjänster oberoende av ålder, social status och bostadsort i enlighet med nationella och regionala immuniseringsprogram.

⁹ Rådets slutsatser om immunisering av barn: framgångar och utmaningar när det gäller immunisering av barn i Europa samt hur man ska gå vidare (2011/C 202/02), [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/sv/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011XG0708\(02\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/sv/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011XG0708(02)&from=EN)

¹⁰ Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén om halvtidsöversynen av genomförandet av strategin för den digitala inre marknaden – En ansluten digital inre marknad för alla, COM(2017) 228, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/sv/TXT/HTML/?uri=CELEX:52017DC0228&from=EN>

¹¹ Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén: Handlingsplanen för e-hälsa 2012–2020, COM(2012) 736, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/com_2012_736_sv.pdf

¹² Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén om en digital omvandling av vård och omsorg på den digitala inre marknaden, om medborgarinflytande och ett hälsosammare samhälle, COM(2018) 233.

¹³ Europaparlamentets och rådets direktiv 2000/54/EG av den 18 september 2000 om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering för biologiska agens i arbetet, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000L0054&from=EN>

¹⁴ Rådets direktiv 2010/32/EU av den 10 maj 2010 om genomförande av det ramavtal om förebyggande av stick- och skärskador inom hälso- och sjukvården som ingåtts av Hospeem och Epsu, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32010L0032&rid=1>

¹⁵ Europaparlamentets och rådets beslut nr 1082/2013/EU av den 22 oktober 2013 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävande av beslut nr 2119/98/EG, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/decision_serious_crossborder_threats_22102013_sv.pdf

¹⁶ Rådets slutsatser om gemensamma värderingar och principer i Europeiska unionens hälso- och sjukvårdssystem (2006/C 146/01), <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ.C.2006.146.0001.0003.SV.PDF>

- (18) Förordning (EG) nr 851/2004¹⁷ ger Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar i uppdrag att stödja förebyggande och kontroll av smittsamma sjukdomar samt främja utbyte av bästa metoder och erfarenheter i förbindelse med vaccinationsprogram. Centrumet ska därutöver samordna insamlingen, valideringen, analysen och spridningen av information, inbegripet vaccinationsstrategier, på EU-nivå.
- (19) I direktiv 2001/83/EG¹⁸ och förordning (EU) nr 726/2004¹⁹ om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel och om inrättande av en europeisk läkemedelsmyndighet fastställs tillsynsmyndigheter med uppgift att främja och skydda folkhälsan genom att godkänna användningen av säkra och effektiva vacciner och genom att kontinuerligt bedöma deras nytta/riskprofil efter att godkännandet för försäljning beviljats.
- (20) Kommissionens One Health-handlingsplan²⁰ stödjer EU:s medlemsstater i kampen mot antimikrobiell resistens och uppmanar till effektivare förfaranden för godkännande av nya antibakteriella medel, och till främjande av forskning och utveckling av nya vacciner mot patogener som förknippas med antimikrobiell resistens.
- (21) I Europaparlamentets förslag till resolution av den 19 april 2018 om vaccineringsmotstånd och minskad vaccineringsgrad i Europa²¹ uppmanas medlemsstaterna att se till att alla vårdanställda är tillräckligt vaccinerade, att vidta effektiva åtgärder mot felaktig information och att genomföra åtgärder för att förbättra tillgången till läkemedel. Parlamentet uppmanar också kommissionen att bana väg för en mer harmoniserad tidsplan för vaccination i hela EU.
- (22) Kommissionens handlingsplan mot falska nyheter och desinformation²² syftar till att bidra till utvecklingen av en EU-omfattande strategi mot spridningen av desinformation, och kommissionens meddelande om bekämpande av desinformation²³ befattar sig med de utmaningar som föranleds av spridning av desinformation via onlineplattformar.
- (23) Kommissionen har stött förbättrad tillgång till moderna och nödvändiga vacciner i de 77 fattigaste länderna via vaccinalliansen GAVI sedan starten 2000. Fram till 2015 hade man bidragit med 83 miljoner euro och ytterligare 200 miljoner euro har utlovats för perioden 2016–2020, vilket bidrog till fullständig immunisering av 277 miljoner barn under perioden 2011–2015, med planer på att immunisera ytterligare 300 miljoner barn under perioden 2016–2020.

¹⁷ Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 851/2004 av den 21 april 2004 om inrättande av ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/sv/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004R0851&from=EN>

¹⁸ Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ.L:2001:311:0067:0128:sv:PDF>

¹⁹ Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 726/2004 av den 31 mars 2004 om inrättande av gemenskapsförfaranden för godkännande av och tillsyn över humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel samt om inrättande av en europeisk läkemedelsmyndighet, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/eudralex/vol-1/reg_2004_726/reg_2004_726_sv.pdf

²⁰ Meddelande från kommissionen till rådet och Europaparlamentet – En europeisk One Health-handlingsplan mot antimikrobiell resistens (2017), <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017DC0339&rid=1>

²¹ Europaparlamentet, Utskottet för miljö, folkhälsa och livsmedelssäkerhet, Förslag till resolution om vaccineringsmotstånd och minskad vaccineringsgrad i Europa (2017/2951(RSP)), 19.4.2018.

²² Kommissionens högnivågrupp med experter på falska nyheter och desinformation, <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/high-level-group-fake-news-and-online-disinformation>

²³ Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén – Bekämpande av desinformation online: en EU-strategi, COM(2018) 236.

- (24) Hälso- och sjukvårdsministrarna godkände vid Världshälsoförsamlingen 2012 den globala handlingsplanen för vaccin som ska säkerställa att ingen från och med år 2020 går miste om livsviktig immunisering. År 2014 antog WHO:s europeiska regionalkontor den europeiska handlingsplanen för vaccin 2015–2020.
- (25) I mål 3 i Agenda 2030 för hållbar utveckling²⁴ – att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar – betonas vikten av vacciner för att skydda människor mot sjukdomar. Genom det europeiska samförståndet om utveckling ”vår värld, vår värdighet, vår framtid”²⁵ bekräftar EU och dess medlemsstater sitt åtagande att skydda alla människors rätt till bästa uppnåeliga fysiska och psykiska hälsa, bl.a. genom att säkra tillgången till grundläggande mediciner och vacciner för alla till överkomliga priser.
- (26) En gemensam insats för vaccination som medfinansieras av tredje programmet för unionens åtgärder på hälsoområdet²⁶ som inleds 2018 är inriktad på utbyte av bästa praxis i fråga om nationella vaccinationsstrategier och kartläggning av tekniska krav för elektroniska informationssystem om immunisering, vaccinprognoser, prioritering av forskning om och utveckling av vaccin samt forskning om att bemöta tveksamhet till vaccinationer.
- (27) De åtgärder som föreslås i denna rekommendation syftar till att öka folkhälsoskyddet, minska ojämlikheterna mellan medlemsstaterna och trygga vaccinförsörjningen på den inre marknaden. Åtgärderna kompletterar och förstärker nationella strategier och åtgärder i samtliga medlemsstater, samtidigt som hänsyn tas till deras olika utgångspunkter i fråga om immunisering, institutionell struktur, regionala skillnader och hälso- och sjukvårdens kapacitet.
- (28) Denna rekommendation är förenlig med subsidiaritets- och proportionalitetsprincipen.

HÄRIGENOM REKOMMENDERAS MEDLEMSSTATERNA FÖLJANDE:

1. Att utveckla och genomföra nationella och/eller regionala vaccinationsplaner som syftar till att öka vaccinationstäckningen för att senast 2020 uppnå målen i Världshälsoorganisationens (WHO) europeiska handlingsplan för vaccin. Dessa planer bör innehålla bestämmelser om hållbar finansiering och vaccinförsörjning, livslång tillgång till vaccination, kapacitet att reagera på nödsituationer samt kommunikations- och opinionsarbete.
2. Att särskilt för mässling senast 2020 sörja för en vaccinationstäckning på 95 %, med två doser av vaccinet för målpopulationen barn och täppa till immunitetsluckorna för samtliga andra åldersgrupper i syfte att eliminera mässling i EU.
3. Att införa rutinkontroller av vaccinationsstatus och regelbundet återkommande möjligheter att bli vaccinerad i olika skeden i livet, vid rutinbesök i primärvården och genom kompletterande åtgärder t.ex. när barnen börjar (för)skolan, på arbetsplatsen eller på vårdinrättningar.
4. Att underlätta tillgången till nationella och/eller regionala vaccinationstjänster genom

²⁴ Resolution 70/1 som antogs av FN:s generalförsamling den 25 september 2015: Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling.

²⁵ Gemensam förklaring från rådet och företrädarna för medlemsstaternas regeringar, församlade i rådet, Europaparlamentet och kommissionen (2017/C 210/01) Nytt europeiskt samförstånd om utveckling ”vår värld, vår värdighet, vår framtid”.

²⁶ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 282/2014 av den 11 mars 2014 om inrättande av ett tredje program för unionens åtgärder på hälsoområdet (2014–2020) och om upphävande av beslut nr 1350/2007/EG.

- a) att förenkla och bredda möjligheterna att erbjuda vaccination, utnyttja lokala tjänsteleverantörer såsom apotek, sjuksköterskor och skol- och företagshälsovården,
 - b) uppsökande verksamhet riktad mot de mest utsatta grupperna, t.ex. socialt utestängda personer och minoriteter, i syfte att minska ojämlikheter och luckor i vaccinationstäckningen.
5. Att i samarbete med högskolor och berörda parter säkerställa att de nationella läroplanerna på de medicinska fakulteterna och alla medicinska utbildningsprogram omfattar eller fördjupar utbildning om sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination, vaccinologi och immunisering för anställda inom hälso- och sjukvården inom alla sektorer.
 6. Att förstärka kommunikationsaktiviteterna och aktiviteterna för att upplysa om fördelarna med vaccination genom att
 - a) lägga fram vetenskapliga belägg för att motverka spridning av desinformation, bl.a. genom digitala verktyg och partnerskap med det civila samhället och andra relevanta berörda aktörer,
 - b) engagera anställda inom hälso- och sjukvården, utbildningsaktörer, arbetsmarknadens parter och media som förmedlare för att motverka likgiltighet och öka förtroendet för immunisering.
 7. Att sörja för att vårdinrättningarna har kapacitet till att ha uppdaterad elektronisk information om medborgarnas vaccinationsstatus, genom informationssystem som har påminnelsefunktioner, samlar in vaccinationstäckningsdata i realtid i alla åldersgrupper och som möjliggör samkörning och utbyte av data mellan hälso- och sjukvårdssystemen.
 8. Att utnyttja de möjligheter som erbjuds genom Europeiska socialfonden (ESF) och Europeiska regionala utvecklingsfonden (Eruf) att stödja vårdpersonalens utbildning och kompetensutveckling avseende vaccinologi, immunisering och sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination, och att stärka den nationella och regionala hälso- och sjukvårdsinfrastrukturkapaciteten på vaccinationsområdet.
 9. Att öka stödet till forskning och innovation på vaccinområdet så att det finns tillräckliga resurser för en snabb utveckling av nya eller förbättrade vacciner, och underlätta snabb spridning av resultaten från vaccinforskningen för bättre underbyggda nationella eller regionala vaccinationsprogram och -strategier.

HÄRIGENOM VÄLKOMNAS KOMMISSIONENS AVSIKT ATT I NÄRA SAMARBETE MED MEDLEMSSTATERNA VIDTA FÖLJANDE ÅTGÄRDER:

10. Sträva efter att inrätta ett *uropeiskt system för utbyte av vaccinationsinformation* (*European Vaccination Information Sharing*, EVIS), som samordnas av Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), i syfte att
 - a) tillsammans med de nationella folkhälsomyndigheterna
 - i) undersöka möjligheterna till att senast 2020 upprätta riktlinjer för ett basvaccinationsschema för EU, som syftar till underlätta de nationella schemans förenlighet och främja lika möjligheter i EU-medborgarnas hälsoskydd, och därefter att säkerställa bred användning av både basschemat och det gemensamma vaccinationskortet,

- ii) stärka samstämmighet, öppenhet och metoder för bedömning av nationella och regionala vaccinationsplaner genom att utbyta vetenskapliga belägg och verktyg med stöd av nationella tekniska rådgivande grupper för immunisering (*National Immunization Technical Advisory Groups*, NITAG),
 - iii) utforma EU-metoder och vägledning om datakrav för att förbättra övervakningen av vaccinationstäckningen för alla åldersgrupper, inklusive anställda inom hälso- och sjukvården, i samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO); samla in sådana uppgifter och dela dessa på EU-nivå,
 - b) senast 2019 med stöd av Europeiska läkemedelsmyndigheten inrätta en *européisk portal för vaccinationsinformation* för att på internet tillhandahålla objektiva, transparenta och uppdaterade uppgifter om vacciner, deras fördelar och säkerhet och om säkerhetsövervakningen,
 - c) övervaka felaktig information om vacciner på internet och utveckla evidensbaserade informationsverktyg och vägledning för att hjälpa medlemsstaterna att bemöta tveksamhet till vaccinationer i överensstämmelse med kommissionens meddelande om bekämpande av desinformation online.
11. Med stöd av Europeiska läkemedelsmyndigheten kontinuerligt övervaka fördelarna och riskerna med vacciner på EU-nivå.
 12. Arbeta för att utveckla gemensamma metoder och förstärka kapaciteten att bedöma vacciners och vaccinationsprogramms relativa effektivitet, även som en del av EU-samarbetet om utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården.
 13. Stärka den effektiva tillämpningen av unionsbestämmelserna om skydd för arbetstagare mot risker vid exponering för biologiska agens i arbetet enligt direktiv 2000/54/EG och direktiv 2010/32/EU, särskilt genom att säkerställa adekvat fortbildning för anställda inom hälso- och sjukvården, övervaka deras immuniseringsstatus och aktivt erbjuda vaccination vid behov, för att säkerställa tillräckliga nivåer av säkerhet för patienter och anställda inom hälso- och sjukvården.
 14. Tillhandahålla belägg och data, bland annat genom *Europeiska skoldatanätet*, för att stödja medlemsstaterna i deras ansträngningar för att stärka de aspekter som rör vaccinologi och immunisering i deras nationella läroplaner och forskarutbildning.
 15. Stärka vaccinförsörjningen och minska riskerna för vaccinbrist genom strävan efter att
 - a) utveckla ett virtuellt europeiskt datalager för behov och lager av vaccin för att möjliggöra frivilligt utbyte av information om tillgång på, eventuella överskott av och global brist på nödvändiga vacciner,
 - b) utveckla ett koncept för en mekanism för utbyte av vaccintillgångar från en medlemsstat till en annan i händelse av utbrott, som möjliggör en bättre anpassning av utbud och efterfrågan av vacciner,
 - c) fastställa alternativ till fysisk lagring och inleda en dialog med företag som producerar vaccin om en mekanism för att underlätta lagring av och tillgänglighet till vaccin i händelse av utbrott med hänsyn till global brist på nödvändiga vacciner,

- d) tillsammans med berörda parter och industrin förbättra EU:s tillverkningskapacitet och säkerställa kontinuitet i försörjningen,
 - e) utnyttja möjligheterna till gemensam upphandling av vacciner eller antitoxiner för användning i händelse av pandemier, oväntade utbrott och vid liten efterfrågan på vaccin (litet antal fall eller mycket specifika befolkningsgrupper som ska täckas),
 - f) stödja EU:s nätverk av officiella kontrolllaboratorier för läkemedel och dess arbete för att säkerställa hög kvalitet på de vacciner som släpps ut på EU-marknaden,
 - g) övervaka den skyldighet till fortlöpande leveranser av läkemedel som ålagts innehavare av godkännanden för försäljning (artikel 81 i direktiv 2001/83/EG).
16. Öka effektiviteten och ändamålsenligheten hos EU:s finansiering och den nationella finansieringen av vaccinforskning och -utveckling genom insatser för att
- a) stärka och upprätta nya partnerskap och ny forskningsinfrastruktur, inbegripet för kliniska prövningar, och tillsammans med Europeiska läkemedelsmyndigheten underlätta tidig dialog med utvecklare, nationella beslutsfattare och tillsynsmyndigheter för att på så sätt stödja godkännande av innovativa vacciner, bl.a. för nya hälsorisker,
 - b) ta fram en färdplan med befolkningens otillfredsställda behov och överenskomna prioriteringar för vacciner som kan ligga till grund för framtida program för finansiering av vaccinforskning på nationell nivå och på EU-nivå, bland annat genom mobilisering av *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI) och *Global Research Collaboration for Infectious diseases Preparedness* (GloPID-R),
 - c) investera i beteende- och socialvetenskaplig forskning om bestämningsfaktorer för tveksamhet till vaccinationer hos olika befolkningsundergrupper och anställda inom hälso- och sjukvården.

HÄRIGENOM VÄLKOMNAS KOMMISSIONENS AVSIKT ATT

- 17. undersöka frågor som rör otillräcklig vaccinationstäckning som orsakas av att människor rör sig över gränserna inom EU och undersöka alternativ för att hantera dessa frågor, vilket bland annat innebär att utveckla ett gemensamt vaccinationskort/vaccinationspass för samtliga EU-medborgare som är kompatibelt med elektroniska informationssystem om immunisering och erkänns för användning över gränserna,
- 18. inom ramen för hälsotillståndet i EU-processen sträva efter att regelbundet utarbeta en *rapport om förtroendet för vacciner i EU*, för att övervaka attityderna till vaccination; på grundval av denna rapport ta fram vägledning som kan stödja medlemsstaterna i arbetet med att bemöta tveksamhet till vaccinationer,
- 19. sammankalla en koalition för vaccination för att samla europeiska sammanslutningar av anställda inom hälso- och sjukvården och relevanta studentorganisationer på området, för att få dem att engagera sig i att ge allmänheten korrekt information, bekämpa mytbildning och utbyta bästa praxis,
- 20. stärka effekterna av den årliga Europeiska vaccinationsveckan genom att stå värd för ett EU-upplysningsinitiativ och stödja medlemsstaternas egna aktiviteter,

21. identifiera hindren mot och stödja åtgärder för att öka tillgången till vaccination för utsatta och socialt utestängda grupper, bland annat genom att främja hälsoförmedlare och lokala nätverk på gräsrotsnivå,
22. utarbeta vägledning för att komma tillrätta med rättsliga och tekniska hinder för interoperabilitet mellan nationella informationssystem om immunisering, med vederbörlig hänsyn till reglerna för skydd av personuppgifter, i enlighet med vad som anges i kommissionens meddelande om en digital omvandling av vård och omsorg på den digitala inre marknaden, om medborgarinflytande och ett hälsosammare samhälle,
23. genom EU:s ramprogram för forskning och innovation fortsätta att stödja forskning och innovation för utveckling av säkra och effektiva nya vacciner och optimering av befintliga vacciner,
24. stärka partnerskap och samarbete med internationella aktörer och initiativ, såsom Världshälsoorganisationen och dess strategiska rådgivande expertgrupp för immunisering (SAGE), Europeiska tekniska rådgivande gruppen med immuniseringsexperter (ETAGE), processerna för Globala hälsoskyddsinitiativet och hälsosäkerhetsagendan (Globala hälsoskyddsinitiativet, Globala hälsosäkerhetsagendan), Unicef och finansierings- och forskningsinitiativ som vaccinalliansen Gavi och *Coalition for epidemic preparedness innovations (CEPI)* samt *Global Research Collaboration for Infectious Diseases Preparedness (GloPID-R)*,
25. på underlag av de uppgifter som medlemsstaterna och andra relevanta källor tillhandahåller regelbundet rapportera om framstegen i genomförandet av denna rekommendation.

Utfärdad i Bryssel den

*På rådets vägnar
Ordförande*



27

Uppdrag till regiondirektören om svar på
remiss avseende förslag till
Socialstyrelsens föreskrifter om nationell
högspecialiserad vård

RS/1296/2018



2018-08-27

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

RS/1296/2018

Uppdrag till regiondirektören om svar på remiss avseende förslag till Socialstyrelsens föreskrifter om nationell högspecialiserad vård

Ärendebeskrivning

Den 1 juli 2018 genomförs ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som innebär att en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården kommer till. Den nya processen ersätter systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Syftet är att skapa förutsättningar för en ökad koncentration av den högspecialiserade vården och därigenom även för en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård.

För att få bedriva nationell högspecialiserad vård kommer det att krävas tillstånd. Beslut om sådana tillstånd ska fattas av en ny nämnd, Nämnden för nationell högspecialiserad vård, som inrättas som ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen. Nämndens uppgift är att efter ansökningar från landstingen, besluta om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Besluten ska baseras på en bedömning av i vilken mån ett landsting uppfyller de uppdrags- och kravbeskrivningar som Socialstyrelsen tillsammans med sakkunniggrupperna har tagit fram. Tillstånden ska gälla tillsvidare, vara förenade med villkor och kunna återkallas under vissa förutsättningar.

Ett syfte med den föreslagna författningen är att säkerställa att de landsting som bedriver högspecialiserad vård uppfyller de olika kvalitetskrav som är förenade med att bedriva sådan vård. Regler behövs t.ex. om landstingens ansvar, när verksamheten ska påbörjas samt skyldigheten att anmäla förändringar av verksamheten. När det gäller den möjlighet som Socialstyrelsen har att återkalla tillstånd finns det behov av att meddela föreskrifter om t.ex. uppsägningstid.

En alternativ lösning till den nu föreslagna regleringen är att vara mer detaljerad och specifik i föreskrifterna. Socialstyrelsen bedömer att det inte är lämpligt i nuläget. Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen kommer att träda i kraft den 1 juli 2018 och Socialstyrelsens författning föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

Författningen vänder sig till landsting som har för avsikt att ansöka om tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård eller på något annat sätt är berörda av den nya beslutsprocessen. Förutom landstingen är Socialstyrelsen berörd. Andra grupper och aktörer som berörs är exempelvis patienterna, de privata vårdgivare som eventuellt har avtal med ansvarigt landsting att kunna bedriva högspecialiserad vård samt företrädare för forskningen. Även de landsting som inte bedriver högspecialiserad vård kan genom författningen få en uppfattning om de krav som ställs på verksamheten.

Eftersom detta främst är föreskrifter som inte direkt berör Region Jämtland Härjedalen räcker det med ett tjänstemannasvar på denna remiss. Men eftersom detta är första beskrivningen av den nya hanteringen av beslutsprocessen för nationella högspecialiserad vård är det av intresse att regionstyrelsen får ta del av föreskriften.

Regiondirektören kommer framföra att Region Jämtland Härjedalen inte har några synpunkter på de föreslagna föreskrifterna, men kommer med intresse att följa hur Socialstyrelsen utformar kraven. Däremot kommer regiondirektören att uppmärksamma Socialstyrelsen att i utvärdering av denna förändrings betydelse för landstingen måste också hemlandstingens kostnader, reseplanering och resekostnader vägas in.

Regiondirektörens förslag

1. Regionstyrelsen noterar med intresse informationen om beslutprocessen för den nationella högspecialiserade vården.
2. Regionstyrelsen uppdrar till regiondirektören att avge remissvar.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen

Utdrag till

Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Regionöverläkare

Rättsavdelningen
Hälsa- och sjukvårdsjuridik
Jonas Widell
jonas.widell@socialstyrelsen.se

Enligt sändlista

Remiss avseende förslag till Socialstyrelsens föreskrifter om nationell högspecialiserad vård

Ni inbjuds att lämna synpunkter på Socialstyrelsens förslag till föreskrifter om nationell högspecialiserad vård med tillhörande konsekvensutredning.

Synpunkter på förslaget och konsekvensutredningen ska ha kommit in till Socialstyrelsen **senast onsdagen den 12 september 2018**.

Vi är tacksamma för yttranden per e-post i Wordformat för att underlätta vårt arbete med att sammanställa svaren. Remissvar skickas till socialstyrelsen@socialstyrelsen.se med kopia till jonas.widell@socialstyrelsen.se.

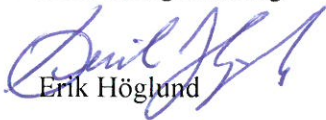
Vänligen ange diarienumret 15563/2018 i remissvaret.

Kontaktpersoner

Jonas Widell
Tel: 075-247 41 57
jonas.widell@socialstyrelsen.se

Camilla Damell
Tel: 075-247 30 83
camilla.damell@socialstyrelsen.se

Med vänlig hälsning


Erik Höglund

Avdelningschef

Bilagor

1. Sändlista
2. Förslag – Socialstyrelsens föreskrifter om nationell högspecialiserad vård
3. Konsekvensutredning

Sändlista:

1. Kammarrätten i Stockholm
2. Riksdagens ombudsmän
3. Folkhälsomyndigheten
4. Inspektionen för vård och omsorg
5. Myndigheten för samhällsbygg och beredskap
6. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
7. Göteborgs universitet
8. Karolinska Institutet
9. Linköpings universitet
10. Lunds universitet
11. Stockholms universitet
12. Umeå universitet
13. Uppsala universitet
14. Vetenskapsrådet
15. Örebro universitet
16. Akademiska sjukhuset
17. Skånes universitetssjukhus
18. Norrlands Universitetssjukhus
19. Karolinska universitetssjukhuset
20. Universitetssjukhuset i Örebro
21. Sahlgrenska Universitetssjukhuset
22. Universitetssjukhuset i Linköping
23. Stockholms läns landsting
24. Landstinget i Uppsala län
25. Landstinget Sörmland
26. Region Östergötland
27. Region Jönköpings län
28. Region Kronoberg
29. Landstinget i Kalmar län
30. Region Gotland
31. Landstinget Blekinge
32. Region Skåne
33. Region Halland
34. Västra Götalandsregionen
35. Landstinget i Värmland
36. Region Örebro län
37. Landstinget Västmanland
38. Landstinget Dalarna
39. Region Gävleborg
40. Landstinget Västernorrland
41. Region Jämtland Härjedalen
42. Västerbottens läns landsting
43. Norrbottens läns landsting
44. Akademikerförbundet SSR

45. Aleris
46. Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation
47. Caphio
48. FAMNA
49. Funktionsrätt Sverige
50. Fysioterapeuterna
51. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
52. Kommunal
53. Neuroförbundet
54. Njurförbundet
55. Pensionärernas Riksorganisation
56. Praktikertjänst AB
57. Prostatacancerförbundet
58. Regionala cancercentrum i samverkan
59. Reumatikerförbundet
60. Riksförbundet HjärtLung
61. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
62. SACO (Sveriges akademikers centralorganisation)
63. SPF Seniorerna
64. Sveriges Kommuner och Landsting
65. Sveriges läkarförbund
66. Sveriges Psykologförbund
67. Sveriges Farmaceuter
68. Svensk sjuksköterskeförening
69. Svenska Barnmorskeförbundet
70. Svenska Diabetesförbundet
71. Svenska Läkaresällskapet
72. TCO (Tjänstemännens centralorganisation)
73. Vårdförbundet
74. Vårdföretagarna

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN 2002-1054, Artikelnummer xxxxxxxx
Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter om nationell högspecialiserad vård;

**HSLF-FS
2018:xx**

beslutade den xx xx 2018.

Utkom från trycket
den xx xx 2018

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 2 kap. 3 och 4 §§
hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

1 kap. Inledande bestämmelser

1 § I denna författning ges föreskrifter om nationell högspecialiserad vård som kompletterar bestämmelserna i 7 kap. 5 a § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:30).

Författningens innehåll

2 § Författningen innehåller bestämmelser om

- ledningssystem (2 kap.),
- ansökan om tillstånd (3 kap.),
- villkor för verksamheten (4 kap.),
- begäran om återkallelse av tillstånd (5 kap.), och
- undantagsbestämmelse (6 kap.).

2 kap. Ledningssystem

1 § Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att varje vårdgivare ansvarar för att det finns de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller kraven som ställs i dessa föreskrifter.

3 kap. Ansökan om tillstånd

1 § Ett landstings ansökan om tillstånd att bedriva högspecialiserad vård ska göras på ett särskilt formulär (*bilagan*).

Ansökan ska göras inom den tidsperiod som anges i den ansökningsförfrågan som Socialstyrelsen har skickat ut till landstingen.

Till ansökan ska fogas det underlag som Socialstyrelsen begär i ansökningsförfrågan.

2 § På Socialstyrelsens begäran ska landstinget skicka in underlag utöver vad som följer av 1 §.

4 kap. Villkor för verksamheten

Landstingets ansvar

1 § Ett landsting som har fått tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård ska ansvara för att verksamheten uppfyller de generella villkoren i detta kapitel och de specifika villkoren i beslutet om tillstånd.

Om ett landsting sluter avtal med en privat vårdgivare om att utföra vården, ska landstinget ansvara för att verksamheten uppfyller villkoren.

Påbörja verksamhet

2 § Landstinget ska påbörja verksamheten vid den tidpunkt som anges i beslutet om tillstånd.

Förändring av verksamhet

3 § Förändringar som påverkar ett landstings förutsättningar att uppfylla villkoren i detta kapitel och i beslutet om tillstånd ska skyndsamt anmälas av landstinget till Socialstyrelsen.

Samverkan

4 § I syfte att uppnå en jämlik vård samt bästa möjliga vårdkvalitet och resursutnyttjande ska landstinget samverka med andra landsting som bedriver vård inom samma tillståndsområde. Landstinget ska även samverka med de vårdgivare som remitterar patienter till sådan vård.

5 § Genom samverkan ska landstinget bidra till kunskapsspridning i hälso- och sjukvården.

Risikanalys och kontinuitetsplan

6 § Som ett led i en riskanalys enligt 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska landstinget bedöma risken för oförutsedda händelser som kan påverka tillgången på personal, lokaler eller utrustning.

Landstinget ska med utgångspunkt i riskanalysen upprätta en kontinuitetsplan som säkerställer att vården kan erbjudas inom medicinskt motiverad tid, även i de fall en sådan oförutsedd händelse har inträffat.

Uppföljning och utvärdering

7 § Bestämmelser om vårdgivares egenkontroll finns i 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

8 § Varje landsting ska senast den 1 mars årligen till Socialstyrelsen skicka in en rapport som avser närmast föregående år.

Årsrapporten ska innehålla uppgifter om verksamhetens vårdresultat och en redogörelse för hur verksamheten har uppfyllt villkoren i detta kapitel och i beslutet om tillstånd.

9 § På Socialstyrelsens begäran ska landstinget skicka in uppgifter utöver vad som följer av 8 §.

Forskning och utveckling

10 § I syfte att stödja sådan forskning och utveckling som kan ha betydelse för den vård som omfattas av beslutet om tillstånd ska landstinget fastställa de processer och rutiner som behövs.

5 kap. Begäran om återkallelse av tillstånd

1 § Ett landstings begäran om återkallelse av ett tillstånd ska göras på ett särskilt formulär (*bilagan*).

Begäran ska göras senast tolv månader innan landstinget avser att upphöra med vården.

2 § Till formuläret ska fogas en plan för hur verksamheten ska avvecklas (avvecklingsplan). Den ska innehålla

1. en tidsplan för avvecklingen, och
2. en beskrivning av hur tillgängligheten till vården ska kunna säkerställas efter avvecklingen.

6 kap. Undantagsbestämmelse

1 § Socialstyrelsen kan medge undantag från bestämmelserna i dessa föreskrifter, om det finns särskilda skäl.

HSLF-FS
2018:xx

Denna författning träder i kraft den 1 januari 2019.

Socialstyrelsen

OLIVIA WIGZELL

Camilla Damell

Datum

.....

Socialstyrelsen☐ **Ansökan om att få bedriva nationell högspecialiserad vård**

Specificering av vården enligt ansökningsförfrågan

☐ **Begäran om återkallelse av tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård**

Specificering av vilken vård som återkallelsen gäller

Sökande landsting

Namn	
Utdelningsadress	
Postnummer	Postort
Kontaktperson	
Telefon	E-postadress

Verksamhet

Sjukhus
Enhet
Verksamhetschef

Om vården ska utföras av någon annan än landstinget

Privat vårdgivare	
Utdelningsadress	
Postnummer	Postort

Rättsavdelningen
Jonas Widell
jonas.widell@socialstyrelsen.se

Konsekvensutredning – förslag till föreskrifter om nationell högspecialiserad vård

Den 1 juli 2018 genomförs ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som innebär att en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården kommer till. Den nya processen ersätter systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Syftet är att skapa förutsättningar för en ökad koncentration av den högspecialiserade vården och därigenom även för en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Nuvarande system för nationell nivåstrukturering

Sedan år 2007 koncentreras högspecialiserad vård på nationell nivå genom systemet för rikssjukvård. Rikssjukvården regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Beslut om vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård och vilka som ska få tillstånd att bedriva den verksamheten fattas av Rikssjukvårdsnämnden, som är ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen. För att få bedriva rikssjukvård krävs det tillstånd. Tillstånden är tidsbegränsade och förenade med villkor.

Parallellt med systemet med rikssjukvård pågår sedan ett antal år tillbaka ett nivåstruktureringsarbete inom cancervården. Det sker genom regionala cancercentrum (RCC). År 2011 slöt regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse med syftet att landstingen skulle påbörja arbetet med en nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta och särskilt svårbehandlade cancersjukdomar. Hittills har tio komplicerade cancerbehandlingar beslutats för nationell nivåstrukturering. De formella besluten fattas av respektive landsting eller i vissa fall av sjukvårdsregionen.

Ny beslutsprocess för nationell högspecialiserad vård

I mars 2018 beslutade riksdagen att anta förslagen i regeringens proposition 2017/18:40 En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården. Det rör sig om ändringar i hälso- och sjukvårdslagen som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. Den nya processen ersätter systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården.

För att få bedriva nationell högspecialiserad vård kommer det att krävas tillstånd. Beslut om sådana tillstånd ska fattas av en ny nämnd, Nämnden för nationell högspecialiserad vård, som inrättas som ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen. Nämndens uppgift är att efter ansökningar från landstingen, besluta om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Besluten ska baseras på en bedömning av i vilken mån ett landsting uppfyller de uppdrags- och kravbeskrivningar som Socialstyrelsen tillsammans med sakkunniggrupperna har tagit fram. Tillstånden ska gälla tillsvidare, vara förenade med villkor och kunna återkallas under vissa förutsättningar.

Beskrivning av problemet och vad Socialstyrelsen vill uppnå

I samband med reformen som leder fram till en ny beslutsprocess för nationell högspecialiserad vård har Socialstyrelsen fått bemyndigande att ge ut föreskrifter som kompletterar bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:30).¹

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om de villkor som ska gälla för tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård och om återkallelse av ett sådant tillstånd. Socialstyrelsen får även meddela föreskrifter om verkställighet av hälso- och sjukvårdslagen i fråga om ansökningsförfarandet hos myndigheten.

Ett syfte med den föreslagna författningen är att säkerställa att de landsting som bedriver högspecialiserad vård uppfyller de olika kvalitetskrav som är förenade med att bedriva sådan vård. Regler behövs t.ex. om landstingens ansvar, när verksamheten ska påbörjas samt skyldigheten att anmäla förändringar av verksamheten. När det gäller den möjlighet som Socialstyrelsen har att återkalla tillstånd finns det behov av att meddela föreskrifter om t.ex. uppsägningstid. Föreskrifter kring själva ansökningsprocessen är av mer administrativ karaktär, t.ex. hur en ansökan om tillstånd ska gå till.

Alternativa lösningar och effekter om ingen reglering kommer till stånd

Om ingen reglering kommer till stånd blir förutsebarheten och transparensen i beslutsprocessen lidande. Oklarhet och osäkerhet kring formalia i samband med ansökningar riskerar också att minska effektiviteten i handläggningen. Det blir slutligen svårare att utveckla den nya beslutsprocessen när det inte finns någon författning att utgå ifrån. Socialstyrelsen bedömer därför att detta inte är ett lämpligt alternativ.

En alternativ lösning till den nu föreslagna regleringen är att vara mer detaljerad och specifik i föreskrifterna. Socialstyrelsen bedömer att det inte är lämpligt i nuläget. Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen kommer att träda i kraft den 1 juli 2018 och Socialstyrelsens författningen föreslås träda i kraft den 1 januari 2019. Socialstyrelsen håller för närvarande på med att utveckla en ny arbetsprocess kring bl.a. ansökningar om tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård. Den föreslagna författningen kommer således att kompletteras med myndighetens interna styrdokument. Sett

¹ Se 7 kap. 5 a § hälso- och sjukvårdslagen och 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdsförordningen.

mot denna bakgrund väljer Socialstyrelsen att nu föreslå en något mer kortfattad reglering som innehåller grundläggande regler om ansökningsförfarandet och förfarandet vid återkallelse av tillstånd. Behov finns även att reglera de grundläggande villkoren för verksamheten. De specifika villkoren anges istället i den ansökningsförfrågan som Socialstyrelsen kommer att skicka ut till landstingen inför varje ansökningsperiod.

Berörda av regleringen

Författningen vänder sig till landsting som har för avsikt att ansöka om tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård eller på något annat sätt är berörda av den nya beslutsprocessen. Förutom landstingen är Socialstyrelsen berörd. Andra grupper och aktörer som berörs är exempelvis patienterna, de privata vårdgivare som eventuellt har avtal med ansvarigt landsting att kunna bedriva högspecialiserad vård samt företrädare för forskningen. Även de landsting som inte bedriver högspecialiserad vård kan genom författningen få en uppfattning om de krav som ställs på verksamheten.

Barnkonsekvensanalys

Socialstyrelsen bedömer att författningsförslaget inte har någon särskild påverkan på barn.

Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på

De föreslagna bestämmelserna grundar sig på bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter enligt 2 kap. 3 och 4 §§ hälso- och sjukvårdsförordningen. De aktuella bemyndigandena, som träder i kraft den 1 juli 2018, ser ut på följande vis:

2 kap. 3 § hälso- och sjukvårdsförordningen

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om de villkor som ska gälla för tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård och om återkallelse av ett sådant tillstånd.

2 kap. 4 § hälso- och sjukvårdsförordningen

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om verkställighet av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i fråga om ansökningsförfarandet hos myndigheten.

Kostnadsmässiga och andra konsekvenser

Socialstyrelsen har idag en process för ansökningar om tillstånd att bedriva riks-sjukvård.

I arbetet med att ta fram den nya beslutsprocessen för den högspecialiserade vården analyserades de ekonomiska konsekvenserna för landstingen.² Regeringens bedömning var att förslagen sannolikt innebär tydliga samhällsekonomiska

² Prop. 2017/18:40 s. 71 ff.

vinster. De ekonomiska konsekvenserna för sjukvårdshuvudmännen bedömde regeringen som marginella på kort sikt och i ett längre perspektiv som positiva. Förslagen medför dock ökade kostnader för staten genom Socialstyrelsens ansvar för den nya beslutsprocessen för högspecialiserad vård.

I samband med avveckling av en verksamhet kan det dessutom uppkomma vissa kostnader. Processen som innebär att landstingen ansöker om att bedriva viss högspecialiserad vård kan inledningsvis och under begränsad period komma att belasta huvudmännen administrativt. I och med att tillstånden blir utan tidsbegränsning borde det minska den administrativa belastningen för landsting som får tillstånd i förhållande till dagens system, i vilket tillstånd för rikssjukvård måste sökas i regel vart femte år.

Den nuvarande ansökningsprocessen är endast reglerad i lag och förordning. Socialstyrelsens förslag innebär att den nya beslutsprocessen även regleras genom föreskrifter. Socialstyrelsens bedömning är att den ytterligare regleringen av processen komma att leda till en effektivare handläggning och reducerade ledtider samt en mer kostnadseffektiv process.

Som tidigare nämnts innehåller förslaget föreskrifter om verkställighet av hälso- och sjukvårdslagen i fråga om ansökningsförfarandet hos myndigheten. Socialstyrelsen lämnar även förslag till föreskrifter om de villkor som ska gälla för tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård och om återkallelse av ett sådant tillstånd.

De föreslagna verkställighetsföreskrifterna bygger på den föreslagna lagstiftningen. Det som föreslås regleras i föreskrifter är delvis en kodifiering av den nuvarande ansökningsprocessen (rikssjukvården). Vissa detaljer skiljer sig åt men de stora dragen är desamma. Även de villkor för verksamheten Socialstyrelsen föreslår stämmer till stor del överens med de villkor som ställs i de befintliga tillståndsbesluten. Några ytterligare, helt nya, villkor har inte tillkommit. Dock har vissa anpassningar gjorts bl.a. till gällande rätt för att undvika dubbelregleringar.

Sammantaget gör Socialstyrelsen bedömningen att den föreslagna författningen i sig endast ger upphov till marginella kostnadsökningar för landstingen. Konsekvenserna av reformen som helhet har redan varit föremål för analys i lagstiftningsarbetet.

Bedömning av om regleringen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen

Författningsförslaget bedöms inte ha någon betydelse för de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till den Europeiska unionen.

Överväganden enligt 14 kap. 3 § regeringsformen

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

I lagstiftningsarbetet avseende den nya beslutsprocessen för den högspecialiserade vården analyserades effekterna på den kommunala självstyrelsen.³ Regeringens bedömning var att förslagen medförde en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Inskränkningen är marginellt större än den nuvarande regleringen och proportionerlig med hänsyn till de ändamål som föranlett den.

Socialstyrelsen förslag innehåller föreskrifter om verkställighet av hälso- och sjukvårdslagen i fråga om ansökningsförfarandet hos myndigheten. Myndigheten lämnar även förslag till föreskrifter om de villkor som ska gälla för tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård och om återkallelse av ett sådant tillstånd. De villkor som föreslås stämmer till stor del överens med de villkor som ställs i de befintliga tillståndsbesluten. Inte heller i övrigt är skillnaderna gentemot dagens system särskilt stora vad gäller de delar som omfattas av den föreslagna författningen.

Skillnaden mellan Socialstyrelsens förslag och dagens system är inte av det slaget att den kommunala självstyrelsen påverkas på ett nämnvärt sätt. Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att den mycket begränsade inskränkning i den kommunala självstyrelsen som Socialstyrelsens förslag ger upphov till är godtagbar.

Effekter för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt

Förslaget bedöms inte få effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt. Konsekvensutredningen innehåller därför inte någon beskrivning enligt 7 § förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och informationsinsatser

Avsikten är att föreskrifterna ska träda i kraft den 1 januari 2019. Socialstyrelsen har bedömt att några övergångsbestämmelser inte behövs.

Socialstyrelsen avser att genomföra riktade informationsinsatser till berörda aktörer.

Kontaktperson

Jonas Widell, jurist
jonas.widell@socialstyrelsen.se
Telefon: 075-2474157

³ Prop. 2017/18:40 s. 67 ff.



31

Revidering av reglemente för kulturpris
och stipendier
RS/1189/2018



2018-08-06

Sekretariatet

Charlotte Funseth

Tfn: 063-14 75 51

E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

RS/1189/2018

Revidering av reglemente för kulturpris och stipendier

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har delat ut årliga kulturstipendier sedan 1966, ett årligt kulturpris sedan 1990 och ett årligt samiskt stipendium sedan 1999 som regleras genom Reglemente för kulturpris och stipendier (LS/927/2014). Under processen för en ny Kulturplan för Region Jämtland Härjedalen 2019-2022 (RUN/363/2017) så har behov framkommit att inrätta arbetsstipendier för professionella kulturskapare.

På nationell nivå finns stöd till enskilda kulturskapare och flera regioner, exempelvis Västerbotten och Norrbotten, har infört motsvarande stödsystem för att främja kulturskapares möjligheter till konstnärligt skapande. Förslaget innebär att komplettera Region Jämtland Härjedalens reglemente för priser och stipendier med sökbara arbetsstipendier inom bild- och formkonst, litteratur och scenkonst. Syftet är att möjliggöra konstnärlig utveckling för professionella kulturskapare i länet. För detta avsätts 50 000 årligen per stipendium inom tilldelad budgetram. Förslaget innebär även justering av nuvarande regler för kulturpriset där kravet på den konstnärliga gärningen lyfts fram, samt för stipendierna till unga kulturutövare där fokus ska ligga på utbildning.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2018-06-12 § 108 och föreslår regionfullmäktige:

1. *Regler för Region Jämtland Härjedalens stipendier och pris inom kulturområdet* antas.
2. De nya reglerna ersätter *Reglemente för kulturpris och stipendier* (LS/927/2014).

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

I tjänsten

Hans Svensson

Mikael Ferm

Regiondirektör

Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

Förslag till Regler för Region Jämtland Härjedalens stipendier och pris inom kulturområdet

Beslutad 2018-xx-xx, av: Regionfullmäktige

Generella villkor för priset och stipendier

Region Jämtland Härjedalens kulturstipendier och kulturpris är avsedda att stödja och uppmuntra förtjänstfull verksamhet inom olika konstnärliga områden så som teater, musik, dans, bild- och formkonst, litteratur, slöjd, design, film, kulturarv och andra jämförbara kulturområden. Det samiska stipendiet skiljer sig i detta avseende då det inte är ett kulturstipendium utan ett bredare stipendium avsett för den sydsamiska befolkningen samt för Jämtland Härjedalens del av Saepmie.

Kulturstipendium och Kulturpris till Peterson-Bergers minne har utdelats sedan 1966 respektive 1990. De är viktiga incitament för att stötta och uppmärksamma personer som på olika sätt bidrar till kulturlivet i Jämtland Härjedalen samt uppmuntra konstnärlig och kulturell förkovran. Det samiska stipendiet inrättades 1999 efter förslag av Svenska Samernas Riksförbund (SSR) med syfte är att uppmärksamma någon som har medverkat till att bevara och föra vidare det sydsamiska kulturarvet.

Arbetsstipendier inom scenkonst, litteratur och bild-och formkonst inrättades 2019 med syfte att stärka förutsättningarna för de professionella kulturskaparna att vara verksamma i regionen. Ett arbetsstipendium gör det möjligt för de enskilda kulturskaparna att under en avgränsad tid kunna koncentrera sig på att utveckla sitt konstnärskap.

Priset och stipendierna ska delas ut till personer som är bosatta eller huvudsakligen verksamma i Jämtland Härjedalen. Mångfald avseende kön, etnisk och kulturell bakgrund, konstnärliga genrer och regional spridning eftersträvas.

Kulturprisets och stipendiernas storlek fastställs årligen inom regionala utvecklingsnämndens budget.

Kulturpriset och stipendierna ska årligen utlysas genom annons i dagstidningar, på hemsida eller på annat lämpligt sätt, minst en månad före ansökningstidens utgång. Sista datum för ansökan eller nominering tillkännages vid utlysningen.

Regionala utvecklingsnämnden beslutar om kulturpris och stipendier efter beredning och bedömning av sakkunniga inom respektive område. Pris och stipendier delas ut av regionala utvecklingsnämndens ordförande vid tillfälle som nämnden beslutar.

1 Kulturpris till Peterson-Bergers minne

Kulturpriset är ett erkännande för en kulturell eller konstnärlig gärning. Kulturpristagaren ska vara en professionell aktör som har verkat inom samt haft stor betydelse för Jämtland Härjedalens kulturliv och i sin gärning visat prov på högtstående konstnärskap. Vem som helst, enskilda eller sammanslutningar av olika slag, kan föreslå mottagare av kulturpriset. Motivering ska alltid anges. Det går inte att ansöka om kulturpriset för egen del.

2 Kulturstipendium till Peterson-Bergers minne

Kulturstipendiet är ett stöd och uppmuntran i konstnärlig utveckling och framtida verksamhet. Stipendiesumman kan årligen delas mellan max tre stipendiater. Stipendiet kan sökas av personer till och med 30 år och är avsett för konstnärlig förkovran genom fort- eller utbildning. Till ansökan ska bifogas motivering, arbetsprover och styrkta kopior av de handlingar och intyg som den sökande vill åberopa.

3 Samiskt stipendium

Det samiska stipendiet är avsett att uppmärksamma personer eller grupper i Jämtland Härjedalens del av Saepmie, som medverkat till att bevara och föra vidare det sydsamiska kulturarvet. Vem som helst, enskilda eller sammanslutningar av olika slag, kan föreslå mottagare av det samiska stipendiet. Stipendiet kan även sökas för egen del. Motivering ska alltid anges.

4 Arbetsstipendium inom scenkonst, litteratur och bild- och formkonst

Arbetsstipendiet ska möjliggöra för professionella eller yrkesverksamma kulturskapare att under en viss tid kunna ägna sig åt konstnärligt arbete. Stipendiet kan ej sökas av studerande. Stipendiet kan sökas av enskilda professionella eller yrkesverksamma kulturskapare inom scenkonst, litteratur eller bild- och formkonst och syftar till att stimulera till fortsatt skapande och utveckling av konstnärligt arbete. Till ansökan ska bifogas motivering, meritförteckning och arbetsprover. Hur arbetsstipendiet har använts ska redovisas senast ett år efter utbetalning.

§108

Revidering av reglemente för kulturpris och stipendier (RUN/182/2018)

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen har delat ut årliga kulturstipendier sedan 1966, ett årligt kulturpris sedan 1990 och ett årligt samiskt stipendium sedan 1999 som regleras genom *Reglemente för kulturpris och stipendier* (LS/927/2014). Under processen för en ny Kulturplan för Region Jämtland Härjedalen 2019-2022 (RUN/363/2017) så har behov framkommit att inrätta arbetsstipendier för professionella kulturskapare.

På nationell nivå finns stöd till enskilda kulturskapare och flera regioner, exempelvis Västerbotten och Norrbotten, har infört motsvarande stödsystem för att främja kulturskapares möjligheter till konstnärligt skapande. Förslaget innebär att komplettera Region Jämtland Härjedalens reglemente för priser och stipendier med sökbara arbetsstipendier inom bild- och formkonst, litteratur och scenkonst. Syftet är att möjliggöra konstnärlig utveckling för professionella kulturskapare i länet. För detta avsätts 50 000 årligen per stipendium inom tilldelad budgetram. Förslaget innebär även justering av nuvarande regler för kulturpriset där kravet på den konstnärliga gärningen lyfts fram, samt för stipendierna till unga kulturutövare där fokus ska ligga på utbildning.

Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. *Regler för Region Jämtland Härjedalens stipendier och pris inom kulturområdet* antas.
2. De nya reglerna ersätter *Reglemente för kulturpris och stipendier* (LS/927/2014).

Beslut

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. *Regler för Region Jämtland Härjedalens stipendier och pris inom kulturområdet* antas.
2. De nya reglerna ersätter *Reglemente för kulturpris och stipendier* (LS/927/2014).

Beslutsunderlag

- §53 Arbetsutskottet Revidering av reglemente för kulturpris och stipendier
- Förslag till Regler för Region Jämtland Härjedalens stipendier och pris inom kulturområdet
- PM Revidering av reglemente för kulturpris och kulturstipendier



32

Svar på medborgarförslag om att förkorta
långa väntetider på akutmottagningen

RS/944/2018

2018-08-21

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

RS/944/2018

Svar på medborgarförslag om att förkorta långa väntetider på akutmottagningen

Ärendebeskrivning

Det har inkommit ett medborgarförslag om att förkorta långa väntetider på akutmottagningen. Förslagsställaren exemplifierar sitt förslag genom att lyfta fram Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och ett pilotprojekt där lediga akutläkare kan gå in och arbetar under vissa timmar på ackord för att frigöra tid för ordinarie tjänstgörande läkare att ta sig an mer komplicerade vårdfall. Något som visat sig förkorta väntetiderna.

Alla patienter som kommer till akutmottagningen bedöms, triageras, utifrån de besvär och symtom man söker för. Triageringen görs av sjuksköterska enligt bedömningsstödet RETTS. RETTS ger då en rekommendation om prioriteringsnivå. Låg prioritering innebär att patienten, tyvärr, kan få vänta länge vid hög belastning medan högprioriterade tas omhand brådskande.

Region Jämtland Härjedalen anser, likt förslagsställaren, att det är angeläget att förkorta väntetiderna. Olika arbetssätt har därför testats över tid för att hitta lösning med syfte att korta väntetiderna. I de olika arbetssätten har oftast inte läkarbemanningen ingått, istället är det sjuksköterskors och undersköterskors arbetssätt som har varit aktuella för förändringar. Det ökade inflödet av patienter på akutmottagningen har till viss del krävt en ökad bemanning av läkare men då är det klinikerna som ökat sin läkarbemannning.

Ett sätt för att minska väntetider är att akutmottagningen har "snabbspår" för vissa svårare sjukdomstillstånd, t.ex. patienter med höftfrakturer, hjärtsvikt eller stroke. Detta frigör tid för övriga patienter.

Införandet av lättakuter i primärvården under våren 2018 är också en åtgärd som ska ge effekt på akutmottagningen. Patienter med enklare besvär, vilka ofta blir lågprioriterade med längre väntetider, har nu möjlighet att uppsöka primärvården utan att boka tid. Akutmottagningen har också möjlighet att hänvisa lämpliga patienter som kommer till akutmottagningen till en lättakut.

Att arbeta enligt projektet på Sahlgrenska sjukhuset kräver en läkarkompetens som inte akutmottagningen vid Östersunds sjukhus har tillgång till. För att klara av att handlägga patienter enligt streamteam krävs läkarkompetens med bred kunskap om akuta sjukdomar och hur de ska handläggas. Eftersom klinikernas läkare inte har rätt kompetens är det inte möjligt för dem att bemanna ett streamteam under sin jourledighet.

Akutläkarspecialiteten är en ny basspecialitet inom sjukvården sedan år 2015, tidigare fanns möjlighet till fortbildning från annan specialitet, och de stora sjukhusen har ofta varit föregångare jämfört med mindre sjukhus att införa specialiteten. Akutläkare har kompetensen att bedöma och handlägga patienter med akut uppkomna besvär utan någon begränsning till organsystem eller diagnoser. Efter att det blev en egen basspecialitet har många mindre sjukhus påbörjat införande av akutläkare. Funktion och arbetssätt för akutläkare skiljer sig åt mellan olika sjukhus, man försöker hitta bästa lösningen för just den mottagningens behov.

Att införa akutläkare innebär inte att man kan ta bort andra läkarkompetenser på akutmottagningen. Det behövs specialister med djup kunskap i medicin, ortopedi, kirurgi, barnmedicin, gynekologi mm. Det perspektivet måste vägas in vid ett eventuellt införande av läkare som är bredare in sin kompetens men inte har samma fördjupade kunskap i många av de sjukdomstillstånd som förekommer på akutmottagningen.

Funktion och arbetssätt för akutläkare skiljer sig åt mellan olika sjukhus, man försöker hitta bästa lösningen för just den mottagningens behov. Akutmottagningen i Östersund följer utvecklingen av bemanning med akutläkare på olika sjukhus men sammanfattningsvis konstateras att Region Jämtland Härjedalen för närvarande inte har förutsättningarna att införa akutläkare vid akutmottagningen.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget avslås.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Förslagsställaren
Chef Område Akutvård
Hälso- och sjukvårdsdirektör

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

2018-08-20

RS/944/2018

Svar på medborgarförslag om att förkorta långa väntetider på akutmottagningen

Det har inkommit ett medborgarförslag om att förkorta långa väntetider på akutmottagningen. Förslagsställaren exemplifierar sitt förslag genom att lyfta fram Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och ett pilotprojekt där lediga akutläkare kan gå in och arbeta under vissa timmar på ackord för att frigöra tid för ordinarie tjänstgörande läkare att ta sig an mer komplicerade vårdfall. Något som visat sig förkorta väntetiderna.

Akutmottagningen på Sahlgrenska sjukhuset har cirka 58 000 besök per år jämfört med Östersunds akutmottagning med cirka 37 000 (år 2017). Antal patienter som söker vård på akutmottagningar är på många sjukhus ständigt ökande. Vistelsetiden för patienterna påverkas bland annat av hur stort patientinflödet är, bemanning i antal personer och kompetens samt tillgång till vårdplatser för de i behov av inläggning.

Beskrivning av projektet på akutmottagningen på Sahlgrenska med läkare som tjänstgör frivilligt under ledighet

På grund av långa vänte- och handläggningstider på akutmottagningen pågår ett projekt med ökad läkarbemanning i syftet att förkorta väntetiden vid mottagningen. Anledningen var att vistelsetiden för patienter var bland de längsta jämfört med andra akutmottagningar i Sverige.

Ett avtal tecknades 2017-08-01 mellan Sahlgrenska sjukhuset och läkarföreningen om möjlighet till extra tjänstgöring under jourledighet. I avtalet medges ett övertidsuttag om högst 100 timmar utöver vad som anges i ATL. Avtalet reglerar också ersättningsnivå med ersättning per timme plus ersättning per patient som handläggs. Arbetstiden i den extra tjänstgöringen är förlagd mellan kl. 13 – 21 veckans alla dagar, den tid då det största inflödet brukar vara på akutmottagningarna.

Det finns ett stort intresse bland akutläkarna att ta på sig extra arbete. Arbetstiden 13 – 21 är uppdelad i två arbetspass vilket innebär extra arbeta med fyra timmar per dag och läkare. Det är oftast ST-läkare i slutet av sin specialistutbildning till akutläkare som arbetar de extra passen. Sahlgrenska sjukhuset har i dagsläget 27 ST-läkare i akutsjukvård enligt uppgift från sektionschef.

Denna extra läkare arbetar tillsammans med en undersköterska i ett team som benämns "streamteam". Inkluderingskriterier för streamteam är framtagna liksom exkluderande kriterier. Arbetssättet blir då att alla patienter som inkommer till akutmottagningen gående

eller med ambulans triageras av sjuksköterska med stöd av ledningsläkare. De patienter som ingår i inkluderingskriterierna för streamteam handläggs därefter av streamteamet, övriga patienter handläggs av något av kirurg- eller medicinteamen. Streamteamet kan handlägga en patient klart så att denne går hem. Alternativt kan patienten ha behov av inläggning och teamet kan då lägga in patienten i samråd med ledningsläkare. Patienten kan även ha behov av mer resurser och utredning och i dessa fall lämnas patienten över till något av de övriga teamen.

Ersättning till läkaren som arbetar extra är olika beroende på vilket av alternativen som är aktuellt. Finns det patienter kvar hos streamteamet när arbetstiden är slut så flyttas dessa över till ett annat lämpligt team.

Den utvärdering som gjorts visar att patienter och personal är nöjda med arbetssättet och akutmottagningens väntetider har minskat.

Möjlighet för likande projekt på akutmottagningen vid Östersunds sjukhus

Även vid akutmottagningen på Östersunds sjukhus finns problem med långa väntetider för patienter som blir lågprioriterade utifrån söksymptom. Olika arbetssätt har testats över tid för att hitta lösning med syfte att korta väntetiderna. I de olika arbetssätten har oftast inte läkarbemanningen ingått, istället är det sjuksköterskors och undersköterskors arbetssätt som har varit aktuella för förändringar. Det ökade inflödet av patienter på akutmottagningen har till viss del krävt en ökad bemanning av läkare men då är det klinikerna som ökat sin läkarbemanning. Medicinkliniken, som har störst andel patienter som läggs in vid besöket på akutmottagningen, har ökat kompetensen i triaget och kliniken bemannar nu med specialistläkare för att kunna göra snabbare och säkrare bedömningar.

Alla patienter som kommer till akutmottagningen bedöms, triageras, utifrån de besvär och symptom man söker för. Triageringen görs av sjuksköterska enligt bedömningsstödet RETTS. RETTS ger då en rekommendation om prioriteringsnivå. Låg prioritering innebär då att patienten, tyvärr, kan få vänta länge vid hög belastning medan högprioriterade tas omhand brådskande.

Andra sätt för att minska väntetider är att akutmottagningen har "snabbspår" för vissa svårare sjukdomstillstånd, t.ex. patienter med höftfrakturer, hjärtinfarkt eller stroke. Snabbspår innebär att patienter inte behöver passera akutmottagningen utan ambulansen tar patienten direkt till röntgen etc. Detta frigör tid för övriga patienter. Införandet av lättakuter i primärvården under våren 2018 är också en åtgärd som ska ge effekt på akutmottagningen. Patienter med enklare besvär, vilka ofta blir lågprioriterade med längre väntetider, har nu möjlighet att uppsöka primärvården utan att boka tid. Akutmottagningen har också möjlighet att hänvisa lämpliga patienter som kommer till akutmottagningen till en lättakut i primärvården.

Att arbeta enligt projektet på Sahlgrenska sjukhuset kräver en läkarkompetens som inte akutmottagningen vid Östersunds sjukhus har tillgång till. För att klara av att handlägga patienter enligt streamteam krävs läkarkompetens med bred kunskap om akuta sjukdomar och hur de ska handläggas. Det är inte möjligt att klinikernas läkare under sin jourledighet skulle bemanna ett streamteam på grund av att de inte har rätt kompetens. Akutläkarspecialiteten är en ny basspecialitet inom sjukvården sedan år 2015, tidigare fanns

möjlighet till fortbildning från annan specialitet, och de stora sjukhusen har ofta varit föregångare jämfört med mindre sjukhus att införa specialiteten. Akutläkare har kompetensen att bedöma och handlägga patienter med akut uppkomna besvär utan någon begränsning till organsystem eller diagnoser. Efter att det blev en egen basspecialitet har många mindre sjukhus påbörjat införande av akutläkare. En förutsättning för att påbörja en förändring av läkarbemanningen är att det finns möjlighet att anställa redan utbildade specialister i akutsjukvård. Det är ett krav att ha specialister som handledare vid specialistutbildning av läkare, det gäller inom alla specialiteter.

Landsting/Regioner med flera sjukhus har större möjlighet att samverka mellan sjukhusen kring utbildning och handledning. I och med att det är en ny specialitet är möjligheterna små att rekrytera färdiga specialister och utbildning till specialistläkare tar fem år.

Att införa akutläkare innebär inte att man kan ta bort andra läkarkompetenser på akutmottagningen. Det behövs specialister med djup kunskap i medicin, ortopedi, kirurgi, barnmedicin, gynekologi mm. Det perspektivet måste vägas in vid ett eventuellt införande av läkare som är bredare in sin kompetens men inte har samma fördjupade kunskap i många av de sjukdomstillstånd som förekommer på akutmottagningen.

Funktion och arbetssätt för akutläkare skiljer sig åt mellan olika sjukhus, man försöker hitta bästa lösningen för just den mottagningens behov. Akutmottagningen i Östersund följer utvecklingen av bemanning med akutläkare på olika sjukhus men sammanfattningsvis konstateras att Region Jämtland Härjedalen för närvarande inte har förutsättningarna att införa akutläkare vid akutmottagningen.



2018 -05- 04

Dnr. RS/944/2018

Medborgarförslag

Till
Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 180426

Namn: Anna Andree



Förslaget i korthet:

Pga ofta långa väntetider (på akutmottagningen) för patienter samt en ofta stressig miljö för personalen, så har dom på Sahlgrenska Sjukhuset i Göteborg nu ett pilotprojekt ang. att lediga akutläkare kan gå in och jobba under vissa timmar, då jobba på ackord, få undan "enklare" patienter. Detta kan leda till att akutläkaren, mfl som jobbar kan ta sig an dom "svårare" patienterna.

Motivering (beskriv och motivera ditt förslag):

Eftersom flera patienter upplever att dom fått vänta många timmar, ibland upp mot dygn, så känns det som att man måste prova några alternativa och då kan man ju kika på hur andra regioner jobbar.

Det kan på ovan sätt spara på patienters lidande, snabbare behandlingar, bättre rykte och kanske kan regionen också spara pengar. Nöjdare och tryggare patienter är målet ! Eller hur ?
Varför uppfinna hjulet en gång till ??!!

Härmed godkänner jag att Region Jämtland Härjedalen lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat.
Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kommer även att bli publicerat på regionens webbplats.

Underskrift: