Mötesbok: Landstingsstyrelsen (2018-11-12)

Landstingsstyrelsen

Datum: 2018-11-12

Plats: Martinsonsalen

Kommentar:

Dagordning

Kallelse

Kallelse Landstingsstyrelsen 2018-11-12 5

Val av justerare och tid för justering

Godkännande av föredragningslistan

Anmälan om protokolljustering

Information

Delårsrapport augusti 2018 Landstinget Blekinge

Förslag till regionplan 2019-2021 och budget 2018

Förslag till patientavgifter 2019

Ekonomiska villkor för förtroendevalda

Arbetsordning för regionfullmäktige

Reglementen för nämnder

Remissvar God och nära vård SOU 2018:39

Ärenden för beslut

§ 252/18 Utdebitering 2019 11
§ 253/18 Förslag till patientavgifter 2019 12
§ 254/18 Förslag tandvårdstaxa från och med 15 januari 2019 68
§ 255/18 Investeringsplan 2019-2023 74
§ 256/18 Månadsrapport september 2018 Landstinget Blekinge 89
§ 257/18 Budgetomfördelningar 104
§ 258/18 Delårsrapport augusti 2018 Landstinget Blekinge samt helårsprognos 2018 115
§ 259/18 Delårsrapport augusti 2018 landstingsdirektörens stab 204
§ 260/18 Delårsrapport augusti 2018 Landstingsgemensamt inklusive Hälsoval 242

§ 261/18 Delårsrapport augusti 2018 för landstingsservice . . . 288
§ 262/18 Regionplan 2019-2021 med budget för 2019 . . . 369
§ 263/18 Ekonomisk rapportplan 2019 . . . 421
§ 264/18 Firmatecknare för Region Blekinge 2019 . . . 425
§ 265/18 Firmatecknare för stiftelser 2019 . . . 427
§ 266/18 Utbetalare från Region Blekinges bankkonton 2019 . . . 429
§ 267/18 Utbetalare från stiftelsernas bankkonton 2019 . . . 431
§ 268/18 Underteckna bankavtal och utländska checkar . . . 433
§ 269/18 Revidering i reglementet för den finansiella verksamheten . . . 435
§ 270/18 Arbetsordning för regionfullmäktige . . . 494
§ 271/18 Reglementen för nämnder i Region Blekinge 2019-2022 . . . 505
§ 272/18 Ekonomiska villkor för förtroendevalda . . . 530
§ 273/18 Regler för kommunalt partistöd Region Blekinge 2019-2022 . . . 554
§ 274/18 Avveckling av kommunalförbundet Region Blekinge . . . 561
§ 275/18 Principer för hantering av styrande dokument inför bildande avRegion Blekinge 1 januari 2019 . . . 581
§ 276/18 Avtal om ansvar för den regionala kollektivtrafiken i Blekinge län 2019 och framåt
. . . 584
§ 277/18 Säkerhetspolicy Region Blekinge . . . 592
§ 278/18 Säkerhetsstrategi 2019-2022 . . . 599
§ 279/18 Handlingsplan krisberedskap . . . 616
§ 280/18 Ansökan om medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening . . . 644
§ 281/18 Upphandlingar överstigande 20 basbelopp . . . 679
§ 282/18 Förlängning av länsgemensam Folkhälsopolicy . . . 684
§ 283/18 Sammanträdesplan 2019 Region Blekinges nya nämnder -hälso-och sjukvårdsnämnd, tandvårdsnämnd, regional utvecklingsnämnd, kultur och bildningsnämnd och trafiknämnd . . . 686
§ 284/18 Igångsättningsbeslut investeringar . . . 691
§ 285/18 Remissvar; God och nära vård - en primärvårdsreform SOU 2018:39 . . . 715
§ 286/18 Remissvar Ds 2018:31 Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi . . . 1275
§ 287/18 Länsövergripande samverkansavtal Blekinge2018 - 2020 . . . 1364
§ 288/18 Beslut om att ersättare får närvarorätt vid regionstyrelsens arbetsutskott . . . 1460
§ 289/18 Föredragningslista inför landstingsfullmäktiges sammanträde den 26 november 2018 . . . 1463

Delegationsärenden

Anmälningsärenden

Nästa sammanträde

Övriga dokument

Övriga dokument - Landstingsstyrelsen 2018-11-12 1468

LANDSTINGET BLEKINGE

Landstingsstyrelsen

Kallelse/föredragningslista
2018-11-05

Landstingsstyrelsen kallas till sammanträde

Tid:	Måndag den 12 november 2018, kl 9.00 – ca 15.00
Plats:	Martinsonsalen
Ordförande:	Alexander Wendt
Sekreterare:	Annelie Ottosson kanslienheten

Ledamöter:
Alexander Wendt (M), ordförande
Lars Karlsson (C), 1:e vice ordförande
Christina Mattisson (S), 2:e vice ordförande
Emma Stjernlöf (M)
Lennart Förberg (M)
Nils Ingmar Thorell (L)
Erik Lindborg (KD)
Christel Friskopp (S)
Kjell-Åke Karlsson (S)
Markus Alexandersson (S)
Teo Zickbauer (S)
Erik Ohlson (V)
Björn T Nurhadi (SD)
Camilla Karlman (SD)
Louise Erixon (SD)

Ersättare:
Inger Pilthammar (M)
Magnus Gärdebring (M)
Ingrid Hermansson (C)

Per-Ivar Johansson (C)
Peter Christensen (L)
Robert Manea (KD)
Annelie Rosenqvist (S)
Andreas Saleskog (S)
Hampus Engqvist (S)
Johanna Beijer (S)
Magnus Johansson (S)
Lena Johansson (V)
Göran Eklund (SD)
Margaretha Jonasson (SD)
Nicolas Westrup (SD)

Tjänstemän: Peter Lilja, landstingsdirektör
Jonas Kullberg, HR-direktör
Monica Magnusson, ekonomidirektör
Madeleine Flood, planeringsdirektör
Gunilla Skoog, utvecklingsdirektör
Helene Håkansson, administrativ chef
Kristina Bergqvist, landstingsjurist
Annelie Ottosson, sekreterare

Föredragningslista

		Ärende
1.	**Val av justerare och tid för justering**	
2.	**Godkännande av föredragningslistan**	
3.	**Anmälan om protokolljustering (22/10)**	
	Ärenden för information	
4.	**Delårsrapport augusti 2018 Landstinget Blekinge**	Kl 09.00-09.30 Monica Magnusson m fl
5.	**Förslag till regionplan 2019-2021 och budget 2018**	Kl 09.30-10.00 Ralph Harlid, Monica Magnusson m fl
	KAFFE	Kl 10.00-10.20
6.	**Förslag till patientavgifter 2019**	Kl 10.20-10.40 Ralp Harlid, Marie Söderström
7.	**Ekonomiska villkor för förtroendevalda**	Kl 10.40-11.00 Helene Håkansson
8.	**Arbetsordning för regionfullmäktige**	Kl 11.00-11.25 Ralph Harlid, Kristina Bergqvist
9.	**Reglementen för nämnder**	Kl 11.25-11.55 Ralph Harlid, Kristina Bergqvist
10.	**Remissvar God och nära vård SOU 2018:39**	K. 11.55-12.00 Helen Andersson

Ärenden för beslut

11.	Utdebitering 2019 (LF)	2018/01605
12.	Förslag till patientavgifter 2019 (LF)	2018/01473
13.	Förslag tandvårdstaxa från och med 15 januari 2019 (LF)	2018/01499
14.	Investeringsplan 2019-2023	2018/01589
15.	Månadsrapport september 2018 Landstinget Blekinge	2018/01484
16.	Budgetomfördelningar (LF)	2018/01583
17.	Delårsrapport augusti 2018 Landstinget Blekinge samt helårsprognos 2018 (LF)	2018/01074
18.	Delårsrapport augusti 2018 landstingsdirektörens stab	2018/01220
19.	Delårsrapport augusti 2018 Landstingsgemensamt inklusive Hälsoval	2018/01455
20.	Delårsrapport augusti 2018 för landstingsservice	2018/01435
21.	Regionplan 2019-2021 med budget för 2019 (LF)	2018/01653
22.	Ekonomisk rapportplan 2019	2018/01525
23.	Firmatecknare för Region Blekinge 2019	2018/01538
24.	Firmatecknare för stiftelser 2019	2018/01537
25.	Utbetalare från Region Blekinges bankkonton 2019	2018/01540
26.	Utbetalare från stiftelsernas bankkonton 2019	2018/01536
27.	Underteckna bankavtal och utländska checkar	2018/01514
28.	Revidering i reglementet för den finansiella verksamheten (LF)	2018/01636
29.	Arbetsordning för regionfullmäktige (LF)	2018/01416
30.	Reglementen för nämnder i Region Blekinge 2019-2022 (LF)	2018/01604
31.	Ekonomiska villkor för förtroendevalda (LF)	2018/01679
32.	Regler för kommunalt partistöd Region Blekinge 2019-2022 (LF)	2018/01586

33.	Avveckling av kommunalförbundet Region Blekinge (LF)	2018/01483
34.	Principer för hantering av styrande dokument inför bildande av Region Blekinge 1 januari 2019 (LF)	2018/01612
35.	Avtal om ansvar för den regionala kollektivtrafiken i Blekinge län 2019 och framåt (LF)	2018/01451
36.	Säkerhetspolicy Region Blekinge (LF)	2018/00929
37.	Säkerhetsstrategi 2019-2022 (LF)	2018/01212
38.	Handlingsplan krisberedskap (LF)	2018/01213
39.	Ansökan om medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening (LF)	2018/01584
40.	Upphandlingar överstigande 20 basbelopp	2018/01610
41.	Förlängning av länsgemensam Folkhälsopolicy (LF)	2018/01404
42.	Sammanträdesplan 2019 Region Blekinges nya nämnder - hälso-och sjukvårdsnämnd, tandvårdsnämnd, regional utvecklingsnämnd, kultur och bildningsnämnd och trafiknämnd (LF)	2018/01369
43.	Igångsättningsbeslut investeringar	2018/01457
44.	Remissvar; God och nära vård - en primärvårdsreform SOU 2018:39	2018/01113
45.	Remissvar Ds 2018:31 Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi	2018/01157
46.	Länsövergripande samverkansavtal Blekinge 2018 – 2020 (LF)	2018/00575
47.	Beslut om att ersättare får närvarorätt vid regionstyrelsens arbetsutskott	2018/01645
48.	Föredragningslista inför landstingsfullmäktiges sammanträde den 26 november 2018	2018/01712
49.	**Delegationsärenden**	
50.	**Anmälningsärenden**	
51.	**Nästa sammanträde (10/12)**	

Vid förhinder för ordinarie ledamot att deltaga i sammanträdet anmäls detta omgående till Annelie Ottosson, tel. 0455-73 40 02, annelie.ottosson@ltblekinge.se så att ersättare kan kallas till sammanträdet.

2018-11-06
Karlskrona



Annelie Ottosson kanslienheten

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten	2018-10-15	Ärendenummer	2018/01605
David Larsson		Dokumentnummer	2018/01605-1

Utdebitering 2019

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att fastställa utdebiteringen till 12,24 kronor för 2019

Sammanfattning

Utdebitering för kommande verksamhetsår ska fastställas vid landstingsfullmäktiges sammanträde året innan utdebiteringen träder i kraft. Utdebiteringen för år 2019 föreslås bli 12,24 kronor. Från och med 2019 ingår en skatteväxling från Blekinges kommuner med 45 öre för bildandet av Region Blekinge.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

LANDSTINGET BLEKINGE

Planeringsavdelningen
Marie Söderström

2018-11-01

Ärendenummer 2018/01473
Dokumentnummer 2018/01473-1

Till Landstingsstyrelsen

Förslag till patientavgifter 2019

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

1. Att höja patientens maxavgift per månad till 1 600 kronor per månad vid förskrivning av näringspreparat och speciallivsmedel >16 år, höja egenavgiften per månad för sondnäring till 400 kronor per 500 ml och kosttillägg till 180 kronor per tillägg samt höja egenavgiften för speciallivsmedel till 300 kronor per ordination,
2. Att höja timtaxan enligt tidigare beslut, med 3 % för 2019,
3. Att höja högkostnadsskyddet för öppen vård till 1 150 kronor,
4. Att göra ett tillägg i regelverket för sjukresor under rubriken ”Ersättning till/från vårdinrättning *inom* länet” enligt följande: ”Personer med behov av resa med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon och studerar vid riksgymnasium i angränsande län, får även räkna studieorten som folkbokföringsadress då de bor på internat. Detsamma gäller personer som är placerade vid ett behandlingshem (ej frivilligt boende) i angränsande län. Detta gäller vid sjukresa till hemlandstinget för vård och resa tillbaka till boendet”,
5. Att ge uppdrag till landstingsdirektören att utreda om patientavgift för ytterligare distanskontakter ska införas,
6. Att i övrigt fastslå patientavgifterna för 2019 samt att dessa gäller från 1 januari 2019.

Sammanfattning

Maxavgiften per månad för näringspreparat och speciallivsmedel till personer över 16 år är baserad på konsumentverkets beräkningar av livsmedelskostnader för matkorgar när all mat lagas hemma (18-75 år). Kostnaderna viktas mot äldre. Vårt förslag är att höja maxavgiften för den totala förskrivningen från dagens 1 375 kronor/månad till 1 600 kronor/månad.

Den föreslagna maxavgiften är lägre än både snittkostnaden för hela gruppen och för den äldsta åldersgruppen.

Enligt förslaget höjs egenavgiften per månad för sondnäring till 400 kronor per 500 ml, egenavgiften för kosttillägg höjs till 180 kronor per tillägg samt egenavgiften för speciallivsmedel till 300 kronor per ordination.

Timtaxan höjs årligen enligt tidigare beslut.

Högkostnadsskyddet för öppen sjukvård höjs med 50 kronor.

En komplettering till regelverket för sjukresor görs.

Utreda om patientavgift för ytterligare distanskontakter ska införas.

Bakgrund till förslag 1

Egenavgifterna för näringspreparat och speciallivsmedel till personer över 16 år har inte räknats om sedan 2009. Förra gången det gjordes valde vi samma som Region Skånes avgifter.

Maxavgiften är baserad på konsumentverkets beräkningar av livsmedelskostnader för matkorgar när all mat lagas hemma (18-75 år). Snittkostnaden för dessa åldersgrupper är enligt konsumentverket 2 215 kr (2 500 + 2 360 + 2 120 + 1 880=8 860/4 = 2 215). Kostnaderna viktas mot äldre. Vårt förslag är att höja maxavgiften för den totala förskrivningen från dagens 1 375 kronor/månad till 1 600 kronor/månad. Den föreslagna maxavgiften är lägre än både snittkostnaden för hela gruppen och för den äldsta åldersgruppen.

Sondnäring	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgiften för 500 ml sondnäring/dag	280 kr/mån	400 kr/mån
Egenavgiften för 1000 ml sondnäring/dag	560 kr/mån	800 kr/mån
Egenavgiften för 1500 ml sondnäring/dag osv.	840 kr/mån	1 200 kr/mån

Vid 1500 ml eller mer tillgodoses oftast hela dagsbehovet av näring och då tillkommer inga andra kostnader för mat.

Kosttillägg	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgiften för ett kosttillägg/dag	140 kr/mån	180 kr/mån
Egenavgiften för två kosttillägg/dag	280 kr/mån	360 kr/mån
Egenavgiften för tre kosttillägg/dag osv.	420 kr/mån	540 kr/mån

Snittkostnaden för en näringsdryck är 25 kr. Med dagens egenavgifter betalar patienten 4,60 kr och landstinget står för mellanskillnaden, 20,40 kr/ förpackning. Med vårt förslag att höja egenavgiften kommer patienten istället att betala 6 kr och landstinget 19 kr/förpackning.

Speciallivsmedel	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgift för speciallivsmedel	250 kr/ord	300 kr/ord

Landstingets utfall för näringspreparat år 2017 var för vuxna i öppenvård 8 900 000 kr. Denna kostnad kommer att sänkas om vi höjer egenavgiften.

Bakgrund till förslag 3

Högkostnadsskyddet för öppen vård räknas fram enligt Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) kap 17, 6§. Då prisbasbeloppet höjs till 46 500 kronor och beloppet man betalar för sjukvård får vara högst 0,025 prisbasbelopp avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor, blir det 1 150 kronor för år 2019.

Bakgrund till förslag 5

Landstingsfullmäktige har tidigare i år tagit beslut om att patientavgift för distanskontakt via videolänk ska vara den samma som vid ett motsvarande fysiskt mottagningsbesök. *Distanskontakt via videolänk* innebär ”ljud och bild i kombination”, i realtid. Det finns två typer av distanskontakter till, nämligen *distanskontakt via telefon* och *skriftlig distanskontakt*. Ett behov har uppstått att klargöra om distanskontakt i form av chatt ska medföra en patientavgift eller inte. Även annan form av distanskontakt kan vara av intresse att utreda när det gäller patientavgift. Då tid inte har funnits för ett grundligt förarbete bör detta utredas vidare och tas upp som ett extra ärende kring patientavgifter så snart ett förslag är klart.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Ralph Harlid
Planeringsdirektör

Bilagor

- 18-832 Patientavgifter och regelverk
- 18-791 Sjukresor (regelverk och egenavgifter)

§ 103/18 Ärendenummer: 2018/01473

Förslag till patientavgifter 2019

Nämnden för Blekingesjukhuset föreslår Landstingsstyrelsen att föreslå Landstingsfullmäktige besluta

1. Att höja patientens maxavgift till 1 600 kronor per månad vid förskrivning av näringspreparat och speciallivsmedel >16 år, höja egenavgiften per månad för sondnäring till 400 kronor per 500 ml och kosttillägg till 180 kronor per tillägg samt höja egenavgiften för speciallivsmedel till 300 kronor per ordination,
2. Att höja timtaxan enligt tidigare beslut, med 3 % för 2019,
3. Att göra ett tillägg i regelverket för sjukresor under rubriken "Ersättning till/från vårdinrättning *inom* länet" enligt följande: "Personer med behov av resa med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon och studerar vid riksgymnasium i angränsande län, får även räkna studieorten som folkbokföringsadress då de bor på internat. Detsamma gäller personer som är placerade vid ett behandlingshem (ej frivilligt boende) i angränsande län. Detta gäller vid sjukresa till hemlandstinget för vård och resa tillbaka till boendet",
4. Att i övrigt fastslå patientavgifterna för 2019 samt att dessa gäller från 1 januari 2019.

Sammanfattning

Egenavgifterna för näringspreparat och speciallivsmedel till personer över 16 år har inte räknats om sedan 2009. Förra gången det gjordes valde vi samma som Region Skånes avgifter. Maxavgiften är baserad på konsumentverkets beräkningar av livsmedelskostnader för matkorgar när all mat lagas hemma (18-75 år). Snittkostnaden för dessa åldersgrupper är enligt konsumentverket 2 215 kr (2 500 + 2 360 + 2 120 + 1 880=8 860/4 = 2 215). Kostnaderna viktas mot äldre. Vårt förslag är att höja maxavgiften för den totala förskrivningen från dagens 1 375 kronor/månad till 1 600 kronor/månad. Den föreslagna maxavgiften är lägre än både snittkostnaden för hela gruppen och för den äldsta åldersgruppen.

Sondnäring	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgiften för 500 ml sondnäring/dag	280 kr/mån	400 kr/mån
Egenavgiften för 1000 ml sondnäring/dag	560 kr/mån	800 kr/mån
Egenavgiften för 1500 ml sondnäring/dag osv.	840 kr/mån	1 200 kr/mån

Vid 1500 ml eller mer tillgodoses oftast hela dagsbehovet av näring och då tillkommer inga andra kostnader för mat.

Kosttillägg	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgiften för ett kosttillägg/dag	140 kr/mån	180 kr/mån
Egenavgiften för två kosttillägg/dag	280 kr/mån	360 kr/mån
Egenavgiften för tre kosttillägg/dag osv.	420 kr/mån	540 kr/mån

Snittkostnaden för en näringsdryck är 25 kr. Med dagens egenavgifter betalar patienten 4,60 kr och landstinget står för mellanskillnaden, 20,40 kr/ förpackning. Med vårt förslag att höja

egenavgiften kommer patienten istället att betala 6 kr och landstinget 19 kr/förpackning.

Speciallivsmedel	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgift för speciallivsmedel	250 kr/ord	300 kr/ord

Landstingets utfall för näringspreparat år 2017 var för vuxna i öppenvård 8 900 000 kr. Denna kostnad kommer att sänkas om vi höjer egenavgiften.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse: Förslag till patientavgifter 2019
Bilaga: Sjukresor (regler och egenavgifter)
Bilaga: Patientavgifter och regelverk.

Protokollet ska skickas till

Landstingsfullmäktige
Landstingsstyrelsen
Förvaltningschef för Blekingesjukhuset

LANDSTINGET BLEKINGE

Planeringsavdelningen
Marie Söderström

2018-10-02

Ärendenummer 2018/01473
Dokumentnummer 2018/01473-2

Till Nämnden för Blekingesjukhuset

Förslag till patientavgifter 2019

Förslag till beslut

Nämnden för Blekingesjukhuset föreslår Landstingsstyrelsen att föreslå Landstingsfullmäktige besluta

1. Att höja patientens maxavgift till 1 600 kronor per månad vid förskrivning av näringspreparat och speciallivsmedel >16 år, höja egenavgiften per månad för sondnäring till 400 kronor per 500 ml och kosttillägg till 180 kronor per tillägg samt höja egenavgiften för speciallivsmedel till 300 kronor per ordination,
2. Att höja timtaxan enligt tidigare beslut, med 3 % för 2019,
3. Att göra ett tillägg i regelverket för sjukresor under rubriken ”Ersättning till/från vårdinrättning *inom* länet” enligt följande: ”Personer med behov av resa med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon och studerar vid riksgymnasium i angränsande län, får även räkna studieorten som folkbokföringsadress då de bor på internat. Detsamma gäller personer som är placerade vid ett behandlingshem (ej frivilligt boende) i angränsande län. Detta gäller vid sjukresa till hemlandstinget för vård och resa tillbaka till boendet”,
4. Att i övrigt fastslå patientavgifterna för 2019 samt att dessa gäller från 1 januari 2019.

Sammanfattning

Egenavgifterna för näringspreparat och speciallivsmedel till personer över 16 år har inte räknats om sedan 2009. Förra gången det gjordes valde vi samma som Region Skånes avgifter.

Maxavgiften är baserad på konsumentverkets beräkningar av livsmedelskostnader för matkorgar när all mat lagas hemma (18-75 år). Snittkostnaden för dessa åldersgrupper är enligt konsumentverket 2 215 kr (2 500 + 2 360 + 2 120 + 1 880=8 860/4 = 2 215). Kostnaderna viktas mot äldre. Vårt förslag är att höja maxavgiften för den totala förskrivningen från dagens 1 375 kronor/månad till 1 600 kronor/månad. Den föreslagna maxavgiften är lägre än både snittkostnaden för hela gruppen och för den äldsta åldersgruppen.

Sondnäring	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgiften för 500 ml sondnäring/dag	280 kr/mån	400 kr/mån

Egenavgiften för 1000 ml sondnäring/dag	560 kr/mån	800 kr/mån
Egenavgiften för 1500 ml sondnäring/dag osv.	840 kr/mån	1 200 kr/mån

Vid 1500 ml eller mer tillgodoses oftast hela dagsbehovet av näring och då tillkommer inga andra kostnader för mat.

Kosttillägg	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgiften för ett kosttillägg/dag	140 kr/mån	180 kr/mån
Egenavgiften för två kosttillägg/dag	280 kr/mån	360 kr/mån
Egenavgiften för tre kosttillägg/dag osv.	420 kr/mån	540 kr/mån

Snittkostnaden för en näringsdryck är 25 kr. Med dagens egenavgifter betalar patienten 4,60 kr och landstinget står för mellanskillnaden, 20,40 kr/ förpackning. Med vårt förslag att höja egenavgiften kommer patienten istället att betala 6 kr och landstinget 19 kr/förpackning.

Speciallivsmedel	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgift för speciallivsmedel	250 kr/ord	300 kr/ord

Landstingets utfall för näringspreparat år 2017 var för vuxna i öppenvård 8 900 000 kr. Denna kostnad kommer att sänkas om vi höjer egenavgiften.

Karlskrona enligt ovan



Lars Almroth
Förvaltningschef Blekingesjukhuset

Bilagor

- 18-832 Patientavgifter och regelverk
- 18-791 Sjukresor (regelverk och egenavgifter)

§ 138/18

Ärendenummer: 2018/01473

Förslag till patientavgifter 2019

Nämnden för primärvård och folktandvård beslutar

1. Att skicka vidare ärendet patientavgifter för 2019 till landstingsstyrelsen för beslut.

Reservationer och särskilda uttalanden

Alliansen reseerverar sig mot beslutet.

Sammanfattning

Egenavgifterna för näringspreparat och speciallivsmedel till personer över 16 år har inte räknats om sedan 2009. Förra gången det gjordes valdes samma avgifter som Region Skånes.

Maxavgiften är baserad på konsumentverkets beräkningar av livsmedelskostnader för matkorgar när all mat lagas hemma (18-75 år). Snittkostnaden för dessa åldersgrupper är enligt konsumentverket 2 215 kr (2 500 + 2 360 + 2 120 + 1 880=8 860/4 = 2 215). Kostnaderna viktas mot äldre. Vårt förslag är att höja maxavgiften för den totala förskrivningen från dagens 1 375 kronor/månad till 1 600 kronor/månad. Den föreslagna maxavgiften är lägre än både snittkostnaden för hela gruppen och för den äldsta åldersgruppen.

Sondnäring	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgiften för 500 ml sondnäring/dag	280 kr/mån	400 kr/mån
Egenavgiften för 1000 ml sondnäring/dag	560 kr/mån	800 kr/mån
Egenavgiften för 1500 ml sondnäring/dag osv.	840 kr/mån	1 200 kr/mån

Vid 1500 ml eller mer tillgodoses oftast hela dagsbehovet av näring och då tillkommer inga andra kostnader för mat.

Kosttillägg	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgiften för ett kosttillägg/dag	140 kr/mån	180 kr/mån
Egenavgiften för två kosttillägg/dag	280 kr/mån	360 kr/mån
Egenavgiften för tre kosttillägg/dag osv.	420 kr/mån	540 kr/mån

Snittkostnaden för en näringsdryck är 25 kr. Med dagens egenavgifter betalar patienten 4,60 kr och landstinget står för mellanskillnaden, 20,40 kr/ förpackning. Med vårt förslag att höja egenavgiften kommer patienten istället att betala 6 kr och landstinget 19 kr/förpackning.

Speciallivsmedel	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgift för speciallivsmedel	250 kr/ord	300 kr/ord

Landstingets utfall för näringspreparat år 2017 var för vuxna i öppenvård 8 900 000 kr. Denna kostnad kommer att sänkas om egenavgiften höjs.

Beslutsunderlag

Missiv: Förslag till patientavgifter 2019
Bilaga 1: Sjukresor (regler och egenavgifter)
Bilaga 2: Patientavgifter och regelverk

Förslag till beslut

Teo Zickbauer (S) och Margaretha Jonasson (SD) yrkar avslag till liggande förslag.

S, V och MP yrkar "att skicka vidare ärendet patientavgifter för 2019 till landstingsstyrelsen för beslut".

Beslutsgång

Ordförande Teo Zickbauer (S) ställer bifall mot avslag till liggande förslag och finner liggande förslag avslaget.

Ordförande Teo Zickbauer (S) ställer bifall mot avslag till S, V och MP:s förslag "att skicka vidare ärendet patientavgifter för 2019 till landstingsstyrelsen för beslut" och finner förslaget bifallet.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen
Förvaltningschefen för primärvården
Diariet

LANDSTINGET BLEKINGE

Planeringsavdelningen
Marie Söderström

2018-10-02

Ärendenummer 2018/01473
Dokumentnummer 2018/01473-3

Till Nämnden för primärvård och folktandvård

Förslag till patientavgifter 2019

Förslag till beslut

Nämnden för primärvård och folktandvård föreslår Landstingsstyrelsen föreslå Landstingsfullmäktige besluta

1. Att höja patientens maxavgift till 1 600 kronor per månad vid förskrivning av näringspreparat och speciallivsmedel >16 år, höja egenavgiften per månad för sondnäring till 400 kronor per 500 ml och kosttillägg till 180 kronor per tillägg samt höja egenavgiften för speciallivsmedel till 300 kronor per ordination,
2. Att höja timtaxan enligt tidigare beslut, med 3 % för 2019,
3. Att göra ett tillägg i regelverket för sjukresor under rubriken ”Ersättning till/från vårdinrättning *inom* länet” enligt följande: ”Personer med behov av resa med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon och studerar vid riksgymnasium i angränsande län, får även räkna studieorten som folkbokföringsadress då de bor på internat. Detsamma gäller personer som är placerade vid ett behandlingshem (ej frivilligt boende) i angränsande län. Detta gäller vid sjukresa till hemlandstinget för vård och resa tillbaka till boendet”,
4. Att i övrigt fastslå patientavgifterna för 2019 samt att dessa gäller från 1 januari 2019.

Sammanfattning

Egenavgifterna för näringspreparat och speciallivsmedel till personer över 16 år har inte räknats om sedan 2009. Förra gången det gjordes valde vi samma som Region Skånes avgifter.

Maxavgiften är baserad på konsumentverkets beräkningar av livsmedelskostnader för matkorgar när all mat lagas hemma (18-75 år). Snittkostnaden för dessa åldersgrupper är enligt konsumentverket 2 215 kr (2 500 + 2 360 + 2 120 + 1 880=8 860/4 = 2 215). Kostnaderna viktas mot äldre. Vårt förslag är att höja maxavgiften för den totala förskrivningen från dagens

1 375 kronor/månad till 1 600 kronor/månad. Den föreslagna maxavgiften är lägre än både snittkostnaden för hela gruppen och för den äldsta åldersgruppen.

Sondnäring	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgiften för 500 ml sondnäring/dag	280 kr/mån	400 kr/mån
Egenavgiften för 1000 ml sondnäring/dag	560 kr/mån	800 kr/mån
Egenavgiften för 1500 ml sondnäring/dag osv.	840 kr/mån	1 200 kr/mån

Vid 1500 ml eller mer tillgodoses oftast hela dagsbehovet av näring och då tillkommer inga andra kostnader för mat.

Kosttillägg	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgiften för ett kosttillägg/dag	140 kr/mån	180 kr/mån
Egenavgiften för två kosttillägg/dag	280 kr/mån	360 kr/mån
Egenavgiften för tre kosttillägg/dag osv.	420 kr/mån	540 kr/mån

Snittkostnaden för en näringsdryck är 25 kr. Med dagens egenavgifter betalar patienten 4,60 kr och landstinget står för mellanskillnaden, 20,40 kr/ förpackning. Med vårt förslag att höja egenavgiften kommer patienten istället att betala 6 kr och landstinget 19 kr/förpackning.

Speciallivsmedel	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgift för speciallivsmedel	250 kr/ord	300 kr/ord

Landstingets utfall för näringspreparat år 2017 var för vuxna i öppenvård 8 900 000 kr. Denna kostnad kommer att sänkas om vi höjer egenavgiften.

Karlskrona enligt ovan

RosMarie Nilsson
Förvaltningschef primärvården

Bilagor

- 18-832 Patientavgifter och regelverk
- 18-791 Sjukresor (regelverk och egenavgifter)

LANDSTINGET BLEKINGE

Planeringsavdelningen
Marie Söderström

2018-10-02

Ärendenummer 2018/01473
Dokumentnummer 2018/01473-4

Till Nämnden för psykiatri och habilitering

Förslag till patientavgifter 2019

Förslag till beslut

Nämnden för psykiatri och habilitering föreslår Landstingsstyrelsen föreslå Landstingsfullmäktige besluta

1. Att höja patientens maxavgift till 1 600 kronor per månad vid förskrivning av näringspreparat och speciallivsmedel >16 år, höja egenavgiften per månad för sondnäring till 400 kronor per 500 ml och kosttillägg till 180 kronor per tillägg samt höja egenavgiften för speciallivsmedel till 300 kronor per ordination,
2. Att höja timtaxan enligt tidigare beslut, med 3 % för 2019,
3. Att göra ett tillägg i regelverket för sjukresor under rubriken ”Ersättning till/från vårdinrättning *inom* länet” enligt följande: ”Personer med behov av resa med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon och studerar vid riksgymnasium i angränsande län, får även räkna studieorten som folkbokföringsadress då de bor på internat. Detsamma gäller personer som är placerade vid ett behandlingshem (ej frivilligt boende) i angränsande län. Detta gäller vid sjukresa till hemlandstinget för vård och resa tillbaka till boendet”,
4. Att i övrigt fastslå patientavgifterna för 2019 samt att dessa gäller från 1 januari 2019.

Sammanfattning

Egenavgifterna för näringspreparat och speciallivsmedel till personer över 16 år har inte räknats om sedan 2009. Förra gången det gjordes valde vi samma som Region Skånes avgifter.

Maxavgiften är baserad på konsumentverkets beräkningar av livsmedelskostnader för matkorgar när all mat lagas hemma (18-75 år). Snittkostnaden för dessa åldersgrupper är enligt konsumentverket 2 215 kr (2 500 + 2 360 + 2 120 + 1 880=8 860/4 = 2 215). Kostnaderna viktas mot äldre. Vårt förslag är att höja maxavgiften för den totala förskrivningen från dagens 1 375 kronor/månad till 1 600 kronor/månad. Den föreslagna maxavgiften är lägre än både snittkostnaden för hela gruppen och för den äldsta åldersgruppen.

Sondnäring	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgiften för 500 ml sondnäring/dag	280 kr/mån	400 kr/mån
Egenavgiften för 1000 ml sondnäring/dag	560 kr/mån	800 kr/mån
Egenavgiften för 1500 ml sondnäring/dag osv.	840 kr/mån	1 200 kr/mån

Vid 1500 ml eller mer tillgodoses oftast hela dagsbehovet av näring och då tillkommer inga andra kostnader för mat.

Kosttillägg	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgiften för ett kosttillägg/dag	140 kr/mån	180 kr/mån
Egenavgiften för två kosttillägg/dag	280 kr/mån	360 kr/mån
Egenavgiften för tre kosttillägg/dag osv.	420 kr/mån	540 kr/mån

Snittkostnaden för en näringsdryck är 25 kr. Med dagens egenavgifter betalar patienten 4,60 kr och landstinget står för mellanskillnaden, 20,40 kr/ förpackning. Med vårt förslag att höja egenavgiften kommer patienten istället att betala 6 kr och landstinget 19 kr/förpackning.

Speciallivsmedel	**Avgift idag**	**Förslag 2019**
Egenavgift för speciallivsmedel	250 kr/ord	300 kr/ord

Landstingets utfall för näringspreparat år 2017 var för vuxna i öppenvård 8 900 000 kr. Denna kostnad kommer att sänkas om vi höjer egenavgiften.

Karlskrona enligt ovan

Bodil Sundlöf
Förvaltningschef psykiatri och habilitering

Bilagor

- 18-832 Patientavgifter och regelverk
- 18-791 Sjukresor (regelverk och egenavgifter)

LANDSTINGET BLEKINGE

Dokumentnamn: Patientavgifter och regelverk		Revision: 03
Dokumenttyp: 8.5.4.1.1-3 riktlinjer	Dokumentnummer: 18-832	
Detta dokument gäller för: Vårdgivare inom Landstinget Blekinge	Funktionsområde:	
Dokumentansvarig: Marie Söderström	Beslut av: Landstingsfullmäktige	
Beslut datum: 2017-11-27	Nästa revidering: 2018-12-31	

Patientavgifter och regelverk

LANDSTINGET BLEKINGE

Innehåll

Patientavgifter och regelverk 1
1 Allmänt 4
Patientavgifter 4
Högkostnadsskydd/frikort för sjukvård 4
Patient som får vänta mer än 30 minuter - 30-minutersregeln 5
Uteblivna tidsbeställda besök/dagkirurgi 5
Utebliven vård eller behandling 6
2 Öppen vård 6
Distanskontakt 8
Avgiftsfria besök 8
Medicinsk service 8
Sjukintyg och recept 9
Mödravård och barnhälsovård 9
Födelsekontrollerande verksamhet 9
Riktade hälsoundersökningar 9
3 Sluten vård 10
Vårdavgift debiteras patienter i sluten vård enligt följande: 10
Befriade från vårdavgift enligt gällande lagstiftning 10
Avgifter för närståendemedverkan 10
4 Asylsökande och papperslösa (tillståndslösa) 11
Patientavgifter i primärvården 11
Patientavgifter inom psykiatrin och habiliteringen samt Blekingesjukhuset 11
Tandvård 12
Avgiftsbefriade besök 12
Intyg/åtgärd utan samband med sjukdom 12
Sluten vård 12
5 Hjälpmedel 12
Elektroniska nervstimulatorer TENS 12
CPAP-apparater 12
Kryck-/stödkäppar 13
Trehjulig cykel 13
Eldriven rullstol 13
Ortopediska skor 13
Resår- och tygkorsett 13
Ortoser 13
Hörapparat 13

Glasögon....13
Peruker/tupéer....14
6 Timtaxa 2018....14
7 Intyg....14
Avgiftsbelagda intyg....14
Avgiftsfria intyg....17
8 Undersökningar/Åtgärd utan samband med sjukdom....18
Avgifter gällande körkortsintyg vid missbruk (inklusive alkolås)....19
9 Vaccinationer....20
Influensa- och Pneumokockvaccinering....20
Avgift vid flerdosvaccination....20
10 Journalkopior, övriga handlingar....21
11 Näringspreparat och speciallivsmedel >16 år....21
Tillämpningsregler för näringspreparat och speciallivsmedel....22
12 Remissregler för laserbehandling av sjuklig/missprydande ökad hårväxt....23
13 Gipsning....23
14 Fritt vårdsökande....24

1 Allmänt

Landsting och kommuner har vid sidan av skatten möjlighet att finansiera sin verksamhet med avgifter.

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), 17 kap. 1 §, stadgas t ex följande: ”Vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök får tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer. Patienter som omfattas av ett landstings eller en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 8 kap. 1-3 §§ respektive 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § ska behandlas lika.”

Definition enligt 2 kap. 1 § – ”Med hälso- och sjukvård avses i denna lag
1. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador
2. sjuktransporter, och
3. omhändertagande av avlidna.”

Enligt kommunallagen

- får landsting och kommuner avgiftsbelägga tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller
- kan endast landstingsfullmäktige besluta om avgifter. Det betyder att inga lokalt fastställda avgifter, depositionsavgifter och dylikt får förekomma.

AFL – Lagen om allmän försäkring omfattar när det gäller sjukvårdsförmåner
- alla svenska medborgare bosatta i Sverige
- icke svenska medborgare bosatta i Sverige.

I avgiftshänseende ska skiljas på:
- vård som regleras i lagen om allmän försäkring (AFL)
- vård som inte regleras i AFL, t ex förebyggande vård, hälsoundersökningar, vaccinationer, vissa intyg mm.

Enligt ”Riksavtal för utomlänsvård” är hemlandstinget det landsting där patienten är folkbokförd vid vårdtillfällets inledning.

Patientavgifter

Patientavgifter betalas enligt vårdlandstingets regler.
Vid besöket kan avgiften betalas kontant eller med kort i första hand. Om patienten inte betalar sitt besök skickas faktura.

Högkostnadsskydd/frikort för sjukvård

Kvalificerande besök inom ramen för högkostnadsskyddet registreras på ett särskilt kort som fastställts av landstinget.

Kvalificerande avgifter för registrering i högkostnadskort är besök för sjukvård hos offentligt finansierad vårdgivare i Sverige. Även grundavgift och vaccinkostnad vid influensa- och pneumokockvaccinering ingår i högkostnadsskyddet i Blekinge. Giltigt frikort gäller för sjukvård hos offentligt finansierad vårdgivare i Sverige

- Frikort utfärdas när en person under en 12-månadersperiod fått hälso- och sjukvård till ett belopp av 1 100 kronor i offentligt finansierad öppen vård.
- Frikortet för sjukvård gäller under den tid som återstår av en 12-månadersperiod beräknad från det datum då det första besöket gjordes. Frikortet gäller för öppen offentligt finansierad sjukvård i hela Sverige.
- Högkostnadsskydd tillämpas enligt vårdlandstingets regler. Vårdlandstinget utfärdar frikort.

Patient som får vänta mer än 30 minuter - 30-minutersregeln

Patient som får vänta mer än 30 minuter vid tidsbeställt besök i öppen hälso- och sjukvård ska medges avgiftsbefrielse med undantag för följande besök:

- besök som inte är avgiftsbelagda
- akutbesök, även om en angiven tid finns
- besök för hälsokontroll, vaccinering för utlandsvistelse m.m. - det vill säga besök som inte faller under läkarvård eller sjukvårdande behandling.

De 30 minuterna räknas från den tidpunkt som besöket är bokat och fram till dess att personal vidtar någon åtgärd som hör samman med besöket. Det innebär att besöket har påbörjats om provtagning eller annan undersökning startat som ingår i det egentliga besöket. Det räcker inte att ropa upp patienten i väntrummet och placera henne/honom i ett annat rum utan att vidta någon åtgärd. Så snart det noterats att avtalad tid inte kan hållas, ska patienten upplysas härom. Det är viktigt att patienten blir informerad om att väntetid uppstått samt hur lång denna väntan beräknas bli. Detta gäller även om det är så kallat ”undantagsbesök” enligt ovan.

I de fall väntetiden överstiger 30 minuter ska patienten informeras om det och de som så önskar ska få avgiften tillbaka.

För att avgiftsbefrielse ska medges förutsätts, dels att patienten håller sin del av överenskommelsen, det vill säga kommer på utsatt tid, dels att återbetalningen sker i direkt anslutning till besöket. Om så inte sker, har patienten förverkat sin rätt till återbetalning.

Registrering i högkostnadskort kvarstår.

Uteblivna tidsbeställda besök/dagkirurgi

Om patient är förhindrad att komma till ett tidsbeställt besök i öppen hälso- och sjukvård skall patienten snarast, dock senast 24 timmar i förväg, avboka bokad tid. För dagkirurgi gäller 72 timmar. Patient som uteblir från tidsbeställt besök ska betala avgift för uteblivet besök.

Patient som inte avbeställer inom angiven tid måste ange giltigt skäl för att slippa betala avgift. Bedömningen om giltigt skäl vid förhinder görs av mottagningspersonalen. Giltigt skäl är t ex vård av sjukt barn, sjukdom i familjen, egen ”annan” sjukdom. I de fall patient debiteras för uteblivet besök skickas en faktura samt avgift för fakturering. Frikort gäller inte.

Avgift för uteblivna besök är:

- Dagkirurgi 450 kronor

- Vuxna 300 kronor
- Barn och ungdomar fram t o m det år då de fyller 19 år 100 kronor.

Faktura skickas för samtliga uteblivna besök, även om besöket varit avgiftsfritt. Faktureringsavgift tillkommer.

För närvarande går det inte att fakturera barn upp till 18 år på grund av tekniska problem. Följande gäller tills vidare

- Barn och ungdomar upp till 18 år faktureras inte
- Barn och ungdomar 18-19 år faktureras med 100 kronor.

Fakturerad avgift berättigar inte till registrering i högkostnadskort.

Utebliven vård eller behandling

Ersättning ska ges till patient som inte fått den vård eller behandling denne kallats till.

- Ersättning för de utlägg denne haft för sin resa till och från vårdinrättningen. Ersättning lämnas enligt bestämmelserna i landstingets sjukresereglemente, dock utan avdrag för egenavgift.
- Betald patientavgift i öppen vård återbetalas.
- Vid utskrivning från sluten vård ska ingen fakturering av vårdavgift ske.
- Ersättning för förlorad arbetsförtjänst lämnas om lönespecifikation/intyg kan lämnas där det framgår att löneavdrag har gjorts. Ersättningen är skattepliktig och landstinget är skyldig att lämna kontrolluppgift.
- Ersättning lämnas inte för upplevt obehag.
- Är patienten skyldig till att vård inte kan ges, exempelvis beroende på sen ankomst eller annat skäl, ska ingen ersättning utbetalas.
- Ersättning lämnas till ledsagare där patientens ålder eller tillstånd så kräver.
- Kostnaden ska belasta den vårdenhet som förorsakat den.

2 Öppen vård

Öppen vård

Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar

Besök inom primärvård inkl jourcentral	Avgift
Läkarbesök	150 kr
Sjukvårdande behandling, inkl jourcentral och specialiserade dsk-/sskmottagningar	100 kr
Sjukvårdande behandling medverkande läkare *	150 kr
Besök hos distriktssköterska	0 kr
Hembesök/hemsjukvård	150 kr

Personer fyllda 85 år eller äldre	0 kr
Telefonkontakt, kvalificerad (samtal som ersätter ett besök)	100 kr
Återbesök inom 24 timmar (gällande samma åkomma, samma vårdgivarkategori och samma mottagning)	0 kr

* Då läkare aktivt medverkar i behandlingen genom samråd med hälso- och sjukvårdspersonal före eller efter behandling i det enskilda vårdtillfället.

Besök inom psykiatrin och habiliteringen	**Avgift**
Besök inom vuxenpsykiatrin, alla yrkeskategorier	150 kr
Dagpsykiatri	100 kr
Besök inom barn- och ungdomspsykiatrin	0 kr
Besök inom habiliteringen	0 kr
Personer fyllda 85 år eller äldre	0 kr
Återbesök inom 24 timmar (gällande samma åkomma, samma vårdgivarkategori och samma mottagning)	0 kr
Telefonkontakt, kvalificerad (samtal som ersätter ett besök)	100 kr
Överläkare inom psykiatrin kan besluta om avgiftsbefrielse på medicinska grunder	
Första remissbesök när det föregås av ett avgiftsbelagt läkarbesök på vårdcentral eller mottagning inom offentligt finansierad länssjukvård	100 kr

Besök inom Blekingesjukhuset	**Avgift**
Läkarbesök	300 kr
Besök på akutmottagning, även besök som leder till inskrivning	400 kr
Sjukvårdande behandling	100 kr
Sjukvårdande behandling medverkande läkare *	300 kr
Sjukvårdande behandling, hembesök (bedömningsbil/ambulans)	100 kr
Patient inskriven vid vårdinrättning tillhörande landstinget, vid besök föranlett vid aktuellt slutenvårdstillfälle (konsultbesök)	0 kr
Personer fyllda 85 år eller äldre	0 kr
Dagsjukvård	100 kr
Dagkirurgi	300 kr
Telefonkontakt, kvalificerad (samtal som ersätter ett besök)	100 kr
Återbesök inom 24 timmar (gällande samma åkomma, samma vårdgivarkategori och samma mottagning)	0 kr
Första remissbesök när det föregås av ett avgiftsbelagt läkarbesök på vårdcentral eller mottagning inom offentligt finansierad länssjukvård	100 kr

* Då läkare aktivt medverkar i behandlingen genom samråd med hälso- och sjukvårdspersonal före eller efter behandling i det enskilda vårdtillfället.

Barn och ungdomar har fri sjukvård till och med det kalenderår de fyller 19 år. Gäller även personer som är 85 år eller äldre.

Besök ger rätt till:

- ***Intyg för sjukpenning***
- ***Sjukreseersättning (enligt regelverk sjukresor, landstinget Blekinge)***
- ***Registrering i högkostnadsskydd***

Distanskontakt

Patientavgiften för *distanskontakt via videolänk* är samma som för ett motsvarande fysiskt mottagningsbesök.

Avgiftsfria besök

Avgiftsfria besök	Avgift
Barn och ungdomar till och med det kalenderår de fyller 19 år	0 kr
Personer fyllda 85 år eller äldre	0 kr
Ungdomsmottagning	0 kr
Habilitering	0 kr
Anhållna och häktade, intagna vid statens kriminalvårdsanstalter (hemlandstinget debiteras)	0 kr
Barn och ungdomar omhändertagna för vård enligt LVU	0 kr
Värnpliktiga	0 kr
Hepatit C, smittats i hälso- och sjukvården	0 kr
HIV-smittade, smittats i hälso- och sjukvården	0 kr
Besök i samband med organdonation (donatorn)	0 kr
Infektioner, behandling av infektioner som uppstått i samband med sjukhusvistelse	0 kr
Psykiatrisk vård enligt LRV, LPT	0 kr
Rehabiliteringsplan – helhetsbedömning – besök tillsammans med försäkringskassan	0 kr
Smittsamma sjukdomar – enligt smittskyddslagen	0 kr
Besök som avser utprovning och anpassning av tekniska hjälpmedel	0 kr
Första besök och återbesök vid våld i nära relationer	0 kr

Medicinsk service

Medicinsk service	Avgift
Provtagning på grund av sjukdom	0 kr
Röntgen	100 kr
Klinisk fysiologi	100 kr

Barn och ungdomar har fri sjukvård till och med det kalenderår de fyller 19 år. Avgiftsfritt för personer som är 85 år eller äldre.

Besök ger rätt till:

- ***Intyg för sjukpenning***
- ***Sjukreseersättning (enligt regelverk sjukresor, landstinget Blekinge)***
- ***Registrering i högkostnadsskydd***

Sjukintyg och recept

Sjukintyg	Avgift
Sjukintyg hämtas på mottagningen	0 kr
Sjukintyg skickas hem till patienten	0 kr

Recept	Avgift
E-recept	0 kr
Recept hämtas på mottagningen	0 kr
Recept skickas hem till patienten	0 kr
Recept med anledning av forskning	0 kr
Recept med anledning av läkemedelsprövning	0 kr
Recept resemedicin	300 kr
Recept utan samband med sjukdom	300 kr

Mödravård och barnhälsovård

MHV, BHV	Avgift
Besök inom mödrahälsovården	0 kr
Besök inom barnhälsovården	0 kr

Födelsekontrollerande verksamhet

Abort-, preventivmedels- och steriliseringsrådgivning inkl förskrivning av P-piller som utförs av

- Läkare 0 kr
- Annan än läkare 0 kr

Besök ger rätt till: Sjukreseersättning (enligt regelverk Sjukresor, landstinget Blekinge)

Riktade hälsoundersökningar

Riktade hälsoundersökningar	Avgift
Mammografiscreening	0 kr
Ultraljudsscreening pulsåderbråck	150 kr
Gynekologisk cellprovsscreening (cellprovtagning)	0 kr

Besök ger inte rätt till:

- ***Sjukreseersättning (enligt regelverk sjukresor, landstinget Blekinge)***
- ***Registrering i högkostnadsskydd***

3 Sluten vård

Sluten vård

Hälso- och sjukvård som ges till patient inskriven vid vårdenhet.
Landstingen debiterar nedanstående vårdavgifter för personer vårdade i sluten vård inom Landstinget Blekinge och som omfattas av lagen om allmän försäkring. För debitering av övriga patienter hänvisas till dokumentet ”Vård av personer från andra länder”.

Vårdavgiften uppgår till högst 100 kronor och avser sjukhusvård, konvalescentvård, utlandsvård och patienthotell. Särskild regel gäller för asylsökande och papperslösa, se kapitel 4.
Organdonatorer betalar inga avgifter i samband med donationen.

Vårdavgift debiteras patienter i sluten vård enligt följande:

Barn och ungdom fram t o m det år de fyller 19 år	0 kr
Vuxna (20 år och äldre) med en årsinkomst från 96 001 kronor	100 kr
Vuxna (20 år och äldre) med en årsinkomst som är 96 000 kronor eller lägre	50 kr

Med bruttolön avses sammanlagd skattepliktig inkomst/bidrag per månad innan sjukavdrag (arbetslöshetsunderstöd, studiebidrag, studiestöd, AMS-bidrag, socialbidrag, bostadsbidrag m.m.).

Avgift debiteras för inskrivningsdag samt mellanliggande vårddagar men inte utskrivningsdag. I samband med permission debiteras ingen vårdavgift. Som permissionsdag räknas dag då patienten har en registrerad permission ett helt dygn.
Ex. patient som åker hem på permission en fredag klockan 13.00 och kommer tillbaka söndag klockan 16.00 betalar slutenvårdsavgift för fredag och söndag men inte för lördagen.

En patient, som skrivits in på sjukhus för en viss åtgärd och som får åka hem på grund av att landstinget vid tillfället inte har möjlighet att genomföra åtgärden, betalar ingen vårdavgift.

Överläkare inom psykiatrin kan besluta om avgiftsbefrielse.

Befriade från vårdavgift enligt gällande lagstiftning

- Hiv-smittade, smittade i hälso- och sjukvården genom faktorkoncentrat eller blodtransfusion
- häktade, anhållna samt intagna vid kriminalvårdsanstalt från Blekinge
- häktade, anhållna samt intagna vid kriminalvårdsanstalt - hemlandstinget debiteras hela vårdkostnaden inkl. patientavgiften enligt riksavtalets regler för debitering av slutenvård till andra landsting.

Avgifter för närståendemedverkan

- Närstående som vistas med inskrivna patienter ska skrivas in som betalande sällskap och betala 150 kr/dygn, gäller även neonatalavdelningen.
- Pappor eller annan person som gör mamman sällskap med övernattning på BB får betala 150 kr/dygn
- För närstående som är inskrivna finns ett kostnadstak på 1 200 kr/månad och närstående.

4 Asylsökande och papperslösa (tillståndslösa)

Patientavgifter för papperslösa (tillståndslösa) är samma som för asylsökande

Patientavgifter i primärvården

Omedelbar och planerad vård – barn upp till 18 år	**Avgift**
Läkarbesök	0 kr
Övriga besök	0 kr
Omedelbar vård och vård som inte kan anstå – vuxna som fyllt 18 år	
Hälsosamtal (hälsoundersökning)	0 kr
Läkarbesök	50 kr
Sjukvårdande behandling efter remiss av läkare inom den offentliga vården	25 kr
Planerad vård – vuxna som fyllt 18 år	
Läkarbesök	utomlänsavgift
Sjukvårdande behandling	utomlänsavgift

Patientavgifter inom psykiatrin och habiliteringen samt Blekingesjukhuset

Omedelbar och planerad vård – barn upp till 18 år	**Avgift**
Läkarbesök	0 kr
Övriga besök	0 kr
Omedelbar vård och vård som inte kan anstå – vuxna som fyllt 18 år	
Besök efter remiss från primärvården. Avgiften gäller tills patienten är färdigbehandlad (således inte endast det första besöket) samt nödvändiga besök efter utskrivning	
Läkarbesök	50 kr
Sjukvårdande behandling efter remiss av läkare inom den offentliga vården	25 kr
Omedelbar vård och vård som inte kan anstå – alla som fyllt 18 år *utan remiss* från primärvården – samma avgifter som för bosatta folkbokförda i Sverige	
Läkarbesök	150/300/400kr
Sjukvårdande behandling	100/150 kr
Hembesök	150/300 kr
Planerad vård – vuxna som fyllt 18 år	
Läkarbesök	Utomlänsavgift/DRG
Sjukvårdande behandling	Utomlänsavgift/DRG

Tandvård

Omedelbar och planerad vård – barn upp till 18 år	Avgift
Tandvård	0 kr
Omedelbar vård och vård som inte kan anstå – vuxna som fyllt 18 år	
Besök hos tandläkare	50 kr

Avgiftsbefriade besök

- akut och planerad vård, barn under 18 år
- vård vid mödrahälsovården respektive barnhälsovården
- remiss från mödrahälsovården och barnhälsovården
- förlossningsvård
- vård enligt smittskyddslagen
- hälsoundersökning

Högkostnadsskydd och frikort gäller inte. Asylsökande som får stora vårdkostnader ska kontakta Migrationsverket.

För flyktingar som fått uppehållstillstånd, men som ännu inte blivit kommunplacerade, gäller LMA-kortet. Först när man blivit kommunplacerad med ett eget boende gäller samma villkor som för bosatta i Blekinge.

Intyg/åtgärd utan samband med sjukdom

Asylsökande som begär intyg betalar enligt gällande taxa för intyg och åtgärder utan samband med sjukdom.

Sluten vård

Asylsökande och papperslösa (tillståndslösa) är avgiftsbefriade när de är inlagda för vård.

5 Hjälpmedel

Elektroniska nervstimulatorer TENS	Avgift
Egenavgift för lån av elektronisk nervstimulator under 3 eller 6 månader beroende på vilken TENS-apparat det gäller	150 eller 200 kr
Faktureras av hjälpmedelscenter	

Gäller inte barn och ungdomar fram till och med det år de fyller 19 år

CPAP-apparater	Avgift
Egenavgift för lån av snarkningsapparat	500 kr
Utbyte av mask och filter till självkostnadspris	
Faktureras av hjälpmedelscenter	

Gäller inte barn och ungdomar fram till och med det år de fyller 19 år

Kryck-/stödkäppar	Avgift
Kryck-, stödkäpp (får behållas av patienten)	100 kr per styck eller par
Hjälpmedelscenter tar tillbaka käppar som inlämnas frivilligt. Pengarna betalas inte tillbaka.	

Trehjulig cykel	Avgift
Låneavgift för barncykel	400 kr/år

Eldriven rullstol	Avgift
Egenavgift års- och serviceavgift på eldriven rullstol Faktureras av hjälpmedelscenter	500 kr/år

Ortopediska skor	Avgift
Egenavgift för anpassade skor för vuxna	800 kr/par
Anpassade skor för barn och ungdomar t o m det år de fyller 19 år	300 kr/par
Åtgärder på skor, högst 5 par/år	150 kr/par
Bidrag för olikstora skor	800 kr/par

Resår- och tygkorsett	Avgift
Egenavgift för resår- och tygkorsett	300 kr/st

Ortoser	Avgift
Egenavgift för övre extremitetsortos	300 kr/st
Egenavgift för nedre extremitetsortos	300 kr/st
Egenavgift för fotortoser/inlägg	500 kr/par

Hörapparat	Avgift
Egenavgift för utprovning och efterkontroll av hörapparat	800 kr

Glasögon	Bidrag
Upp till barnet är 8 år – enstyrkesglas	500 kr
Kan betalas flera ggr om recept/remiss finns, finns inget recept måste det gå 12 mån mellan ”bidragen”	
Upp till barnet är 8 år – flerstyrkesglas	1 000 kr
Kan betalas flera ggr om recept/remiss finns, finns inget recept måste det gå 12 mån mellan ”bidragen”	
Barn från 8 år upp till 19 års ålder	800 kr

Peruker/tupéer	Bidrag
Bidrag (inkluderar utprovning och anpassning).	4 500 kr/år
Patienterna står för kostnader utöver bidragstaket	

Gäller inte barn och ungdomar fram till och med det år de fyller 19 år

Besök ger rätt till:

- ***Sjukreseersättning (enligt regelverk sjukresor, landstinget Blekinge)***

Avgiften ger inte rätt till

- ***Registrering i högkostnadsskydd***

6 Timtaxa 2018

Timtaxa ska alltid användas vid ej prissatta intyg/utlåtande, samt vid undersökningar som är avgiftsbelagda.
När en patient själv begär ett intyg eller önskar genomgå hälsokontroll gäller avgifterna i detta avsnitt.

Om patienten i samband med ett öppenvårdsbesök begär ett avgiftsbelagt intyg ska patienten betala dels för besöket och dels för intyget.
Om röntgenundersökning, provtagning krävs för intygets utfärdande ska dessa debiteras av respektive klinik enligt prislista.

Intygen och utlåtandena är alltid momsbelagda och ingår inte i högkostnadsskyddet.

Tid	Avgift	med moms
15 minuter	337,60 kr	422 kr
30 minuter	675,20 kr	844 kr
45 minuter	1 012,80 kr	1 266 kr
60 minuter	1 350,40 kr	1 688 kr

7 Intyg

Avgiftsbelagda intyg	Avgift (med moms)
A	
Alkoholpåverkan, utlåtande rörande (inkl blodprov)	timtaxa
Anställning, friskintyg – kan innefatta: • Anamnes • Undersökning av synskärpa	timtaxa 30 min

• Tonometri • Enkel hörselprövning • Enkel blod- och urinstatus • Fysikalisk status	
Anställning i radioaktivt arbete	timtaxa 30 min
Arbetsförmedling/Länsarbetsnämnd intyg om hälsotillstånd	timtaxa 30 min
Arbetsgivare, undersökning inkl utlåtande till arbetsgivare angående omplacering mm	timtaxa 60 min
Arbetsoförmåga, intyg om	timtaxa 15 min
Au pair, intyg för arbete som	timtaxa 30 min
B	
Bilbälte eller skyddshjälm, intyg om befrielse från att använda	timtaxa 15 min
Blodgrupperingsintyg inkl provtagning	timtaxa 15 min
F	
Faderskapsbevisning, intyg i samband med inkl provtagning	timtaxa 15 min
Flygcertifikat, intyg för - enligt formulär 1a, 1b, 1c, 1, 3 och 4	timtaxa 60 min
Friskintyg, till förskola, daghem, lekskola	timtaxa 15 min
Färgsinnesundersökning inkl intyg	timtaxa 15 min
Försäkringsbolag, intyg om hälsotillstånd	timtaxa 45 min
Försäkringsbolag, intyg om invaliditet	timtaxa 60 min
Försäkringsbolag, intyg om skada/sjukdom	timtaxa 45 min
H	
HIV-intyg, inkl provtagning	timtaxa 30 min
Hälsoundersökning, inkl intyg A. Allmän anamnes, undersökning av synskärpa, tonometri, audiogram, enkel blod- och urinstatus, fysik, normalstatus	timtaxa 30 min
Hälsoundersökning, inkl intyg B. Allmän hälsoundersökning enl A samt färgsinnesundersökning, och/eller vilo-Ekg	timtaxa 45 min

Hälsoundersökning, inkl intyg C. Allmän hälsoundersökning enl A samt endera arbets-Ekg, audiogram eller kemisk undersökning (kolesterol, kreatinin, triglycerider, urinsyra)	timtaxa 45 min
Hälsoundersökning, inkl intyg D. Allmän hälsoundersökning, omfattande alla undersökningar enligt A, B och C	timtaxa 60 min
I	
Invalidfordon, intyg för skattebefrielse och parkeringstillstånd	timtaxa 15 min
K	
Körkort, intyg för synprövning	timtaxa 30 min
Körkort, särskilt intyg > 45 år för t ex lastbil	timtaxa 30 min
L	
Livsmedelsintyg, med avföringsprov som begärs av arbetsgivare	timtaxa 30 min
R	
Resa, intyg för att avboka	timtaxa 15 min
Resa, intyg för att ta med mediciner (kan utfärdas av apotek avgiftsfritt vid resa inom Schengenländerna)	timtaxa 15 min
Rättsintyg, enskilda	timtaxa 60 min
S	
Sjöfolk, intyg för	timtaxa 45 min
Skjutvapen, intyg angående rätt till innehav	timtaxa 60 min
Socialtjänsten, intyg	timtaxa 60 min
Sportdykning, intyg för (exkl röntgen)	timtaxa 60 min
Y	
Yrkessjukdomar, intyg enligt arbetarskyddsstyrelsens anvisningar om undersökning till förebyggande av	timtaxa 30 min
Ö	
Övriga åtgärder/undersökningar i samband med intyg	timtaxa

Avgiftsfria intyg
A
Adoption, intyg för sökande av adoptivbarn inkl nödvändiga undersökningar
Adoption, förlängning av intyg
B
Bilstöd, intyg som kan begäras av FK
Bostadsanpassning, intyg ang anpassning av bostad eller ansökan om bostad till funktionshindrad
D
Dödsbevis, Dödsorsaksintyg
F
Färdtjänst, intyg för erhållande av
Försäkringskassan, samtliga intyg och utlåtande oavsett om förfrågan kommer från FK eller patient
G
God man
K
Kör-, trafik- och traktorkort, intyg för, förlängning av intyg p g a sjukdom
L
LPT-intyg, vårdintyg för psykiatrisk tvångsvård enl lagen (1991:1129) om psykiatrisk tvångsvård på begäran av anhörig eller annan närstående person
LPT-intyg, vårdintyg för psykiatrisk tvångsvård enl lagen (1991:1129) om psykiatrisk tvångsvård på begäran av annan myndighet
LRV-intyg, vårdintyg för rättspsykiatri enligt lagen (1991:1128) om rättspsykiatrisk vård
LSS-intyg, begäran om insats enligt LSS (lagen om särskilt stöd och service) begärt av anhörig eller myndighet
P
Parkeringstillstånd för rörelsehindrade
Patientförsäkring, utlåtande till landstingets patientförsäkring (LÖF/PSR)
V
Värnpliktig, intyg om hinder för inställelse i tjänsten

8 Undersökningar/Åtgärd utan samband med sjukdom

Undersökningar/åtgärder utan samband med sjukdom	Avgift (utan moms)
A	
Adoptivbarn, hälsoundersökning inkl provtagning	0 kr
Allmänfarlig sjukdom, undersökning av anhörig till patient (smittskyddslagen)	0 kr
Asbestundersökning	0 kr
Audiogram	timtaxa 30 min
B	
Blodprov/urinprov (för labanalys)	Enl lab prislista
E	
EEG	timtaxa 45 min
EKG i vila	timtaxa 30 min
EKG -arbets	timtaxa 45 min
Ergometertest - ergometri	timtaxa 45 min
G	
Gynekologisk hälsokontroll, ej riktad hälsoundersökning	timtaxa 15 min
Gynekologisk undersökning, urinstatus samt cytologprov på patientens initiativ omfattande: autoanamnes, bimanuell undersökning, inspektion av vagina och portio, enkel blod- och urinstatus samt cytologprov	timtaxa 45 min
H	
HIV-test	0 kr
Hälsoundersökning,	timtaxa 30 min
A. Allmän anamnes, undersökning av synskärpa, tonometri, audiogram, enkel blod- och urinstatus, fysik, normalstatus	
Hälsoundersökning,	timtaxa 45 min
B. Allmän hälsoundersökning enl A samt färgsinnesundersökning, och/eller vilo-Ekg	
Hälsoundersökning,	timtaxa 45

C. Allmän hälsoundersökning enl A samt endera arbets-Ekg, audiogram eller kemisk undersökning (kolesterol, kreatinin, triglycerider, urinsyra)	min
Hälsoundersökning,	timtaxa 60 min
D. Allmän hälsoundersökning, omfattande alla undersökningar enligt A, B och C	
Röntgenundersökning, enbart	timtaxa 30 min
K	
Kroppsbesiktning, av personer misstänkta för varusmuggling (Tullverket betalningsansvarigt)	timtaxa 60 min
Körkortsintyg vid missbruk (inklusive alkolås)	se tabell nedan
O	
Omskärelse av män över 18 år av icke medicinska skäl (utförs ej under 18 år)	timtaxa 60 min
R	
Recept resemedicin (åksjukemedel, malariatabletter m m)	300 kr
Recept utan samband med sjukdom (exempelvis Primolut Nor)	300 kr
S	
Sterilisering	timtaxa 90 min
Ö	
Övriga åtgärder/undersökningar ej i samband med intyg	timtaxa

Avgifter gällande körkortsintyg vid missbruk (inklusive alkolås)

Förutsättning:
Dessa läkarbesök och intyg är inte hälso- och sjukvård utan regleras via landstingets timtaxa. Provtagning regleras efter prislista för Södra Sjukvårdsregionen.

Typ av kontakt	Utan moms	Med moms
Läkarbesök		Timtaxa 15 min
Intyg I		Timtaxa 60 min
Efterföljande intyg efter 6 månader Intyget begärs av tingsrätten som efterkontroll på intyg I		Timtaxa 30 min
Efterföljande intyg efter 18 månader Intyget begärs av tingsrätten som efterkontroll på intyg 2		Timtaxa 30 min
Provtagning (varje provtagning, inget paketpris)	361 kr	

Eftersom ovanstående inte anses som sjukvård innebär det att ungdomar betalar samma avgifter.

Besök ger inte rätt till:

- ***Sjukreseersättning (enligt regelverk sjukresor, landstinget Blekinge)***
- ***Registrering i högkostnadsskydd***

9 Vaccinationer

- Grundavgift vaccinering 300 kr

Observera att vaccinkostnad tillkommer. Se aktuella vaccinationspriser.

Influensa- och Pneumokockvaccinering (Pneumovax) - ingår i högkostnadsskyddet (både grundavgiften och vaccinkostnaden).

Personer över 65 år samt gravida i månad 4-9:

Influensa och- och pneumokockvaccinering är avgiftsfritt för personer som fyllt 65 år. Med avgiftsfri pneumokockvaccinering avses endast användning av vaccinet Pneumovax. Influensavaccination är avgiftsfritt för gravida i månad 4-9.

Avgift vid flerdosvaccination

Enligt landstingets beslut gäller att vaccinationsavgift på 300 kr ska täcka de doser som behövs för att ge adekvat skydd inför en resa eller en säsong.

Uppföljande boosterdos efter resan eller inför nästa säsong ingår inte utan då tillkommer ny grundavgift på 300 kr oavsett om läkare är närvarande eller inte.

För flerdosvacciner ingår följande doser i grundavgiften:

Difteri, tetanus, polio, japansk encefalit och rabies:

- Grundskydd 3 doser. Andra och tredje dosen ingen grundavgift

TBE:

- Grundskydd inför säsong, 3 doser (0,2-4 veckor, 9-12 månader). Andra och tredje dosen ingen grundavgift
- Personer över 60 år (50 år beroende på vilket vaccin som används), grundskydd inför säsong, 4 doser (0, 1 månad, 3 månader, 9-12 månader). Ingen ny grundavgift för dos 2,3 och 4
- Ny grundavgift för påfyllnadsdos

Twinrix/Engerix:

Grundskydd 3 doser (0, 7, 21 dagar eller 0, 1, 6 månader). Grundavgiften betalas bara första gången. Ny grundavgift för 4:e dosen efter 12 månader vid snabbvaccination inför resa. Vaccinationen av smittskyddsskäl är liksom tidigare avgiftsfritt för patienten.

Havrix:

- Alltid grundavgift 300 kr + vaccinpriset

Ovanstående gäller för vaccinationsbesök inom Landstinget Blekinge. Har första dosen getts hos privat vårdgivare (oavsett vårdavtal) eller i annat landsting ska patienten i första hand hänvisas dit, i annat fall ska ny grundavgift på 300 kr betalas för återbesök. Däremot ingen ny grundavgift om t.ex. TBE I ges på infektionsmottagningen och uppföljande 2 doser ges på vårdcentral eller vice versa.

Aktuell prislista för vaccin finns på intranätet .

10 Journalkopior, övriga handlingar

Avgift skall tas ut för beställning som omfattar tio sidor eller mer för avskrifter, kopior m.m. av allmän handling (inklusive journalkopia). Avgift för utdrag ur allmän handling/journal får inte överstiga 250 kronor inklusive moms.

Journalkopia	Avgift exkl moms	Inkl moms
1 – 9 sidor	0 kr	
10 sidor	47,17 kr	50 kr
11-	1,88 kr/sida	2 kr/sida
	max 235,85 kr	max 250 kr
Röntgenbilder på CD-skiva eller USB		100 kr
Röntgenbilder på film		25 kr
Ultraljudsbild		50 kr

Patienten skall informeras om fastställda avgifter.
Försäkringsbolag som begär journalkopia betalar samma avgift som om patienten själv begär handlingen

Avgiften ger inte rätt till

- ***Registrering i högkostnadsskydd***

11 Näringspreparat och speciallivsmedel >16 år

Patientens maxavgift för all total förskrivning är 1 375 kronor/månad

Sondnäring	Avgift
Egenavgiften för 500 ml sondnäring/dag	280 kr/mån
Egenavgiften för 1000 ml sondnäring/dag	560 kr/mån
Egenavgiften för 1500 ml sondnäring/dag osv	840 kr/mån
Patientens maxavgift för all förskrivning är 1375 kronor/månad.	

Kosttillägg	**Avgift**
Egenavgiften för ett kosttillägg/dag	140 kr/mån
Egenavgiften för två kosttillägg/dag	280 kr/mån
Egenavgiften för tre kosttillägg/dag osv	420 kr/mån

Andra berikningspreparat samt förtjockningsmedel ingår i gruppen kosttillägg.
Egenavgift ska följa kosttillägg enligt ovan. Viss mängd ska jämställas med ett kosttillägg.
Se tillämpningsregler. *

Glutenfria livsmedel	**Avgift**
Kontantbidrag för patienter med diagnosen celiaki från den dag man fyller 16 år och till och med det år då man fyller 19 år	1 500 kr/år
Glutenfria livsmedel för patienter med diagnosen celiaki från och med det år man fyller 20 år	Ingen ersättning

Speciallivsmedel	**Avgift**
Egenavgift för speciallivsmedel (proteinreducerade livsmedel, produkter för patienter med PKU, SPC-flakers, Salovum)	250 kr/ord
I sluten vård ingår näringspreparat och speciallivsmedel i den ordinarie vårdavgiften.	

Barn och ungdomar<16 år 120 kr/ordination enligt statliga regler

Tillämpningsregler för näringspreparat och speciallivsmedel

***Som ett kosttillägg räknas:**

- Kosttillägg som innehåller både energi och näringsämnen om det innehåller ≤ 400 kcal/förpackning.

- Övriga produkter t ex:
  - 1 påse (à ca 90 g) Scandishake och Calshake.
  - ½ flaska (100 ml) Calogen.
  - 250-500 kcal/dag av energi- eller näringsberikning i pulver eller flytande form.

  Är energimängden lägre än 250 kcal/dag av ”övriga produkter” beräknas egenavgiften enligt ½ kosttillägg/dag.

- **Förtjockningsmedel:**
  En månadsförbrukning av förtjockningsmedel motsvarar **ett** kosttillägg.
  Observera att patientens behov måste överstiga ca 500 g/mån för att kostnaden ska bli högre än egenavgiften. För att konsumera ca 7 dl tjockflytande dryck/dag eller ca 5 dl krämkonsistens/dag åtgår ca 1000 g förtjockningsmedel per månad.

12 Remissregler för laserbehandling av sjuklig/missprydande ökad hårväxt

Indikation:
Sjukligt/missprydande ökad hårväxt i ansiktet och/eller på hals där orsaken beror på påvisad hormonell rubbning hos kvinna, läkemedelsinducerad ökad hårväxt eller transplantat med behåring.

Remissrätt:
Specialistläkare inom dermatologi anställda av Landstinget Blekinge.

Bidrag:
Utgår med 4000 kr per patient och år när egenavgift enligt nedan betalts.

Egenavgift:
Egenavgiften är 1 100 kr per remiss och år för vuxna. Barn fram till det år det fyller 19 år betalar ingen egenavgift. Kostnaden överstigande egenavgiften, dock maximalt 4 000 kronor per patient och år ersätts av Landstinget Blekinge.

Övriga utgifter:
Ersättning för resor och andra kringkostnader utgår inte. Bidrag för annan typ av behandling (epileringkrämer, vaxning, rakapparat, ”elektrolysbehandling” etc.) utgår inte.

Besök ger inte rätt till:

- ***Sjukreseersättning (enligt regelverk sjukresor, landstinget Blekinge)***
- ***Registrering i högkostnadsskydd***

13 Gipsning

Gipsning	
Läkarbesök vid vårdtillfället, gipsning ingår	0 kr
Omgipsning/läkarbesök	300 kr
Omgipsning, om gipset gått sönder etc	0 kr
Borttagning av gips	300 kr
Gipsklack, hjälpmedel	0 kr
Kontroll av fraktur/läkarbesök Oavsett om besöket sker på röntgen eller hos behandlande läkare	300 kr

14 Fritt vårdsökande

Regler för fritt vårdsökande framgår av Patientlagen och Riksavtalet.

För vård inom Blekinge betalas alltid den patientavgift/vårdavgift som gäller inom landstinget Blekinge. Hemlandstinget debiteras enligt dokumenterad självkostnad, schablonkostnad i regionavtalet i öppen vård minus betald patientavgift.

När en patient är uppsatt för tid på mottagning ska det medicinska behovet styra prioriteringsordningen oberoende av om man är folkbokförd i eller utanför Blekinge. Med hemlandsting avses enligt Riksavtalet det län som patienten är folkbokförd i vid vårdtillfällets inledning.

LANDSTINGET BLEKINGE

Dokumentnamn: Sjukresor (regler och egenavgifter)		Revision: 01
Dokumenttyp: 8.5.3.1.1-4 riktlinjer	Dokumentnummer: 18-791	
Detta dokument gäller för: Landstinget Blekinge	Funktionsområde:	
Dokumentansvarig: Marie Söderström	Beslut av: Landstingsfullmäktige	
Beslut datum: 2018-04-17	Nästa revidering: 2018-12-31	

Sjukresor (regler och egenavgifter)

LANDSTINGET BLEKINGE

Innehållsförteckning

Inledning 4
Vem har rätt till sjukresa? 4
Vilka sjukresor ersätts? 4
Öppen vård 5
Sluten vård 5
Tandvård 5
Rådgivning i födelsekontrollerande syfte om abort eller sterilisering 5
Tillhandahållande av hjälpmedel 5
Läkarbesök inom studerandehälsovård 5
Läkarundersökning och läkarutlåtande i vissa fall (rehabiliteringsutrednings- och pensionsärenden) 5
Gränssjukvård 6
Nordiska konventionen 6
Internationella konventioner 6
Ersättning till/från vårdinrättning *inom* länet 6
Öppen vård 6
Tandvård 6
Sluten vård 6
Studerandehälsovård 7
Vårdgivare med offentlig finansiering 7
Ersättning till/från vårdinrättning *utanför* länet 7
Remissvård 7
Akutresa 7
Fritt vårdval 7
Dessa resor ersätts inte av landstinget 7
Resans längd 8
Allmänt 8
Sjukresa inom sjukvårdsområdet 8
Sjukresa inom tandvårdsområdet 8
Ersättning vid olika färdmedel 8
Landstingets bussar Ekoxen och Linnéan 8
Allmän kollektivtrafik – buss och tåg 9
Privatbil 9

Sjukresa med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon 9
Allmänt 9
Undantag 9
Inom länet 10
Utanför länet 10
Resa med icke avtalsbunden taxi 10
Flyg 10
Högkostnadsskydd 11
Egenavgifter 11
Undantag 11
Egenavgift för enkel sjukresa vid olika färdsätt 11
Egenavgift vid samåkning 11
Patienten blir skjutsad 11
Samåkning i familj med Blekingetrafikens bilar och specialfordon eller privatbil 12
Samåkning i privatbil 12
Reseersättning vid besök med anledning av sjukdom hos barn 12
Besök med anledning av sjukdom hos barn 12
Ersättning för kostnader 12
Övernattningskostnader 13
Ledsagares kostnader 13
Ledsagare 13
Ersättning för kostnader 13
Organdonatorer 14
Ersättning vid ambulanstransport 14
Utbetalning och redovisning av ersättning 14
Allmänt 14
Sjukresa med allmän kollektivtrafik såsom tåg, buss samt privatbil (om inte resan varit avgiftsfri för patienten) 14
Landstingsinrättning inom länet 14
Landstingsinrättning utanför länet 14
Privata vårdgivare inom länet 14
Sjukresa med taxi 15
Landstingsinrättningar och privata vårdgivare inom länet 15
Beställning av sjukresa hos Blekingetrafiken 15
Telefon 15
Öppet 15

Inledning

Den allmänna försäkringen ersätter kostnader för tandvård, sjukhusvård, konvalescentvård, läkarvård och annan sjukvårdande behandling, tillhandahållande av hjälpmedel samt preventivmedelsrådgivning.

Kostnader för resor till och från sådan vård, behandling eller rådgivning – sjukresor – ersätts under vissa förutsättningar. Även resekostnader i samband med besök inom studerandeorganisationernas hälsovård ersätts under vissa förutsättningar. Sjukvårdshuvudmannen har administrativt och ekonomiskt ansvar för sjukreseersättning.

Ersättningens storlek beror huvudsakligen på

- Resans längd
- Vilket färdmedel som har använts.

Det är endast den del av resekostnaden som överstiger ett visst belopp – egenavgiften – som ersätts. Egenavgiften svarar den försäkrade själv för.

Ersättning för sjukresor regleras av Lag (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor. Den nordiska konventionen har ett åtagande om hemresa som sträcker sig utöver övriga konventioner och förordningen 883/2004. Enligt denna konvention svarar det land som vården givits i för merutgifterna för hemresan till patientens hem/hemsjukhus. Med merutgift avses kostnader som uppkommer med anledning av att patienten, på grund av sitt sjukdomstillstånd, måste använda dyrare färdsätt än personen annars skulle ha använt. Patientens sjukdomstillstånd ska styrkas med läkarintyg.

Vem har rätt till sjukresa?

- Personer folkbokförda i Blekinge. Person som tillhör annat landsting/region ska söka ersättning för sjukresa i sitt hemlandsting. Om utomlänspatienter behöver en sjukresa vid **akut öppen och sluten vård** till närmaste vårdenhet, som kan ge den nödvändiga vården, faktureras patientens hemlandsting för den del av resan som överstiger egenavgiften.
- Svensk medborgare som inte är folkbokförd i Sverige har rätt till sjukresa vid **akut öppen och sluten vård**. Vården ska sökas i det landsting/region där vårdbehovet uppkom.
- Utsänd person, utsänd persons familjemedlem, missionär, präst eller volontär i utvecklingsland har rätt till reseersättning vid **såväl planerad som akut öppen och sluten vård**. Vården ska sökas i det landsting/region där vårdbehovet uppkom.
- Medborgare i EU/EES-länder som omfattas av förordning 883/2004 (giltigt EU-kort, provisoriskt intyg om innehav av EU-kort eller annat intyg som ger rätt till vård i Sverige ska kunna uppvisas) samt konventionsländer, har rätt till sjukresa på samma villkor som folkbokförda.
- Asylsökande med giltigt LMA-kort har rätt till sjukresa för nödvändig sjukvård. Bedömning av om vården är nödvändig görs av läkare efter första besöket.

Vilka sjukresor ersätts?

Öppen vård

Sjukresa till läkarbesök, sjukvårdande behandling, medicinsk service i samband med sjukdom ersätts:

- När vården ges av behörig hälso- och sjukvårdsperson som är anställd av landsting
- När vården ges av behörig hälso- och sjukvårdsperson med läkarvårdsersättning eller vårdavtal med landsting.

Sluten vård

Vid sjukhusvård (både akut och planerad) på grund av sjukdom eller förlossning.

Tandvård

Ersättning för resekostnader i samband med tandvård lämnas:

- När vården ges vid specialisttandvårdsklinik av tandläkare eller tandhygienist eller tandsköterska
- När vården ges vid odontologisk fakultet av tandläkare eller tandhygienist eller tandsköterska

Rådgivning i födelsekontrollerande syfte om abort eller sterilisering

Enligt föreskrifter som regeringen meddelar, vid rådgivning i födelsekontrollerande syfte, abort eller sterilisering. Rådgivningen ska ha skett inom landstingets försorg, av behörig hälso- och sjukvårdsperson som är ansluten till den allmänna försäkringen eller organisation med tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg att bedriva rådgivning.

Tillhandahållande av hjälpmedel

I samband med tillhandahållande av hjälpmedel till funktionsnedsatta. Ordinationen ska vara gjord av behörig hälso- och sjukvårdspersonal och ersättning kan gälla hämtning i samband med vårdbesök, utprovning eller anpassning av hjälpmedel.

Läkarbesök inom studerandehälsovård

Studerande som är 18 år eller äldre och som inte studerar vid grund- eller gymnasieskola bör vara folkbokförd på studieorten om studierna pågår under längre tid än sex månader. Studerande vid grund- eller gymnasieskola kan, t o m det år de fyller 20 år, vara folkbokförd på annan ort än studieorten.

Läkarundersökning och läkarutlåtande i vissa fall (rehabiliteringsutrednings- och pensionsärenden)

För att bedöma om en person behöver vård, behandling eller annan hjälp för att förkorta sjukdomstiden, förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan gäller följande:

- Om Försäkringskassan som villkor för att ge rätt till sjuk- och aktivitetsersättning, handikappersättning eller vårdbidrag beslutar att en person ska vara intagen på visst sjukhus eller undersökas av viss läkare ersätts resekostnaderna av landstinget.
- Om en person som söker sjuk- och aktivitetsersättning på eget initiativ ordnar med läkarundersökning och läkarutlåtande eller ansökan om handikappersättning eller vårdbidrag ersätts resekostnaderna av landstinget.

Gränssjukvård
Ersättning för resekostnader lämnas i samband med gränssjukvård.
En person bosatt i Sverige som under vistelse i en svensk kommun, som gränsar till Finland eller Norge, blir i behov av läkarvård eller sjukvårdande behandling får sina resor ersatta – även i den del som gjorts utanför Sverige.

Nordiska konventionen
Kostnader för resor inom Norden vid hemtransport ersätts enligt den nordiska konventionen. Om någon som är försäkrad i ett annat nordiskt land blir i behov av sjukvård under sin vistelse i Sverige och på grund av sitt sjukdomstillstånd måste använda dyrare färdsätt för hemresa än annars skulle ha använts, ersätts **merkostnaderna** för hemresan.

Landstinget ombesörjer patientens hemtransport till sjukhus/motsvarande. Landstinget fakturerar sedan Försäkringskassan för hela kostnaden. Försäkringskassan ombesörjer att patienten debiteras sin del av kostnaden för hemtransporten, se ”Vård av personer från andra länder”.

Internationella konventioner
I ”Vård av personer från andra länder”, utgiven av Sveriges kommuner och landsting, finns samlad information om vilka regler som gäller avseende sjukvård och de resor som görs i samband med vård.

Ersättning till/från vårdinrättning *inom* länet

En person anses vara boende på den ort där personen är folkbokförd.
Folkbokförda i Blekinge har rätt till sjukresa även vid tillfällig vistelse på annan plats **inom länsgränsen** om vården ges av Landstinget Blekinge.

Öppen vård
- Framresa ersätts till öppen vård (förutom primärvård och jourcentral) inom länet. Återresa ersätts till bostaden eller den plats patienten tillfälligt vistas på **inom länet**.

Tandvård
- Framresa ersätts till specialisttandvård inom länet som patienten väljer att åka till. Återresa ersätts till bostaden eller den plats som patienten tillfälligt vistas på **inom länet**.
- Framresa ersätts till jourtandläkare inom länet. Återresa ersätts till bostaden eller den plats patienten tillfälligt vistas på **inom länet**.

Sluten vård
- Framresa ersätts inom länet där patienten har sin planerade inläggning. Återresa ersätts till bostaden eller den plats som patienten tillfälligt vistas på **inom länet**.
  Om det är motiverat från sjukvårdssynpunkt betalas ersättning för återresan efter sjukhusvård till annan plats än bostaden. Det kan t ex gälla äldre personer som efter sjukhusvård måste få hjälp av anhöriga.

Studerandehälsovård

- Framresa ersätts till studerandehälsovård inom länet som patienten är ansluten till. Återresa ersätts till bostaden eller den plats som patienten tillfälligt vistas på inom länet eller den plats där framresan påbörjades inom länet.
- Studerande som är 18 år eller äldre och som inte studerar vid grund- eller gymnasieskola bör vara folkbokförd på studieorten om studierna pågår under längre tid än sex månader. Studerande vid grund- eller gymnasieskola kan, t o m det år de fyller 20 år, vara folkbokförda på annan ort än studieorten.

Vårdgivare med offentlig finansiering

- Framresa till privata vårdgivare med ersättning enligt nationella taxan eller vårdavtal med landstinget ersätts. Återresa ersätts till bostaden eller den plats som patienten tillfälligt vistas på **inom länet**.

Ersättning till/från vårdinrättning *utanför* länet

Remissvård

- Framresa ersätts till den vårdinrättning/vårdgivare som remissen är ställd till. Remissen ska ha utfärdats på grund av att den vård som behövs inte går att få inom länet. Endast remisser som utfärdats enligt gällande remissregler godkänns.
  Vårdgarantin ”tremånadersregeln” innebär att patienten har rätt att söka vårdgivare i annat landsting om hemlandstinget inte kan erbjuda vård (remissbesök, behandling och/eller operation) inom tre månader. Remiss utfärdas av den klinik som inte har möjlighet att erbjuda besök, behandling eller operation inom angiven tid. Utfärdad remiss berättigar till sjukreseersättning.
- Återresa från vårdinrättning utanför länet ersätts till bostaden eller den plats som patienten vistas på inom länet, eller den plats varifrån framresan påbörjades.

Akutresa

- När akut sjukdom (motsvarande) inträffar utanför länet ersätts framresa till närmaste vårdinrättning som kan ge den vård som behövs.

- Återresa ersätts till den plats varifrån framresan påbörjades eller till bostaden eller den plats patienten tillfälligt vistas på inom länet. Vid resa till bostaden/det tillfälliga boendet ersätts **mellanskillnaden** som blir utifrån det färdsätt som patienten planerat att åka med och det färdsätt som patienten på grund av sjukdom (motsvarande) är nödsakad att åka med. Om resan sker med annat färdmedel än egen bil ska resan beställas via vårdlandstingets beställningscentral.

Fritt vårdval

Remiss krävs i vissa fall för vård enligt det ”Fria vårdvalet”. Sådan remiss ger **inte** rätt till sjukreseersättning.

Dessa resor ersätts inte av landstinget

- Sjukresor till och från offentligt finansierad primärvård, t ex vårdcentraler, jourcentraler, sjukgymnastik inom primärvård m fl. (Beslut i LF den 23 november 2009)
- Sjukresor till och från Folktandvårdens allmäntandvårdskliniker eller privata tandläkares mottagningar (Beslut i LF den 28 november 2016)

- Sjukresor till och från öppen och sluten vård med anledning av ”Fritt vårdsökande” utanför länet
- Sjukresor till och från sluten vård i det fall patient, **efter konstaterat behov av sluten vård som kan ges inom länet**, själv väljer att bli remitterad till annat sjukhus **utanför** Södra sjukvårdsregionen med anledning av det ”Fria vårdvalet i landet” **ersätts inte**. Remiss behövs i vissa fall för vård enligt ”Fria vårdvalet”. En sådan remiss ger ***inte*** rätt till sjukreseersättning
- Sjukresor till företagshälsovård
- Sjukresor till privata vårdgivare utan offentlig finansiering
- Permissionsresor, om de inte är ordinerade av medicinska eller sociala skäl. En ordinerad resa ingår i behandlingen och då betalar kliniken
- Förebyggande sjukvård eller hälsokontroller
- Smittbärare. Kostnader för resor för smittbärare ersätts av Försäkringskassan
- Kostnader för sjukresor utomlands ersätts inte. Detta innebär att den som blir sjuk utomlands själv svarar för resorna där och hem till Sverige. Kostnader för eventuella anslutningsresor som sker på svensk mark ersätts.

Undantag: Om en patient av medicinska skäl behöver åka med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon till och från primärvården och/eller allmäntandvårdskliniker (både offentligt och privat drivna) ska detta intygas av hälso- och sjukvårdspersonal. Med **medicinska skäl** menas att man inte på egen hand eller med allmänna kommunikationsmedel kan ta sig till/från vården. Intyget ska undertecknas av den som behandlar eller på annat sätt har hand om eller träffar patienten. Det kan vara en läkare, en sjukgymnast, sjuksköterska, tandläkare, tandhygienist eller annan behörig vårdpersonal. Intyget hämtas i datajournalen eller på intranätet.
Intyget ska faxas till Blekingetrafiken (0455-569 59) innan sjukresan kan beställas.
Patienter med beviljad färdtjänst behöver inget intyg och har rätt att tillgodogöra sig egenavgiften i högkostnadsskyddet för sjukresor.

Resans längd

Allmänt

Landstinget Blekinge är ett sjukvårdsområde.
Landstinget Blekinge har fem tandvårdsområden – varje kommun är ett tandvårdsområde.

Sjukresa inom sjukvårdsområdet

- Sjukresa till och från öppen vård (förutom primärvård och jourcentral) samt sluten vård ersätts inom hela Blekinge.

Sjukresa inom tandvårdsområdet

- Sjukresa till och från specialisttandvård och jourtandvård ersätts inom hela Blekinge.

Ersättning vid olika färdmedel

Landstingets bussar Ekoxen och Linnéan

Resa med landstingets bussar Ekoxen till Malmö och Linnéan till Växjö är avgiftsfri för patienten. Ett intyg för resan behövs och detta skickas av landstinget till Blekingetrafikens

beställningscentral. Intyget finns i journalsystemet och på landstingets intranät. Beställning av resa ska ske till Blekingetrafikens beställningscentral senast dagen innan.

Anslutningsresa från hemmet till bussen kostar 20 kronor.

Allmän kollektivtrafik – buss och tåg

Resa med buss eller tåg till den specialiserade vården inom länet är avgiftsfri vid uppvisande av Resebevis. Resa till den specialiserade vården med buss och tåg som patienten själv betalat för ersätts. Ersättning för resa begär patienten genom att fylla i ”Reseräkning – Sjukresa” och bifoga originalkvitto för resan och besöket. Blanketten finns på 1177.se och landstingets intranät.

Sjukresa med tåg till/från vårdinrättning **utanför** länet ska alltid beställas i god tid hos Blekingetrafikens beställningscentral. Ett intyg för resan behövs och detta skickas av landstinget till Blekingetrafikens beställningscentral. Resan är avgiftsfri om den beställs via Blekingetrafikens beställningscentral. För ersättningsberättigad resa som inte beställs via Blekingetrafiken betalar patienten en egenavgift på 100 kronor/enkelresa. Denna egenavgift är **inte** frikortsgrundande.

Privatbil

Resa med privatbil ersätts med avdrag för egenavgift. Reseavstånd beräknas efter närmaste väg(kör)sträcka. Ersättningen är 12 kronor per mil och begärs genom att patienten fyller i ”Reseräkning – Sjukresa” och bifogar originalkvitto för besöket. Parkeringsavgift ersätts inte.

Sjukresa med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon

Allmänt

Sjukresa kan göras med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon **endast** om annat och billigare färdsätt inte kunnat användas med hänsyn till:

1. Hälsotillståndet; hälsotillståndet intygas av behörig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.
2. Längre avstånd än 2 km till allmänna kommunikationer, anslutningsresa beställs.
3. Längre väntetid än 1 timme före avtalat besök och 1 timme efter avslutat besök på mottagning/motsvarande i länet vid användande av allmän kollektivtrafik eller sammantaget längre väntetid än 2 timmar.
4. Vid sjukresa utanför länet gäller skälig väntetid i förhållande till avståndet till vårdinrättningen, t ex till Lund/Malmö gäller en väntetid som sammantaget är längre än 4 timmar.
5. Annan omständighet, t ex sociala skäl.

Sjukresa med anledning av punkt 2-5 bedöms av Blekingetrafikens beställningscentral, handläggare av sjukreseersättning. **Ett intyg för resan behövs** och detta skickas av landstinget till Blekingetrafikens beställningscentral. Intyget finns i journalsystemet och på landstingets intranät. Sjukreseintyg kan utfärdas för högst ett år i taget.

Undantag

Intyg för resan krävs inte vid följande resor:

- Anslutningsresa
- Resa **till** akutmottagning. Ett intyg krävs för hemresan. Kan billigare färdsätt användas med hänsyn till hälsotillståndet och/eller den väntetid som kan uppstå ska annat färdsätt användas för hemresan

- Resa **till** förlossningen
- Resa **till/från** dialysbehandling
- Resa **till/från** barnhabiliteringen
- Färdtjänstberättigad resa.

Inom länet

Sjukresa med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon ska beställas hos Blekingetrafikens beställningscentral för att ersättning ska betalas ut. Ett intyg för resan behövs och detta skickas av landstinget till Blekingetrafikens beställningscentral (undantagsfall för akut resa, se ovan).
Sjukreseintyg kan utfärdas för högst ett år i taget.
Patienten betalar egenavgift.

Utanför länet

Sjukresa med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon utanför länet ska beställas hos Blekingetrafikens beställningscentral för att ersättning ska betalas ut. Ett intyg för resan behövs och detta skickas av landstinget till Blekingetrafikens beställningscentral.
Sjukreseintyg kan utfärdas för högst ett år i taget.
Patienten betalar egenavgift.

Resa med icke avtalsbunden taxi

Resa med icke avtalsbunden taxi ersätts endast vid akuta transporter **till** akutmottagning och förlossning om det är uppenbart att avtalsbunden resa med Blekingetrafikens bilar inte gått att beställa.
Ersättning beräknas efter faktisk kostnad.
Om vårdgivaren eller handläggare av sjukreseärenden inte anser att taxiresan kan ersättas, utgår ersättning motsvarande kostnaden för billigaste färdsätt.
Patienten betalar egenavgift.

Flyg

Sjukresa med flyg ska beställas hos Blekingetrafikens beställningscentral. Ett intyg för resan behövs och detta skickas av landstinget till Blekingetrafikens beställningscentral. Resa med flyg kan göras endast om annat och billigare färdsätt inte kunnat användas med hänsyn till resans längd och/eller patientens hälsotillstånd.

Sjukresa med anledning av resans längd bedöms av Blekingetrafikens beställningscentral.
Sjukresa med anledning av patientens hälsotillstånd intygas av behörig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Landstinget ersätter **endast** sjukresor med flyg som har beställts via Blekingetrafikens beställningscentral. I undantagsfall (då det varit för kort varsel för Blekingetrafiken att beställa biljett) kan ersättning betalas om patienten själv beställt biljett och det är uppenbart att det inte gått att beställa på annat sätt.

Högkostnadsskydd

Det finns ett högkostnadsskydd för sjukresor. När patienten har betalat 1 800 kronor i egenavgifter inom en tolvmånadersperiod erhålls ett frikort som gäller för resterande del av perioden, räknat från datumet då första resan gjordes.

Egenavgifter

Egenavgift är den del av resekostnaden som patienten, oavsett ålder, själv svarar för. Landstinget betalar sjukreseersättning med det belopp som överstiger egenavgiften.
En egenavgift betalas för framresan och en egenavgift för återresan.

Undantag

- När patient har besökt en vårdinrättning och efter remiss därifrån direkt fortsätter till en annan vårdinrättning ska endast en egenavgift dras av för framresan.
- Kombinationsresor – när en patient kombinerat olika färdsätt med olika egenavgifter under en sjukresa, görs avdrag från ersättningen med endast en egenavgift. Avdraget görs med den högsta egenavgiften.

Egenavgift för enkel sjukresa vid olika färdsätt

Färdsätt	**Egenavgift**
Sjukresa med landstingets bussar, Ekoxen och Linnéan	0 kronor
Sjukresa med allmän kollektivtrafik, buss och tåg	0 kronor
Sjukresa med Blekingetrafikens bilar och specialfordon (även personer med färdtjänsttillstånd)	60 kronor
Sjukresa med flyg	0 kronor
Anslutningsresa till tåg, buss eller flyg, beställs hos Blekingetrafiken	20 kronor
Resa med privatbil (ersätts med 12 kronor/mil)	100 kronor
Sjukresor som inte beställts via Blekingetrafiken, t ex tåg- eller flygresa utanför länet Denna avgift är **inte** frikortsgrundande	100 kronor
Asylsökande - Resa med egen bil eller sjukresa med Blekingetrafikens bilar och specialfordon Giltigt LMA-kort ska uppvisas	40 kronor

Egenavgift vid samåkning

Patienten blir skjutsad

Blir patienten skjutsad till/från sjukvården i privatbil görs avdrag för egenavgift enligt nedan.

Patienten åker med bil till sjukvården	1 egenavgift
Patienten åker med bil tillbaka från sjukvården	1 egenavgift
Chaufförens resa tillbaka hem - utan patient	Ingen egenavgift
Chaufförens resa till vården för att hämta hem patient - ditresa	Ingen egenavgift

Intyg måste finnas om att patienten inte kan åka kollektivt. Om inget intyg finns betalas ingen reseersättning ut	

Samåkning i familj med Blekingetrafikens bilar och specialfordon eller privatbil

När flera patienter från en och samma familj har samåkt med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon eller privatbil, görs avdrag med endast en egenavgift per enkel resa. Egenavgiften avser samtliga patienter som tillhör familjen.
När familj åker allmän kollektivtrafik gäller bestämmelser som för medresenär, det vill säga medresenärs kostnader för resa beräknas efter de bestämmelser som gäller vid egen sjukresa utan avdrag för egenavgift.

Samåkning i privatbil

Har patienter samåkt i privatbil görs avdrag endast för en egenavgift.

Reseersättning vid besök med anledning av sjukdom hos barn

Besök med anledning av sjukdom hos barn

När förälder eller annan närstående med anledning av sjukdom hos ett barn som inte fyllt 18 år, gjort besök i öppen vård eller gjort besök hos barnet på sjukhus, ersätts resekostnaderna under förutsättning att besöket ingått som en del i behandlingen av barnet t ex

- Besök hos för tidigt fött barn
- Amningsresor
- Besök i barn- och ungdomspsykiatrin
- Besök hos barn som är långvarigt sjukt

Behandlande läkare avgör antalet resor som ersätts. Egenavgift betalas.

- En besöksresa per vecka ersätts när det gäller ett barn som är långvarigt sjukt och ligger på sjukhus. Ersättning för sådan besöksresa utgår även om annan förälder eller annan närstående vistas stadigvarande hos barnet på sjukhus
- Behandlande läkare kan besluta om antalet ersättningsberättigade hemresor för föräldrar som vistas tillsammans med barn som är inskrivna längre perioder på sjukhus. Ersättningen för kostnader beräknas som vid egen sjukresa med avdrag för egenavgift.

Ersättning för kostnader

Ersättning för kostnader för fram- och återresa och övernattning beräknas enligt de bestämmelser som gäller vid egen sjukresa, d v s avdrag görs för egenavgift. Resans längd räknas från barnets bostadsort.

Undantag:
I de fall förälder/närstående har annan bostadsort än barnet utgår ersättning för förälders/närståendes färdväg inom landet.

Vid amningsresa görs endast avdrag med en egenavgift för framresa och en egenavgift för återresa per dag.

Högkostnadsskydd registreras på barnet. När summan för frikort uppnåtts utfärdas frikort i barnets namn.

Övernattningskostnader

Ersättning för övernattningskostnader utgår i följande fall:

- När patient har en tidig tid för vård på annan ort och inte hinner ta sig dit med allmän kollektivtrafik samma morgon, utan blir tvungen att åka dagen före
- När patient vid resa med allmän kollektivtrafik inte har kunnat avsluta sin sjukresa före klockan 24.00 den dag resan har påbörjats
- När patient har fått öppen vård under mer än en dag utanför bostadsorten och det har varit motiverat, av medicinska och/eller kommunikations- och/eller ekonomiska skäl, att stanna kvar på vårdorten mellan behandlingarna.

Ersättningen beräknas efter det belopp som patienten betalat för logi, om övernattningen sker på patienthotell eller hotell som anvisats av landstinget.
Om övernattningen föranletts av akut vårdbehov eller om patienten inte har kunnat få rum på patienthotell eller motsvarande (avtalshotell) och som följd har fått betala för logi, lämnas ersättning med skäligt belopp. Ersättningen får inte överstiga den ersättning som skulle utgå för fram- och återresa, med hänsyn till patientens hälsotillstånd.

I övriga fall utbetalas ersättning för övernattning – i de fall det anses nödvändigt – med högst 100 kronor per natt. Med övriga fall menas om patienten övernattar hos bekanta istället för på patienthotell.

Ledsagares kostnader

Ledsagare

Ersättning utgår till ledsagare som följer en annan person(patient) på sjukresa till och från vårdinrättning, där patientens ålder och/eller hälsotillstånd motiverar att någon följer med på sjukresan.
Hälso- och sjukvårdspersonal intygar om patienten är i behov av ledsagare.

Ersättning för kostnader

Ersättning för ledsagares kostnader för resa och övernattning beräknas enligt de bestämmelser som gäller vid egen sjukresa utan avdrag för egenavgift. Landstinget ersätter för billigaste färdsätt. Förlorad arbetsinkomst samt utlägg för kost ersätts inte.

I samband med sjukhusvård ersätts ledsagarens fram- och återresa trots att patienten inte är med på ena delen av resan.
Överstiger väntetiden för ledsagaren en halv dag (4 timmar) kan reseersättning utgå för två tur och returresor till den inrättning patienten besöker inom Blekinge. Väntetiden vid resor utanför länet får prövas från fall till fall.
För ledsagare till barn under 18 år utgår ersättning som för egen sjukresa, med avdrag för en egenavgift per enkel resa.

Organdonatorer

För organdonatorer ersätts resor, utan avdrag för egenavgift, föranledda av donationen under förutsättning att patienten är folkbokförd i Blekinge. För övriga kostnader gäller särskilda regler för organdonation.

Ersättning vid ambulanstransport

En anhörig som följt med patienten i ambulans till vårdinrättning eller följt efter ambulans i egen bil får inte någon ersättning för resa, såvida inte vårdpersonal styrker att det på grund av patientens tillstånd är motiverat med närstående eller den närstående hjälpt till med vården under resan.

Utbetalning och redovisning av ersättning

Allmänt

Ansökan om reseersättning ska lämnas inom tolv månader efter vårdbesöket.
Ett minimibelopp på 50 kronor för utbetalning av sjukresor gäller. All registrering och utbetalning görs till patienten även om någon annan(anhörig, närstående, granne m.fl) har lagt ut pengar för sjukresan. Patienten får själv förmedla vidare pengar till annan person.

Sjukresa med allmän kollektivtrafik såsom tåg, buss samt privatbil (om inte resan varit avgiftsfri för patienten)

Landstingsinrättning inom länet

Ersättning för sjukresa med tåg, buss, båt och privatbil och egen båt, utbetalas via Swedbank eller avi. I det fall patientavgiften faktureras ska patienten betala sin avgift innan utbetalning av sjukresa sker.

Patienten skickar ”Reseräkning – sjukresa” med bifogat originalkvitto för vårdbesöket eller intyg om besök till på reseräkningsblanketten angiven adress. Alternativt kan mottagningen/motsvarande förmedla reseräkningen.

Landstingsinrättning utanför länet

Ersättning för sjukresa med tåg, buss och privatbil utbetalas till patienten.

Patienten skickar ”Reseräkning – sjukresa” med bifogat vårdkvitto eller intyg om besök till på blanketten angiven adress.

Privata vårdgivare inom länet

Ersättning för sjukresa till privat vårdgivare utbetalas till patienten. I de fall patientavgift faktureras ska patienten betala sin avgift innan utbetalning av sjukresa sker.

Patienten skickar ”Reseräkning – sjukresa” med bifogat vårdkvitto eller intyg om besök till på blanketten angiven adress.

Sjukresa med taxi

Landstingsinrättningar och privata vårdgivare inom länet

När patienten betalat sin taxiresa själv (vid akutresa), betalas ersättning för sjukresa med taxi inom och utanför länet ut via Swedbank eller avi. I det fall patientavgiften faktureras ska patienten betala sin avgift innan utbetalning av sjukresa sker.

Patienten skickar ”Reseräkning – sjukresa” med bifogat vårdkvitto eller intyg om besöket (med i förekommande fall intyg om hälsotillstånd för resa med taxi) samt taxikvitto till på blanketten angiven adress.

Beställning av sjukresa hos Blekingetrafiken

Ring Blekingetrafikens beställningscentral för beställning av anslutningsresor, sjukresor med sjukresebuss samt resa med Blekingetrafikens bilar eller specialfordon senast dagen före resan. Resor utanför länet beställs senast tre dagar före resan.

Telefon

Karlskrona: 0455-165 00
Ronneby: 0457-165 00
Karlshamn och Olofström: 0454-165 00
Sölvesborg: 0456-165 00

Öppet

Måndag - Fredag	06.00-21.00
Lördag -Söndag och helgdag	08.00-21.00

När beställningscentralen är stängd kan akuta sjukresor som inte kräver ambulans beställas på telefon:
Karlskrona: 0455-122 67
Ronneby: 0457-122 67
Karlshamn och Olofström: 0454-122 67
Sölvesborg: 0456-122 67

När beställningscentralen är stängd kan inte taxichaufförerna se de intyg för sjukresa som landstinget har skickat in. Tänk på att skriva ut en kopia och ge till patienten som de kan visa för chauffören för att få åka med och endast betala egenavgiften. Om de inte kan visa intyget för chauffören får patienten betala för hela resan själv och i efterhand begära ersättning från landstinget.

Har du frågor om regelverket kontakta: Helpdesk ekonomi telefon 1097 (0455-73 1097) eller Marie Söderström telefon 4017 (0455-73 4017).

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten
Monica Magnusson

2018-10-31

Ärendenummer 2018/01499
Dokumentnummer 2018/01499-3

Till Landstingsfullmäktige

Förslag tandvårdstaxa från och med 15 januari 2019

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

1. Att höja nuvarande tandvårdstaxa med 2,34 % från och med den 15 januari 2019.

Sammanfattning

Nämnden för primärvård och folktandvård har vid sitt sammanträde den 10 oktober 2018 hanterat ärende angående förslag till ny tandvårdstaxa 2019. Nämnden beslutade att inte fatta beslut i ärendet.

Folktandvården begär att få höja tandvårdstaxan med 2,34% vilket är 0,7% mindre än Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) referensprishöjning på 3,04%. Folktandvården strävar efter att hålla en rimlig taxa i förhållande till TLVs referensprislista samtidigt som det finns en strävan mot ett resultat i balans. Den föreslagan höjningen bedöms som nödvändig för att kunna bedriva en effektiv verksamhet i linje med verksamhetens planer.

Karlskrona enligt ovan

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

Peter Lilja
Landstingsdirektör

§ 141/18

Ärendenummer: 2018/01499

Förslag till tandvårdstaxa 2019

Nämnden för primärvård och folktandvård beslutar

1. Att skicka vidare ärendet patientavgifter för 2019 till landstingsstyrelsen för beslut.

Reservationer och särskilda uttalanden

Alliansen reserverar sig mot beslutet.

Sammanfattning

För att kunna bedriva verksamheten effektivt i linje med vad som är planerat med bland annat reinvestering av unitar, begär folktandvården att få höja tandvårdstaxan från och med den 15 januari 2019 med en genomsnittlig höjning som är 1,18 % högre än Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) referensprishöjning på 2,18 %, beslutad i juni 2018, vilket innebär en genomsnittlig prisökning på totalt 3,36 %.

Bakgrund

TLV höjer referenspriserna från och med 15 januari 2019 med i genomsnitt 2,18 %. Referenspriserna, som ligger till grund för landstingens/regionernas tandvårdstaxa, ska med korrekt debitering generera intäkter som ska täcka personal-, drifts- och kapitalkostnader till den del som inte ska landstingsfinansieras inom allmäntandvård och specialisttandvård. Därför genomför folktandvården inför varje taxerevision en noggrann analys av patientunderlag och vårdbehov. Folktandvården har sedan flera år arbetat efter riktlinjerna Barntandvård i Blekinge, där det bland annat anges hur ofta barn och unga bör kallas utifrån sjuklighet, vårdbehov och vilka åldersgrupper som särskilt ska kontrolleras samt vilken personalkategori som lämpligen ska utföra vården. Syftet är att utnyttja resurserna effektivt och rättvist. Eftersom barn och unga tillhör prioriteringsgrupp ett och har rätt till behandling i första hand, efter akut tandvård, är det därför viktigt att debiterbar behandlingstid för vuxenpatienter frigörs på ett korrekt sätt. Därtill har folktandvården sedan debiteringsutbildning hölls för all personal 2015, fortsatt att aktivt arbeta med att utveckla framtagna debiteringsanvisningar för att få till stånd en rättvis och korrekt debitering av alla patienter och samtidigt säkerställa korrekt och tillräcklig intäktsnivå för folktandvården och därmed även för Landstinget Blekinge, för den del av verksamheten som inte ska landstingsfinansieras. Sammanfattningsvis kan sägas att totalt vårdbehov med tidsåtgång avseende barn och unga utgör grunden för att beräkna debiterbar behandlingstid avseende vuxenpatienter när sedan beräkningsarbetet med tandvårdstaxan påbörjas. Detta är sedan förra året än mer viktigt med tanke på att antalet barn och unga ökat markant, cirka 6 900 totalt, till följd av den höjda åldersgränsen för fri tandvård, som för 2019 är 23 år. Detta medför ytterligare cirka 2 000 barn och unga som har rätt till fri tandvård. Här ingår

även de asylsökande vuxna patienter 18-23 år, som fått uppehållstillstånd och blivit folkbokförda i Blekinge och därmed omfattas av fri tandvård.

Analys och konsekvens

Folktandvården kan i viss mån styra kostnadsutvecklingen när det gäller löner, utbildning och större driftskostnader såsom dentala förbrukningsartiklar och tandtekniska tjänster genom att handla avtalstroget. Däremot finns ingen valbarhet när det gäller de interna tjänsteköpen, eftersom folktandvården inte kan/får välja att köpa av extern leverantör även om priset skulle vara lägre. Landstingets indexuppräkning av driftskostnaderna är 2,2 % och uppräkning vid lönerevisioner 3,0 % för 2019. Detta har ställts mot utförd produktion juli 2017 - juni 2018, samtidigt som hänsyn även tagits till ytterligare en höjning av åldersgränsen för fri tandvård till 23 år från och med 2019, vilket innebär ytterligare mindre debiterbar behandlingstid för vuxenpatienter. Blekinge ligger i topp tre när det gäller en ung och orutinerad tandläkarkår. 40 % har mindre än fem års erfarenhet. En orutinerad tandläkare har en väsentligt lägre produktion än en rutinerad, samtidigt som mycket handledning krävs som orutinerad, vilket i sin tur innebär lägre produktion för den som är handledare och därmed lägre intäkter. Även om en hög produktivitet är viktigt, är det ännu viktigare att våra unga, orutinerade tandläkare erbjuds en arbetsmiljö med god handledning och tillräckligt med vårdtid, där kvalitet kommer före produktivitet. I annat fall kan detta komma att ske på bekostnad av kvalitet och patientsäkerhet, vilket innebär ökat antal omgörningar, försämrat patientförtroende och med det följer lägre intäkter. Eftersom upphandling av unitar pågått under tre års tid på grund av överklaganden, har inte reinvesteringar kunnat göras som planerats. Efter avslutad upphandling kommer därför ett stort antal unitar bytas ut, med ökade avskrivningskostnader på ca 1 mnkr som följd under 2019.

Folktandvården har som mål att uppnå ett resultat på minst +/-0, som är ett absolut minimum. En budget i balans med ett nollresultat är långt ifrån ett optimalt resultat, eftersom folktandvården ska kunna finansiera kommande investeringar själv. Dessutom måste överskott genereras årligen för att säkerställa möjligheten att kunna återställa framtida underskott om det till exempel blir alltför många vakanta tandläkartjänster med sjunkande intäkter som följd. Därför har taxeintäkterna stor betydelse för hur resultatet blir. Alternativet bör/kan inte vara att minska kostnaderna när det till exempel gäller löneutveckling, kompetensutveckling eller moderna kliniker med god arbetsmiljö. Då är risken oerhört stor att folktandvården inte kan rekrytera personal med den hårda konkurrens som nu råder. Däremot är det viktigt att följa upphandlade avtal, speciellt när det gäller, för folktandvården, stora kostnadsposter som dentala förbrukningsartiklar och tandtekniska tjänster. Folktandvården i Blekinges ambition har varit att, så långt det är möjligt, hålla en rimlig prisnivå på tandvårdstaxan baserat på TLV:s referensprishöjning. Därför föreslås en taxehöjning på 3,36 % att gälla från och med 15 januari 2019, vilket bedöms som helt nödvändigt för att kunna bedriva verksamheten effektivt i linje med vad som är planerat.

Beslutsunderlag
Missiv: Förslag till tandvårdstaxa 2019.
Bilaga: Förslag till ny taxa från 15 januari 2019.

Förslag till beslut
Alliansen yrkar bifall till liggande förslag.

S, V och MP yrkar att ärendet skickas vidare till landstingsstyrelsen för beslut.

Beslutsgång
Ordförande Teo Zickbauer (S) ställer bifall mot avslag på S, V och Mp:s yrkande att ärendet skickas vidare till landstinsstyrelsen för beslut och finner yrkandet bifallet.

Protokollet ska skickas till
Landstingsstyrelsen
Förvaltningschefen för folktandvården
Diariet

LANDSTINGET BLEKINGE

Tandvårdsförvaltningen
Folktandvårdens stab
Marie Drugge, ekonomichef
Kontakt: marie.drugge@ltblekinge.se

2018-10- 31

Ärendenummer 2018/01499
Dokumentnummer 2018/01499-4

Beslutsunderlag till förslag till tandvårdstaxa 2019, slutligt

Förslag till beslut är att höja tandvårdstaxan med 2,34 % baserat på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets, TLV:s referensprishöjning som är 3,04 %, att gälla från och med den 15 januari 2019.

Sammanfattning

Efter beslut i juni 2018 höjer Tandvårds – och läkemedelsförmånsverkets (TLV) referenspriserna i tandvårdstaxan med 3,04 %, att gälla från och med den 15 januari 2019 höjs.

För att kunna bedriva verksamheten effektivt i linje med vad som är planerat med bland annat reinvestering av unitar, behöver Folktandvården höja tandvårdstaxan med en genomsnittlig höjning som är 0,7 % lägre än Tandvårds – och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) referensprishöjning på 3,04 %. Det innebär en genomsnittlig prishöjning av tandvårdstaxan med totalt 2,34 %.

Bakgrund

TLV höjer referenspriserna i tandvårdstaxan från och med 15 januari 2019 med i genomsnitt 3,04 %. Referenspriserna, som ligger till grund för landstingens/regionernas tandvårdstaxa, ska med korrekt debitering generera intäkter som ska täcka personal -, drifts - och kapitalkostnader till den del som inte ska landstingsfinansieras inom allmäntandvård och specialisttandvård. Därför genomför Folktandvården inför varje taxerevision en noggrann analys av patientunderlag och vårdbehov. Folktandvården har sedan flera år arbetat efter riktlinjerna Barntandvård i Blekinge, där det bland annat anges hur ofta barn och unga bör kallas utifrån sjuklighet, vårdbehov och vilka åldersgrupper som särskilt ska kontrolleras samt vilken personalkategori som lämpligen ska utföra vården. Syftet är att utnyttja resurserna effektivt och rättvist.

Eftersom barn och unga tillhör priogrupp ett och har rätt till behandling i första hand, efter akut tandvård, är det därför viktigt att debiterbar behandlingstid för vuxenpatienter frigörs på ett korrekt sätt. Därtill har Folktandvården sedan debiteringsutbildning hölls för all personal 2015, fortsatt att aktivt arbeta med att utveckla framtagna debiteringsanvisningar för att få till stånd en rättvis och korrekt debitering av alla patienter och samtidigt säkerställa korrekt och tillräcklig intäktsnivå för Folktandvården och därmed även för Landstinget Blekinge, för den del av verksamheten som inte ska landstingsfinansieras.

Sammanfattningsvis kan sägas att totalt vårdbehov med tidsåtgång avseende barn och unga utgör grunden för att beräkna debiterbar behandlingstid avseende vuxenpatienter när sedan beräkningsarbetet med tandvårdstaxan påbörjas. Detta är sedan förra året än mer viktigt med tanke på att antalet barn och unga ökat markant, ca 6 900 totalt, till följd av den höjda åldersgränsen för fri tandvård, som för 2019 är 23 år. Detta medför ytterligare ca

2 000 barn och unga som har rätt till fri tandvård. Här ingår även de asylsökande vuxna patienter 18 - 23 år, som fått uppehållstillstånd och blivit folkbokförda i Blekinge och därmed omfattas av fri tandvård.

Analys och konsekvens

Folktandvården kan i viss mån styra kostnadsutvecklingen när det gäller löner, utbildning och större driftskostnader såsom dentala förbrukningsartiklar och tandtekniska tjänster genom att handla avtalstroget. Däremot finns ingen valbarhet när det gäller de interna tjänsteköpen, eftersom Folktandvården inte kan/får välja att köpa av extern leverantör även om priset skulle vara lägre. Landstingets indexuppräkning av driftskostnaderna är 2,2% och uppräkning vid lönerevisioner 3,0 % för 2019. Detta har ställts mot utförd produktion juli 2017 - juni 2018, samtidigt som hänsyn även tagits till ytterligare en höjning av åldersgränsen för fri tandvård till 23 år från och med 2019, vilket innebär ytterligare mindre debiterbar behandlingstid för vuxenpatienter. Blekinge ligger i topp tre när det gäller en ung och orutinerad tandläkarkår. 40 % har mindre än 5 års erfarenhet. En orutinerad tandläkare har en väsentligt lägre produktion än en rutinerad tandläkare, samtidigt som mycket handledning krävs som orutinerad tandläkare, vilket i sin tur innebär lägre produktion för den som är handledare och därmed lägre intäkter. Även om en hög produktivitet är viktigt, är det ännu viktigare att unga, orutinerade tandläkare erbjuds en arbetsmiljö med bra handledning och tillräckligt med vårdtid, där kvalitet kommer före produktivitet. I annat fall kan detta komma att ske på bekostnad av kvalitet och patientsäkerhet, vilket innebär ökat antal omgörningar, försämrat patientförtroende och med det följer lägre intäkter. Eftersom upphandling av unitar pågått under tre års tid på grund av överklaganden, har inte reinvesteringar kunnat göras som planerats. Efter avslutad upphandling kommer därför ett stort antal unitar bytas ut, med ökade avskrivningskostnader på ca 1 mnkr som följd under 2019.

Folktandvården har som mål att uppnå ett resultat på minst +/ - 0, som är ett absolut minimum. En budget i balans med ett nollresultat är långt ifrån ett optimalt resultat, eftersom Folktandvården ska kunna finansiera kommande investeringar själv. Dessutom måste överskott genereras årligen för att säkerställa möjligheten att kunna återställa framtida underskott om det till exempel blir alltför många vakanta tandläkartjänster med sjunkande intäkter som följd. Därför har taxeintäkterna stor betydelse för hur resultatet blir. Alternativet bör/kan inte vara att minska kostnaderna när det till exempel gäller löneutveckling, kompetensutveckling eller moderna kliniker med god arbetsmiljö. Då är risken mycket stor att Folktandvården inte kan rekrytera eller behålla personal med den hårda konkurrens som nu råder. Däremot är det viktigt att följa upphandlade avtal, speciellt när det gäller, för Folktandvården, stora kostnadsposter som dentala förbrukningsartiklar och tandtekniska tjänster. Folktandvården i Blekinges ambition har varit att, så långt det är möjligt, hålla en rimlig prisnivå på tandvårdstaxan baserat på TLV:s referensprishöjning. Därför föreslås en taxehöjning på 2,34 % att gälla från och med 15 januari 2019, vilket bedöms som helt nödvändigt för att kunna bedriva verksamheten effektivt i linje med vad som är planerat.

LANDSTINGET BLEKINGE

Landstingsdirektörens stab	2018-10-11	Ärendenummer	2018/01589
Monica Magnusson		Dokumentnummer	2018/01589-1

Till Landstingsstyrelsen

Investeringsplan 2019-2023

Förslag till beslut

Lanstingsstyrelsen föreslås besluta

1. Att fastställa investeringsplan för 2019 - 2023enligt bilaga,
2. Att genomförda investeringar inte får överstiga beslutad investeringsbudget, samt
3. Att beslutet gäller under förutsättning att landstingsfullmäktige godkänner förslag till Regionsplan 2019 – 2021 och budget 2019

Sammanfattning

Region Blekinge står inför ett stort investeringsbehov de kommande åren. I förslag till regionsplan och budget för 2019– 2021 och budget 2019 föreslås en investeringsbudget på totalt 2 000 mnkr för perioden 2019 - 2023. Definitiv investeringsbudget fastställs av fullmäktige 26 november och investeringsplanen fastställs av landstingsstyrelsen 12 november.

Investeringsplanen föreslås överstiga investeringsbudget med ca 23% och uppgår för femårsperioden till 2 484 mnkr. Historiskt kan konstateras att investeringstakten alltid blivit lägre är investeringsplan och budget. I ett försök att öka investeringstakten lades från och med 2017 en investeringsplan som var större än beslutad investeringsbudget.

Bakgrund

Dialoger med verksamheterna har skett genom lokalplaneringsmöte, klinikgenomgångar och förvaltningsobjekten pm 3/IT. Beroenden mellan fastighet, IT och MT samt övriga investeringar har beaktats. Samordning har gjorts i investeringsrådet.

Genomgång, avstämning och prioritering av investeringsplanen har därefter gjorts i landstings direktörens ledningsgrupp och förslaget har fastställts av landstingsdirektören.

Den totala föreslagna investeringsbudgeten uppgår till 2 000 mnkr.

Specifikation av investeringsplanen per år och per investeringsslag.

tkr	2019	2020	2021	2022	2023	Summa
Fastighet	367 660	479 710	286 575	221 175	533 575	**1 888 696**
MT	111 432	91 872	18 340	23 650	13 050	**258 344**
IT	73 200	58 000	48 000	20 000	15 000	**214 200**
Övrigt	40 863	48 595	12 413	11 244	9 717	**122 832**
	593 155	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 072**

Investeringsplanen kommer genomföras till högst de belopp som finns i investeringsbudgeten. För mer detaljerad beskrivning av investeringar i investeringsplanen, se bilaga.

Största föreslagna investeringar

Nedan de investeringar, överstigande 10 mnkr, som finns upptagna i investeringsplanen.

Nybyggnation blocken, 3 vårdbyggnader	850 mnkr
B46 Patologi / Cytologi / Njurmedicin / Bröstcentrum, påbörjad	240 mnkr
Nybyggnad Kungsplan (Trossö VC mm)	225 mnkr
Fastighets tekniska investeringar (planerat underhåll)	75 mnkr
Framtidens vårdinformationssystem	60 mnkr
Nybyggnad vuxenpsykiatri Ronneby	55 mnkr
Akutavdelning Karlshamn	40 mnkr
Nästa generations nätverk	40 mnkr
Blekinge Folkhögskola, nytt internat	36 mnkr
Uppgradering samt plattform för framtidens vårdinformationssystem	34 mnkr
Blekinge Folkhögskola, stambyte	33 mnkr
Upprustning Öresundståg	32 mnkr
Parkeringshus, renovering samt ombyggnad undercentral	30 mnkr
Reinvestering IT-infrastruktur	26 mnkr
Ny datahall	23 mnkr
Utrustningsinvesteringar byggnad 46	21 mnkr
Kök och restaurang Karlskrona	20 mnkr
Endoskopicentrum	20 mnkr
Bildhantering, mellanlagring	18 mnkr
Blekinge Folkhögskola, tillgänglighet	15 mnkr
Gynmottagning Karlskrona (ombyggnad)	15 mnkr
Akuten Karlskrona (ombyggnad)	15 mnkr
Utrustningsinvesteringar för ny- och ombyggnation	15 mnkr
Investeringsreserv	15 mnkr
Kemianalysator, Immunologianalysator, preanalys	13 mnkr
Sjukhustandvården Karlshamn (nya lokaler)	12 mnkr
Biljett och betalsystem Blekingetrafiken	12 mnkr
Bassängen Karlshamn	10 mnkr
Röntgen lab för CT-kamera Karlshamn	10 mnkr
Neonatal (ombyggnad)	10 mnkr
Nytt ställverk Karlshamn	10 mnkr

Gamla styrsystem, övergripande	10 mnkr
ERTMS, nytt signalsystem i Öresundståg	10 mnkr

Förändringar mot tidigare beslutad investeringsplan

De största förändringarna mot beslutad investeringsplan, 2018 – 2022, anges nedan.

Tillkommande investeringar jämfört med 2018 års plan	
Nybyggnad Kungsplan (Trossö VC mm) (endast Trossö VC 65 mnkr i tidigare plan)	225 mnkr
Flera mindre MT-investeringar	84 mnkr
Investeringar Blekingetrafiken, Öresundståg	74 mnkr
Nästa generations nätverk	40 mnkr
Folkhögskolan Stambyte 13-01, 13-02 och 15-01	33 mnkr
Nytt ställverk, Karlshamn	10 mnkr
Infusionspumpar	10 mnkr
Lyckeby VC Renovering fasad	8 mnkr
Reservvatten Karlshamn	8 mnkr
Omb. i samband med reinvestering IT	7 mnkr
Fast inredning behandlingsrum, Folktandvården	7 mnkr
Ombyggnad av allergimottagning, BLS K-na	6 mnkr
Säkerhetshöjande system som övervakning med monitorering och IDS/IPS system	5 mnkr
Övriga investeringar, några olika mindre poster	3 mnkr
Lustgasdestruktion byggnad 13 för specialisttandvården	2 mnkr
Apotekssystem	2 mnkr
Bortprioriterade investeringar från 2018 års plan	
Ny ambulanscentral Karlskrona	-75 mnkr
Nybyggnad parkeringshus, ersätta byggnad 34	-68 mnkr
MT-investeringar	-40 mnkr
Nytt Parkeringshus Infarten vid byggnad 13	-25 mnkr
Ombyggnad av värmeanläggning Karlskrona	-17 mnkr
Flera mindre fastighetsprojekt	-17 mnkr
Om- och tillbyggnad Nättraby VC BVC entré, personalrum	-15 mnkr
Ombyggnad IVA	-10 mnkr
Rivning, ambulanscentraler, byggnad 02-23	-8 mnkr
Energisparprojekt	-5 mnkr
IT-investeringar	-2 mnkr

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	**Investeringsplan 2019-2023**																	
2	**(Belopp i tkr)**																	
3					**593 155**	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 070**			**99 879**					
4	**Objektnr**	**Investerings-slag**	**Brukande Förvaltning**	**Investering**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Totalt 2019-2023**	**Nyckel**	**Avskriv-ningstid (år)**	**Förändring drifts-kostnad per förvaltning**	**Engångs-kostnad per förvaltning**	**Huvudsyfte till investering**	**Klinik**	**Byggnad**	**Kommentar**
5	200010	Fastighet	LTG	Investeringsreserv	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	**15 000**		10	1 500				90000	
6	200019	Fastighet	BLS	Ny byggnad patologi/cytologi/ mikrobiologi/njurmedicin/B röstcentrum	135 000	105 000	0	0	0	**240 000**	200237	30	8 000		FNYA		90246	Beslut LS
7	200038	Fastighet	P & H	Nybyggnad Vuxenpsyk Ronneby	2 000	43 000	10 000	0	0	**55 000**		30	1 833		FNYA		91200	
8	200051	Fastighet	LTG	Projektteknisk standard	260	260	275	275	275	**1 345**		10	135		FNYA		90000	
9	200059	Fastighet	FHS	Blekinge Folkhögskola/ Nytt internat	30 500	6 000	0	0	0	**36 500**		30	1 217		FNYA		91300	Beslut LS
10	200063	Fastighet	LTG	Investering Data-/telenät	1 300	1 300	1 300	1 300	1 300	**6 500**		5	1 300		FTEK		90000	
11	200081	Fastighet	LTG	Brandlarm generellt	1 500	1 500	1 000	1 000	1 000	**6 000**		15	400		FTEK		90000	
12	200089	Fastighet	LTS	Kök & Restaurang, K-na	10 000	10 000	0	0	0	**20 000**		15	1 333		FMYN/FVSP		90232	
13	200092	Fastighet	LTG	Renovera Parkeringshus inkl ombyggnad av undercentral.	15 000	15 000	0	0	0	**30 000**		30	1 000		FREN		90233	Beslut LS
14	200097	Fastighet	BLS	Bassängen Karlshamn renovering samt aggregatbyte ventilation	10 000	0	0	0	0	**10 000**		15	667		FTEK		92515	Beslut LS finns men **behovet kommer att omprövas.**
15	200106	Fastighet	LTG	Övergripande gamla styrsystem	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	**10 000**		10	1 000		FTEK		90000	
16	200121	Fastighet	BLS	Ombyggn. Gynmottagning Karlskrona	15 000	0	0	0	0	**15 000**		10	1 500		FVSP		90242	Beslut LS
17	200129	Fastighet	BLS	Ny ambulanscentral K-hamn	2 000	0	0	0	0	**2 000**		30	67		FNYA		92529	Beslut LS
18	200144	Fastighet	FHS	Tillgänglighet Folkhögsskolan, etapp 1 Huvudbyggnad 13-01	500	5 000	10 000	0	0	**15 500**		20	775		FMYN		91301	
19	200146	Fastighet	LTS	Ny datahall/modul	20 000	3 000	0	0	0	**23 000**	300107	15	1 533		FNYA/FMYN		90200	
20	200169	Fastighet	LTG	FTI-åtgärder (PU)	15 000	12 000	11 000	13 000	24 000	**75 000**		20	3 750		FTEK		90000	Planerat fastighetsunderhåll
21	200173	Fastighet	P & H	Ombyggnad för psykiatrin, Karlskrona	500	0	0	0	0	**500**		15	33		FMYN/FVSP		90224	Beslut LS
22	200175	Fastighet	LTS	Materialdepån	2 000	0	0	0	0	**2 000**		10	200		FVSP			Beslut LS, upphandling av hyreskontrakt
23	200179	Fastighet	BLS	Omb. Avdelningskök	2 000	2 000	0	0	0	**4 000**		10	400		FMYN		90000	Lagkrav
24	200180	Fastighet	HMC	Hjälpmedelcentralen Tvätthall rekonditionering	5 000	0	0	0	0	**5 000**		15	333		FVSP		90801	Beslut LS
25	200184	Fastighet	TV	Sjukhustandvården Karlshamn nya lokaler.	500	12 000	0	0	0	**12 500**	200206	20	625		FVSP		92505	
26	200206	Fastighet	BLS	Ombyggnad Rehab avd.20	6 000	3 700	0	0	0	**9 700**		15	647		FVSP		92516	
27	200210	Fastighet	TV	Lustgasdestruktion byggnad 13 för specialisttandvården	2 000	0	0	0	0	**2 000**								Ärende till nämnden i aug och LS i sept.
28	200216	Fastighet	BLS	Nytt kemlabsystem Karlskrona och Karlshamn	7 200	0	0	0	0	**7 200**	100505, 100544	10	720		FMAP		90000	Beslut LS
29	200217	Fastighet	BLS	Blodcentralen, komponentberedning	3 000	0	0	0	0	**3 000**	100417, 100538, 100537	10	300		FMAP		90241	Beslut LS
30	200219	Fastighet	TV	Byte av unitar	250	250	200	100	0	**800**	100XXX	10	80		FMAP		90000	Fastighetsanpassning

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
3					**593 155**	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 070**			**99 879**					
4	**Objektnr**	**Investerings-slag**	**Brukande Förvaltning**	**Investering**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Totalt 2019-2023**	**Nyckel**	**Avskriv-ningstid (år)**	**Förändring drifts-kostnad per förvaltning**	**Engångs-kostnad per förvaltning**	**Huvudsyfte till investering**	**Klinik**	**Byggnad**	**Kommentar**
31	200223	Fastighet	BLS	Nya autoklaver sterilen Karlskrona och Karlshamn	2 000	4 000	0	0	0	**6 000**		10	600		FMAP		90000	Beslut LS
32	200224	Fastighet	BLS	Skelettröntgen lab 8, 9 och 11	4 000	0	0	0	0	**4 000**	100451	10	400		FMAP		90239	
33	200228	Fastighet	BLS	Kemlab Hematologi Karlskrona och Karlshamn	1 000	0	0	0	0	**1 000**	100428	10	100		FMAP		90000	Beslut LS
34	200229	Fastighet	PV	Nybyggnad Kungsplan (Trossö VC och KHV)	10 000	100 000	100 000	15 000	0	**225 000**		30	7 500		FNYA		90601	Ny vårdcentral planeras att byggas på kungsplan
35	200235	Fastighet	BLS	Permanenta lokaler akutavdelning, Karlshamn	10 000	28 000	2 000	0	0	**40 000**		15	2 667		FVSP		92500	"Nära Tillsammans"
36	200240	Fastighet	HMC	Separering smutsigt/rent gods	5 000	0	0	0	0	**5 000**		15	333		FVSP/FMYN		90801	Beslut LS
37	200241	Fastighet	P & H	Nybyggnad psykiatri Karlskrona	0	0	0	0	1 500	**1 500**	200221	30	50		FNYA		90200	Totalt bedömt till 105 mnkr
38	200247	Fastighet	BLS	Lab.5 skelettlab anpassning, Karlshamn	1 000	0	0	0	0	**1 000**	100564	10	100		FMAP		92502	
39	200249	Fastighet	BLS	Lab.1 anpassning, Karlshamn	1 000	0	0	0	0	**1 000**	100698	10	100		FMAP		92502	
40	200251	Fastighet	BLS	Röntgen Lab. 12 anpassning, Karlskrona	1 000	0	0	0	0	**1 000**	100697	10	100		FMAP		90239	
41	200252	Fastighet	BLS	Nytt röntgenlab för CT-kamera - Karlshamn	0	10 000	0	0	0	**10 000**	100566				FMAP		92502	
42	200254	Fastighet	LTG	Byte av gamla ventilationsaggregat	1 000	1 000	500	500	500	**3 500**		20	175		FTEK		90000	
43	200260	Fastighet	BLS	Blocken. Vårdbyggnader för operation, akut, röntgen, IVA/TIVA, Thorax mfl Hus 1, 2, 3	5 000	50 000	110 000	185 000	500 000	**850 000**		30	28 333		FNYA		902xx	500 mkr/år 2024-2026
44	200262	Fastighet	BLS	Flödescytometer, Provpreparering Kem-lab	1 000	0	0	0	0	**1 000**	100631	10	100		FMAP		90241	Beslut LS
45	200264	Fastighet	BLS	Monoplacekammare 2	0	0	800	0	0	**800**	100704				FMAP		90239	
46	200272	Fastighet	LTG	Åtgärda miljöproblem byggnad 13	6 000	0	0	0	0	**6 000**		10	600		FMYN		90213	Beslut LS
47	200274	Fastighet	BLS	Ombyggnad Akuten Karlskrona	0	3 000	12 000	0	0	**15 000**		15	1 000		FVSP		90240	
48	200276	Fastighet	BLS	Ombyggnad Neonatal	2 000	8 000	0	0	0	**10 000**		15	667		FVSP		90240	
49	200277	Fastighet	BLS	Endoskopicentrum, byggnad 26	0	5 000	15 000	0	0	**20 000**		15	1 333		FVSP		90226	
50	200279	Fastighet	BLS	Klin-Fys etapp 2	2 650	0	0	0	0	**2 650**		15	177		FVSP		90226	
51	200285	Fastighet	LTS	Nytt ställverk, Karlshamn	5 000	5 000	0	0	0	**10 000**		20	500		FTEK/FNYA			
52	200286	Fastighet	PV	Lyckeby VC Renovering fasad	500	7 000	500	0	0	**8 000**		20	400		FTEK			
53	200287	Fastighet	FHS	Folkhögskolan Stambyte 13-01, 13-02 och 15-01	2 000	25 000	6 000	0	0	**33 000**		20	1 650		FTEK		91301	
54	200294	Fastighet	LTS	Omb. i samband med reinvestering IT	3 000	3 000	1 000	0	0	**7 000**	300101	15	467		FVSP/FNYA			
55	200301	Fastighet	LTG	Reservvatten Karlshamn	2 000	5 700	0	0	0	**7 700**		20	385		FTEK/FNYA			Beslut LS finns men **behovet kommer att omprövas**.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
3					**593 155**	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 070**			**99 879**					
4	**Objektnr**	**Investerings-slag**	**Brukande Förvaltning**	**Investering**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Totalt 2019-2023**	**Nyckel**	**Avskriv-ningstid (år)**	**Förändring drifts-kostnad per förvaltning**	**Engångs-kostnad per förvaltning**	**Huvudsyfte till investering**	**Klinik**	**Byggnad**	**Kommentar**
56	200305	Fastighet	BLS	Ombyggnad av allergimottagning, BLS K-na	6 000	0	0	0	0	**6 000**	200121							Samband med ombyggnaden av gynmottagningen. Ärende till BLS nämnd i aug och LS i sept
57	200306	Fastighet	BLS	Tomt till ny ambulansstation Karlskrona	5 000	0	0	0	0	**5 000**								

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
3					**593 155**	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 070**			**99 879**					
4	**Objektnr**	**Investerings-slag**	**Brukande Förvaltning**	**Investering**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Totalt 2019-2023**	**Nyckel**	**Avskriv-ningstid (år)**	**Förändring drifts-kostnad per förvaltning**	**Engångs-kostnad per förvaltning**	**Huvudsyfte till investering**	**Klinik**	**Byggnad**	**Kommentar**
58	300100	IT	TV	Tandvården (administrativt program tandvårdsstöd och	2 000	0	0	0	0	**2 000**		7	500		INYA			Upphandling tillsammans med Västmanland under 2018 men
59	300101	IT	LTG	Reinvestering IT-infrastruktur	6 000	6 000	7 000	4 000	3 000	**26 000**		10	4 000		IREV			Anpassning efter investeringsmöjlighet
60	300102	IT	LTG	Investeringsreserv för svårdplanerade utgifter som haverier eller osäkra IT investeringskostnader	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	**15 000**		7			IRES			System som kanske köps som tjänst eller licensinvestering ex förrådssystem, loggsystem, regional tjänsteplattfomr, ledningssystem uppföljningssystem, app krismeddelanden samt oförutsedda utgifter
61	300103	IT	LTS	Innovation och digital utveckling	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	**5 000**		7			INYA			Möjlighet till inovationsprojekt
62	300104	IT	LTG	Teknisk och funktionell uppgradering samt plattform för FVIS för Infrastruktur Mobilitet/WiRi/Positionering/Video	6 000	6 000	7 000	7 000	8 000	**34 000**		7			INYA			Efter revidering lyfts år 2020 och 2021 från 5 till 6 mnkr, för 2022 från 4 till 7 mnkr. Är troligt i underkant men mer realistiskt med den teknik som måste förändras.
63	300107	IT	LTG	Container för serverhallsredundans	3 000	0	0	0	0	**3 000**		7			IREV			Flyttat från 2018 till 2019. Att bygga hallen kvartår hos fastighet.
64	300108	IT	LTG	Ny primär datacenterutrustning i ny extern datahall	0	5 000	0	0	0	**5 000**		7			IREV			Flytt från 2019 till 2020 samt revidering av investeringstext
65	300110	IT	BLS	Utbyte av bärbara RAKEL-apparater	500	0	0	0	0	**500**			610		IREV			Driftkostnad på 610 000 kr startar redan år 2018
66	300111	IT	LTG	Framtidens vårdsystemstöd och arkivering	20 000	20 000	20 000	0	0	**60 000**		10			IREV			2019: 30 mnkr från 2017+6 mnkr för 2018 + 6 mnkr för 2019. Värdet är sänkt i samband med omprioriteringsarbetet
67	300147	IT	BLS, Primv, Psyk, TV	We Add SYNC (Portallösning för vårdsystem)	3 000	0	0	0	0	**3 000**		7	2 000	600	INYA			2019: 3 mnkr från 2018 pilot pågår 2018 Förvaltning en personal måste anställas
68	300153	IT	LTG	Nästa generations Nätverk	10 000	15 000	10 000	5 000	0	**40 000**		10			IREV			Innehåller ny infrastruktur för Nya generationens nätverk, inkl felsöknings verktyg
69	300153	IT	LTG	Säkerhetshöjande system som övervakning med monitorering och IDS/IPS system	3 000	2 000	0	0	0	**5 000**		10			INYA			Innehåller övervakning, monitorering och SLA rapport verktyg samt Intrusion detection an protecktion system.
70	300154	IT	BLS	Kemlab (drivers till nya instrument och bana)	500	0	0	0	0	**500**		7			INYA			2019: Utökad från 250 000 till 500 000 kr
71	300154	IT	BLS	Kemlab (integration mot BoS)	200	0	0	0	0	**200**		7			INYA			2019: 200 000 kr från 2018
72	300156	IT	LTG	Nytt avvikelsesytem, vårdsynpunkter	1 000	0	0	0	0	**1 000**		7	200		IREV			2019: 1 000 000 kr från 2018

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
3					**593 155**	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 070**			**99 879**					
4	**Objektnr**	**Investerings-slag**	**Brukande Förvaltning**	**Investering**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Totalt 2019-2023**	**Nyckel**	**Avskriv-ningstid (år)**	**Förändring drifts-kostnad per förvaltning**	**Engångs-kostnad per förvaltning**	**Huvudsyfte till investering**	**Klinik**	**Byggnad**	**Kommentar**
73	300160	IT	BLS	Apotekssystem	2 000	0	0	0	0	**2 000**			500		INYA			Apotek i egen regi

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
3					**593 155**	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 070**			**99 879**					
4	**Objektnr**	**Investerings-slag**	**Brukande Förvaltning**	**Investering**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Totalt 2019-2023**	**Nyckel**	**Avskriv-ningstid (år)**	**Förändring drifts-kostnad per förvaltning**	**Engångs-kostnad per förvaltning**	**Huvudsyfte till investering**	**Klinik**	**Byggnad**	**Kommentar**
74	300161	IT	Blekinge-trafiken	Nytt biljett- och betalsystem för Blekingetrafiken	12 000	0	0	0	0	**12 000**		7	1 588		IREV			
75	100016	MT	BLS	CTG telemetri	2 000	0	0	0	0	**2 000**		7	0		MREV	Kvinnokliniken Förlossningsavd		Framflyttad pga avbruten upphandling
76	100162	MT	BLS	Ultraljudsapp Bildgiv	1 500	0	0	0	0	**1 500**		7	0		MREV	Kvinnokliniken Ultraljudsmot		Framflyttat. Ev. klart 2018
77	100166	MT	BLS	Förlossningssäng	0	1 500	0	0	0	**1 500**		7	0		MREV	Kvinnokliniken Förlossningsavd		Framflyttat till 2020
78	100180	MT	BLS	Scanner för bilddiagnostik, rutin (storsnitt)	1 000	0	0	0	0	**1 000**		7	0		MNYA	Labmedicin Patologen		År 3 + 100 tkr i driftkostnad.
79	100405	MT	BLS	Operationsmikroskop med kamera	0	1 397	0	0	0	**1 397**		10	0		MREV	Anestesi OP K-na		Framflyttat till 2020
80	100415	MT	BLS	Blodseparerings-automat Trima	500	0	0	0	0	**500**		7	0		MREV	Labmedicin BLC, K-na		Framflyttat. Ev. klart 2018
81	100428	MT	BLS	Hematologi	0	3 000	0	0	0	**3 000**	200228		0		MREV	Labmedicin KemLab K-na, K-hmn		Framflyttat. År 1 -200 tkr och År 3 +200 tkr i driftkostnad.
82	100432	MT	BLS	Ultraljudsapp Bildgiv	1 500	0	0	0	0	**1 500**		7	0		MREV	Kvinnokliniken Förlossningen		Framflyttat. Ev. klart 2018
83	100456	MT	BLS	Lafbänk Dragskåp till Hotlab	0	500	0	0	0	**500**	200265	7	0		MREV	Röntgen HotLab		Framflyttat till 2020
84	100460	MT	BLS	Blodgas		700	0	0	0	**700**		7	0		MREV	Thoraxcentrum Thiva/Th-OP		Framflyttat. Ev. klart 2018. År 1 -50 tkr och år 3 +100 tkr i driftkostnad.
85	100464	MT	BLS	Respirator	0	2 000	0	0	0	**2 000**		7	0		MREV	Thoraxcentrum Thiva		Framflyttat. Ev. klart 2018
86	100470	MT	BLS	Retcam Shuttle	650	0	0	0	0	**650**		7	0		MNYA	Ögonkliniken Kliniken		Framflyttat. Ev. klart 2018. År 3 +50 tkr i driftkostnad.
87	100481	MT	BLS	Stapel fiberbronkoskopi Stel optik	800	0	0	0	0	**800**		7	0		MREV	Öronkliniken Öron-Op k-hamn		Framflyttat. Ev. klart 2018
88	100505	MT	BLS	Kemianalysator, Immunologianalysator, preanalys	13 000	0	0	0	0	**13 000**	200216	7	0		MREV	Labmedicin KemLab K-na, K-hmn		År 1 -600 tkr och År 3 +700 tkr i driftkostnad
89	100518	MT	BLS	Ambulanser, utbyte enligt ramavtal	5 250	3 500	0	0	0	**8 750**		5	0		MREV	Akutkliniken Ambulansen		Leveransplan senarelagd
90	100525	MT	BLS	Intensivvårdsdialys-apparat	0	750	0	0	0	**750**		7	0		MREV	Anestesi IVA K-na		Framflyttat. Driftkostn År 1 -20 tkr, År 3 +20 tkr
91	100526	MT	BLS	Respirator	3 200	0	0	0	0	**3 200**		7	0		MREV	Anestesi IVA K-na		Framflyttat. Ev. klart 2018
92	100534	MT	BLS	Ultraljud urologi	800	0	0	0	0	**800**		7	0		MREV	Kirurgkliniken Kirmott K-na		Framflyttat. Ev. klart 2018 Belopp ändrat från 300 000 kr
93	100535	MT	BLS	Ultraljudsapp Bildgiv	1 500	0	0	0	0	**1 500**		7	0		MREV	Kvinnokliniken Gynmott. Karlshamn		Framflyttat. Ev. klart 2018
94	100545	MT	BLS	LCMS (GCMS?)	0	1 000	0	0	0	**1 000**		7	0		MREV	Labmedicin Kemlab K-na		Framflyttat. År 1 -40 tkr och år 3 +70 tkr i driftkostnad.
95	100551	MT	BLS	Urvattning, rutin	500	0	0	0	0	**500**		7	0		MREV	Labmedicin Patologen		Framflyttat. Ev. klart 2018
96	100553	MT	BLS	Provprepationsutrustning, Vätskebaserad cytologi	600	0	0	0	0	**600**		7	0		MREV	Labmedicin Cytologen		Framflyttat. Ev. klart 2018

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
3					**593 155**	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 070**			**99 879**					
4	**Objektnr**	**Investerings-slag**	**Brukande Förvaltning**	**Investering**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Totalt 2019-2023**	**Nyckel**	**Avskriv-ningstid (år)**	**Förändring drifts-kostnad per förvaltning**	**Engångs-kostnad per förvaltning**	**Huvudsyfte till investering**	**Klinik**	**Byggnad**	**Kommentar**
97	100564	MT	BLS	Lab 5, Skelettlab, option från upphandling K-na	5 000	0	0	0	0	**5 000**	200247	7	0		MREV	Röntgenkliniken K-hamn		År 1 -320 tkr och år 3 +350 tkr i driftkostnad.
98	100565	MT	BLS	MR-kamera 1,5T	0	0	0	0	0	**0**	200253	7	0		MNYA	Röntgenkliniken K-hamn		Blocket Karlskrona. År 3 +900 tkr
99	100566	MT	BLS	Datortomograf	0	8 000	0	0	0	**8 000**	200252	7	0		MNYA	Röntgenkliniken K-hamn		Framflyttat. År 3 +700 tkr i driftkostnad.
100	100573	MT	BLS	Laserscanning, Optomap	0	900	0	0	0	**900**		7	0		MNYA	Ögonkliniken, K-na		År 3 +90 tkr i driftkostnad.
101	100619	MT	BLS	Ultraljudsapp Bildgiv	0	1 500	0	0	0	**1 500**		7	0		MREV	Kvinnokliniken Gynmott. Karlskrona		Framflyttat. Ev. klart 2018
102	100631	MT	BLS	Provpreparering Flödetcyometer	950	0	0	0	0	**950**	200262	7	0		MNYA	Labmedicin KemLab K-na		Framflyttat. Ev. klart 2018 Prisjusterad från 500 000. År 3 +40 tkr i driftkostnad.
103	100636	MT	BLS	Bentäthetsmätare	0	1 500	0	0	0	**1 500**		7			MREV	Röntgenkliniken K-hamn		År 1 -30 tkr och år 3 +30 tkr i driftkostnad.
104	100677	MT	BLS	Ambulanser, utbyte. Nytt ramavtal	0	0	5 250	0	0	**5 250**		7	0		MREV	Akutkliniken Ambulansen		Planerat nytt avtal framflyttat ett år
105	100682	MT	BLS	Färgmaskin Prismafilm	0	1 100	0	0	0	**1 100**	200019	7	0		MREV	Labmedicin Patologen		Framflyttat Byggnad 46
106	100683	MT	BLS	Immunofärgmaskin	0	1 200	0	0	0	**1 200**	200019	7	0		MREV	Labmedicin Patologen		Framflyttat Byggnad 46
107	100685	MT	BLS	Klosskrivare	750	0	0	0	0	**750**		7	0		MREV	Labmedicin Patologen		
108	100686	MT	BLS	Vattenrening centralt	0	2 000	0	0	0	**2 000**	200019	10	0		MREV	Medicinkliniken Dialys K-na		Framflyttat Byggnad 46. År 1 -88 tkr och år 3 +100 tkr i driftkostnad.
109	100687	MT	BLS	Centralkoncentrat	0	500	0	0	0	**500**	200019	7	0		MNYA	Medicinkliniken Dialys K-na		Framflyttat Byggnad 46. År 3 +10 tkr i driftkostnad.
110	100689	MT	BLS	Övervakning	0	1 000	0	0	0	**1 000**		7	0		MNYA	Medicinkliniken Dialys K-na		Framflyttat Byggnad 46. År 3 +30 tkr i driftkostnad.
111	100690	MT	BLS	Ultraljud	0	500	0	0	0	**500**		7	0		MNYA	Medicinkliniken Gastro		Framflyttat. Ev. klart 2018. År 3 +40 tkr i driftkostnad.
112	100693	MT	BLS	Ultraljud (lab 7a)	0	0	0	1 500	0	**1 500**		7	0		MREV	Röntgenklinik Röntgen K-na		
113	100697	MT	BLS	Lab 12, "Multilab"		7 000	0	0	0	**7 000**	200251	7	0		MREV	Röntgenkliniken K-na		År 1 -320 tkr och år 3 +350 tkr i driftkostnad.
114	100698	MT	BLS	Lab 1, genomlysning		7 000	0	0	0	**7 000**	200249	7	0		MREV	Röntgenkliniken K-hamn		År 1 -320 tkr och år 3 +350 tkr i driftkostnad.
115	100699	MT	BLS	Biplan	0	0	0	0	2 000	**2 000**		7	0		MREV	Röntgenkliniken K-na		Framflyttat. År 1 -55 tkr och år 3 +60 tkr i driftkostnad.
116	100704	MT	BLS	Övertryckskammare (Monoplace)	0	0	1 500	0	0	**1 500**	200264	7	0		MNYA	Anestesi OP K-na		År 3 + 15 tkr i driftkostnad
117	100705	MT	BLS	Ultraljud	500	0	0	0	0	**500**		7	0		MNYA	Medicinkliniken Reuma		Framflyttat. Ev. klart 2018. År 3 +40 tkr i driftkostnad.
118	100706	MT	BLS	Ultraljud (Lab 2)	0	0	1 500	0	0	**1 500**		7	0		MREV	Röntgenkliniken K-hamn		År 1 -80 tkr och år 3 +80 tkr i driftkostnad.
119	100707	MT	BLS	Ögonbottenkamera	0	0	2 500	0	0	**2 500**		7	0		MREV	Ögonkliniken Kna, Khm		År 3 +250 tkr i driftkostnad.
120	100708	MT	BLS	Ambulanser, utbyte. Nytt ramavtal	0	0	0	5 250	0	**5 250**		5	0		MREV	Akutkliniken Ambulansen		Planerat nytt avtal framflyttat ett år
121	100709	MT	BLS	Bedömningsbilar, utbyte	0	0	2 000	0	0	**2 000**		5	0		MREV	Akutkliniken Ambulansen		

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
3					**593 155**	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 070**			**99 879**					
4	**Objektnr**	**Investerings-slag**	**Brukande Förvaltning**	**Investering**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Totalt 2019-2023**	**Nyckel**	**Avskriv-ningstid (år)**	**Förändring drifts-kostnad per förvaltning**	**Engångs-kostnad per förvaltning**	**Huvudsyfte till investering**	**Klinik**	**Byggnad**	**Kommentar**
122	100710	MT	BLS	Anslutning pelare/arm dialysplatser byggn 46	0	1 000	0	0	0	**1 000**		7	0		MNYA	Medicinkliniken Dialys K-na		Framflyttat Byggnad 46
123	100711	MT	BLS	Fast utrustning i akutrum	0	0	0	3 000	0	**3 000**	Ev. 200274	10	0		MREV	Akutkliniken		
124	100712	MT	BLS	Ambulanser, utbyte. Nytt ramavtal	0	0	0	0	5 250	**5 250**		5	0		MREV	Akutkliniken Ambulansen		Planerat nytt avtal framflyttat ett år
125	100714	MT	BLS	Schablon för övrig utrustning	0	0	0	5 000	0	**5 000**		7	0		MREV	Alla kliniker		
126	100717	MT	BLS	Fast utrustning i akutrum	0	0	0	1 500	0	**1 500**	Ev. 200275	10	0		MREV	Anestesikliniken IVA		
127	100721	MT	BLS		0	1 400	0	0	0	**1 400**		7	0		MREV	Barnkliniken avd 33		
128	100722	MT	BLS		0	1 300	0	0	0	**1 300**		7	0		MNYA	Barnkliniken avd 33		Framflyttad från 2018
129	100726	MT	BLS	EUS-stapel	0	1 900	0	0	0	**1 900**		7	0		MNYA	Kirurgkliniken K-na		Framflyttat. År 3 + 190 tkr i driftkostnad.
130	100729	MT	BLS	Utrustning för ENG och EMG	0	700	0	0	0	**700**		7	0		MNYA	Klinisk fysiologi		Framflyttat. Ev. klart 2018. År 3 + 70 tkr i driftkostnad.
131	100733	MT	BLS	Glasscanner	0	0	0	1 500	0	**1 500**		5	0		MREV	Labmedicin Patologen		
132	100733	MT	BLS	Glasscanner	0	0	0	1 500	0	**1 500**		7	0		MREV	Laboratorie-medicin		
133	100734	MT	BLS	Vattenrening	0	0	0	1 000	0	**1 000**		10	0		MREV	Medicinkliniken Dialys K-hmn		År 1 -88 tkr och år 3 +100 tkr i driftkostnad.
134	100739	MT	BLS	Ultraljud (lab 7b)	1 500	0	0	0	0	**1 500**		7	0		MREV	Röntgenklinik Röntgen K-na		Tidigarelagd
135	100754	MT	TV	Lustgasdestruktion	2 100	0	0	0	0	**2 100**			0		MNYA	FTV generellt		Framflyttat. Ev. klart 2018. År 3 +300 tkr i driftkostnad.
136	100756	MT	TV	Digitala avtryck	0	600	0	0	0	**600**		7	0		MNYA	FTV Spec.tandvården		Framflyttat. Ev. klart 2018. År 3 +60 tkr i driftkostnad
137	100757	MT	TV	Digitala avtryck	1 800	0	0	0	0	**1 800**		7	0		MNYA	FTV Allmäntandvård		Framflyttat. Ev. klart 2018. År 3 +180 tkr i driftkostnad
138	100758	MT	TV	Digitala avtryck	0	1 200	0	0	0	**1 200**		7	0		MNYA	FTV Allmäntandvård		År 3 +120 tkr i driftkostnad
139	100771	MT	BLS	Infusionspumpar patientstyrda	1 150	0	0	0	0	**1 150**		5	0		MREV	Anestesikliniken IVA		
140	100781	MT	BLS	Ambulans till transportkuvös	0	2 000	0	0	0	**2 000**		5	0		MREV	Akutkliniken Ambulansen		
141	100782	MT	BLS	NEWS-monitorer	920	0	0	0	0	**920**		5	0		MNYA	Alla kliniker		År 3 + 90 tkr i driftkostnad
142	100784	MT	BLS	Ultraljud Utbyte Edge	0	900	0	0	0	**900**		7	0		MREV	AnestesiOP K-hamn		
143	100785	MT	BLS	Ultraljud Utökning Edge	0	600	0	0	0	**600**		7	0		MNYA	AnestesiOP K-hamn		År 3 +30 tkr i driftkostnad
144	100786	MT	BLS	Ortopediska verktyg och maskiner	0	1 600	800	800	800	**4 000**		7	0		MREV	AnestesiOP K-na/K-hamn		Planerat nytt ramavtal
145	100787	MT	BLS		2 000	0	0	0	0	**2 000**		7	0		MREV	Anestesi op		
146	100788	MT	BLS		2 400	0	0	0	0	**2 400**		7	0		MREV	AnestesiOP K-hamn		
147	100790	MT	BLS		650	0	0	0	0	**650**		7	0		MNYA	Barnkliniken Avd 27		
148	100794	MT	BLS		500	0	0	0	0	**500**		7	0		MREV	Barnkliniken Neo		
149	100798	MT	BLS		0	500	0	0	0	**500**		7	År 3 + 50 tkr i		MNYA	Kirurgkliniken K-na		Politiskt beslut 2019
150	100799	MT	BLS	Ultraljud Kärldiagnostik	500	0	0	0	0	**500**		7	0		MREV	Kirurgkliniken K-hmn		Prioriterad av verksamhet
151	100803	MT	BLS	Ultraljudsapparat	0	500	0	0	0	**500**		7	0		MREV	Kvinnokliniken avd 35		Framflyttat. Ev. klart 2018

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
3					**593 155**	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 070**			**99 879**					
4	**Objektnr**	**Investerings-slag**	**Brukande Förvaltning**	**Investering**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Totalt 2019-2023**	**Nyckel**	**Avskriv-ningstid (år)**	**Förändring drifts-kostnad per förvaltning**	**Engångs-kostnad per förvaltning**	**Huvudsyfte till investering**	**Klinik**	**Byggnad**	**Kommentar**
152	100805	MT	BLS	CTG med analys	750	0	0	0	0	**750**		7	0		MREV	Kvinnokliniken Förlossningsavd		
153	100808	MT	BLS	Snittningsrobot	0	4 000	0	0	0	**4 000**		7	0		MNYA	Labmedicin Patologen		År 3 +400 tkr i driftkostnad.
154	100812	MT	BLS	Blodgas	0	700	0	0	0	**700**		7	0		MREV	Labmedicin Kemlab, K-na		År 1 -25 tkr och år 3 +25 tkr i driftkostnad.
155	100813	MT	BLS	BN prospec	0	500	0	0	0	**500**		7	0		MREV	Labmedicin Kemlab, K-na		
156	100815	MT	BLS	Ultraljud	0	500	0	0	0	**500**		7	0		MREV	Medicinkliniken Dialys K-na		
157	100817	MT	BLS	Ultraljud	0	500	0	0	0	**500**		7	0		MREV	Medicinkliniken Dagvård		
158	100820	MT	BLS	Mammografi	0	0	3 000		0	**3 000**		7	0		MNYA	Röntgenkliniken K-na		År 3 +300 000kr
159	100825	MT	BLS	EKO apparat	1 200	0	0	0	0	**1 200**		7	0		MREV	Thoraxcentrum avd 55		
160	100826	MT	BLS	EKO apparat	1 200	0	0	0	0	**1 200**		7	0		MREV	Thoraxcentrum Fyslab K-hamn		
161	100844	MT	PV	Ultraljud	900	0	0	0	0	**900**		7	0		MNYA	Ungdomsmott. K-na K-hamn & Ronneby		År 3 +90 tkr i driftkostnad.
162	100870	MT	BLS	Schablon för övrig	0	0	0	0	5 000	**5 000**		7	0		MREV	Alla kliniker		
163	100871	MT	BLS		0	10 245	0	0	0	**10 245**		5	0		MREV	Alla kliniker		
164	100875	MT	TV		680	0	0	0	0	**680**		7	0		MREV	FTV Rödeby		
165	100883	MT	TV		680	0	0	0	0	**680**		7	0		MREV	FTV Lyckeby		
166	100884	MT	TV		0	850	0	0	0	**850**		7	0		MREV	FTV Lyckeby		
167	100885	MT	TV		2 200	0	0	0	0	**2 200**		7	0		MREV	FTV Karlshamn		
168	100887	MT	TV		510	0	0	0	0	**510**		7	0		MREV	FTV Nättraby		
169	100888	MT	TV		1 400	0	0	0	0	**1 400**		7	0		MREV	FTV Olofström		
170	100889	MT	TV		0	1 530	0	0	0	**1 530**		7	0		MREV	FTV Ronneby		
171	100890	MT	TV		0	0	1 700	0	0	**1 700**		7	0		MREV	FTV Sölvesborg		
172	100892	MT	BLS	Ultraljud urologi	0	800	0	0	0	**800**		7	0		MREV	Kirurgkliniken Kirmott Karlshamn		Option från 100534
173	100894	MT	LTB	Beställt 2018, betalas 2019	19 000	0	0	0	0	**19 000**		7						
174	100895	MT	LTB	Mindre utrustningar under 500 tkr	19 862	0	0	0	0	**19 862**		7						
175	100895	MT	LTB	Mindre utrustningar under 500 tkr	0	2 500	0	0	0	**2 500**		7						
176	100895	MT	LTB	Mindre utrustningar under 500 tkr	0	0	90	0	0	**90**		7						
177	100895	MT	LTB	Mindre utrustningar under 500 tkr	0	0	0	600	0	**600**		7						
178	100896	MT	TV	Unitar	0	0	0	2 000	0	**2 000**		7						
179	100897	MT	TV	Unitar	530	0	0	0	0	**530**		7						
180	300122	MT	BLS	Bildhantering Mellanlagring upphandlas	9 000	9 000	0	0	0	**18 000**		10	900		INYA	Opererande verksamheter m.fl.		4 500 000 kr flyttats från 2018 till 2019. År 1 +900 tkr År 2 + 900 tkr i driftkostnad.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
3					**593 155**	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 070**			**99 879**					
4	**Objektnr**	**Investerings-slag**	**Brukande Förvaltning**	**Investering**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Totalt 2019-2023**	**Nyckel**	**Avskriv-ningstid (år)**	**Förändring drifts-kostnad per förvaltning**	**Engångs-kostnad per förvaltning**	**Huvudsyfte till investering**	**Klinik**	**Byggnad**	**Kommentar**
181	400020	Övrigt	LTG	Inredning/utrustning "vita ytor" ex entréer mm	100	100	100	100	100	**500**		7	71		ÖREV			
182	400021	Övrigt	LTS	Konferensrumsmöbler, successivt utbyte	100	100	50	50	50	**350**		7	50		ÖREV			
183	400025	Övrigt	LTG	Reserv oförutsedda händelser	500	500	500	500	500	**2 500**		7	357		ÖRES			
184	400025	Övrigt	LTS	Beställt 2018, betalas 2019. Tvättmaskin och torktumlare, finansieras av reserv 2018. Lång leveranstid.	700	0	0	0	0	**700**		7	100		ÖRES			
185	400084	Övrigt	LTG	Utrustningsinvesteringar i samband med ny- och ombyggnationer	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	**15 000**		10	1 500		ÖNYA			
186	400084	Övrigt	BLS	Utrustningsinvestering till ny byggnad 46	7 000	14 000	0	0	0	**21 000**		10	2 100		ÖNYA			
187	400088	Övrigt	LTS	Dragtruck till transportorg och MA-depå	650	150	150	150	150	**1 250**		7	179		ÖREV			Framflyttat pga ma-depå flytt
188	400108	Övrigt	TV	Fast inredning behandlingsrum, Folktandvården	1 760	2 800	2 400	0	0	**6 960**		15	464		ÖREV			prioriterades bort i planen 2018-2022 (9,1 mnkr)
189	400109	Övrigt	TV	Sugsystem till tandvårdskliniker, Folktandvården	320	320	0	0	0	**640**		7	91		ÖREV			
190	400112	Övrigt	LTS	Kabinettmaskin inkl lådor (500st), MA-depån.	0	2 000	0	0	0	**2 000**		10	200		ÖREV			ej flytt. Igångsättningsbeslut finns.
191	400120	Övrigt	LTS	Skjutstativtruck, MA-depån	0	350	0	0	0	**350**		7	50		ÖREV			
192	400121	Övrigt	LTS	Hisslager, Ma-depån.	0	2 200	1 100	1 100	0	**4 400**		10	440		ÖREV			ej flytt. Igångsättningsbeslut
193	400122	Övrigt	LTS	Vagnar, MA-depån	650	0	0	0	0	**650**		7	93		ÖREV			
194	400123	Övrigt	LTS	Kärl och vagnar till tranportorg	350	0	0	0	0	**350**		7	50		ÖREV			
195	400125	Övrigt	LTS	Värmerier till restaurangen i Karlshamn	150	0	0	0	0	**150**		7	21		ÖREV			
196	400126	Övrigt	LTS	Stolar till restaurangen i Karlskrona, soffgrupp restaurangentrén	50	0	0	0	0	**50**		7	7		ÖREV			
197	400127	Övrigt	LTS	Tallriksdipensrar restaurangen i Karlskrona	0	85	0	0	0	**85**		7	12		ÖREV			
198	400128	Övrigt	LTS	Skurmaskiner till städorg	100	100	100	0	0	**300**		7	43		ÖREV			
199	400129	Övrigt	LTS	Städvagnar till städorg.	100	0	0	0	0	**100**		7	14		ÖREV			
200	400130	Övrigt	LTS	Diskmaskin till restaurang och cafeteria i Karlshamn	0	250	0	0	0	**250**		7	36		ÖREV			
201	400131	Övrigt	BLS	Skåp till vårdnära service	100	0	0	0	0	**100**		7	14		ÖNYA			
202	400136	Övrigt	LTS	Tvättmaskin och torktumlare	100	0	0	0	0	**100**		5	20		ÖREV			
203	400137	Övrigt	BLS	Utrustning till mottagningar och vårdavdelningar, t ex akutvagnar, stickvagnar, rondvagnar, britsar	200	200	200	200	200	**1 000**		5	200		ÖREV			

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
3					**593 155**	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 070**			**99 879**					
4	**Objektnr**	**Investerings-slag**	**Brukande Förvaltning**	**Investering**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Totalt 2019-2023**	**Nyckel**	**Avskriv-ningstid (år)**	**Förändring drifts-kostnad per förvaltning**	**Engångs-kostnad per förvaltning**	**Huvudsyfte till investering**	**Klinik**	**Byggnad**	**Kommentar**
204	400138	Övrigt	BLS	Utbyte av transportvagnar, bricksystem för förflyttn av patient. Arbetsmiljöproblem	700	0	0	0	0	**700**		10	70		ÖREV			
205	400139	Övrigt	LTS	Hyllor, pallställ och övrig utrustning Ma-depån vid flytt		800	0	0	0	**800**		10	80		ÖREV			
206	400140	Övrigt	Blekinge-trafiken	Hållplatsutrustning. Nya och befintliga.	950	950	950	950	950	**4 750**		5	950		ÖREV			Nettobelopp, statsbidrag finns
207	400144	Övrigt	Blekinge-trafiken	Upprustning Öresundståg	20 485	4 201	0	3 600	3 600	**31 886**		13	2 453		ÖREV			
208	400145	Övrigt	Blekinge-trafiken	ERTMS, nytt signalsystem i Öresundståg	0	6 491	2 863	594	167	**10 115**		10	1 012		ÖREV			Försenat. Belopp år 2022 och 2023 (3,7+0,2) ska flyttas till 2024 och 2025.
209	400146	Övrigt	Blekinge-trafiken	Övergångsbälgar i Öresundståg	498	498	0	0	0	**996**		13	77		ÖREV			
210	400147	Övrigt	Blekinge-trafiken	Gummifronter i Öresundståg	0	2 400	0	0	0	**2 400**		13	185		ÖREV			
211	400148	Övrigt	Blekinge-trafiken	PIS, nytt passagerarinformationssyst em i Öresundståg	0	4 800	0	0	0	**4 800**		7	686		ÖREV			
212	400149	Övrigt	Blekinge-trafiken	Nytt wifi i Öresundståg	1 300	1 300	0	0	0	**2 600**		7	371		ÖREV			
213	400150	Övrigt	Blekinge-trafiken	Reserv Öresundståg	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	**5 000**		10	500		ÖREV			
214					**593 155**	**678 177**	**365 328**	**276 069**	**571 342**	**2 484 070**			**99 879**					

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten	2018-09-28	Ärendenummer	2018/01484
Maria Gotthardsson		Dokumentnummer	2018/01484-1

Till Landstingsstyrelsen

Månadsrapport september 2018 Landstinget Blekinge

Förslag till beslut

1. Att lägga månadsrapporten per september 2018 till handlingarna, samt
2. Att lägga samtliga förvaltningars månadsrapporter till handlingarna

Sammanfattning

Resultat per september	39,5 mnkr
Budgeterat resultat per september	9,8 mnkr
Budgeterat resultat 2018	13,1 mnkr
Prognos 2018	-19 mnkr

Efter september 2018 var Landstinget Blekinges resultat +39,5 miljoner kronor vilket var 29,7 miljoner kronor bättre än budgeterat.

Landstinget Blekinge upplever liksom många andra landsting ett ökat kostnadstryck i verksamheten. För att ha en god och stabil ekonomi inför de kommande årens utmaningar behöver Landstinget Blekinge vidta åtgärder för att dämpa kostnadsutvecklingen.

Prognosen bygger på förvaltningarnas prognoser per augusti och den skatteprognos som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) publicerade den 16 augusti 2018.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

Bilaga

- Månadsrapport september 2018 Landstinget Blekinge



Månadsrapport

Landstinget Blekinge

september 2018

Ärendenr 2018/01484

LANDSTINGET BLEKINGE

Landstinget Blekinge
Landstingsdirektörens stab
Maria Gotthardsson

2018-10-08

Ärendenummer: 2018/01484
Dokumentnummer: 2018/01484-1

Till landstingsstyrelsen

Månadsrapport september 2018

Sammanfattning

Resultat per september	39,5 mnkr
Budgeterat resultat per september	9,8 mnkr
Budgeterat resultat 2018	13,1 mnkr
Prognos 2018	-19 mnkr

Efter september 2018 var Landstinget Blekinges resultat +39,5 miljoner kronor vilket var 29,7 miljoner kronor bättre än budgeterat.

Landstinget Blekinge upplever liksom många andra landsting ett ökat kostnadstryck i verksamheten. För att ha en god och stabil ekonomi inför de kommande årens utmaningar behöver Landstinget Blekinge vidta åtgärder för att dämpa kostnadsutvecklingen.

Prognosen bygger på förvaltningarnas prognoser per augusti och den skatteprognos som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) publicerade den 16 augusti 2018.

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomiskt resultat efter september 2018

Externt Belopp i mnkr	Utfall sept 2017	Utfall sept 2018	Utfall Ack tom sept 2017	Utfall Ack tom sept 2018	Budget Ack tom sept 2018	Ack budgetavvikelse tom sept 2018
Verksamhetens intäkter	50,7	68,4	510,3	593,2	565,6	27,6
Verksamhetens kostnader	-474,2	-475,4	-4 020,8	-4 174,5	-4 154,7	-19,7
Avskrivningar	-16,3	-17,6	-144,5	-156,3	-160,1	3,8
Verksamhetens nettoresultat	***-439,7***	***-424,6***	***-3 654,9***	***-3 737,6***	***-3 749,2***	**11,7**
Skatteintäkter	292,4	302,2	2 631,8	2 720,2	2 727,3	-7,1
Statsbidrag	108,1	114,2	972,9	1 028,1	1 029,8	-1,7
Finansiella intäkter	0,3	7,0	43,1	69,0	36,6	32,4
Finansiella kostnader	-1,9	-3,7	-38,9	-40,2	-34,7	-5,5
Summa finansiella poster	***398,8***	***419,7***	***3 608,8***	***3 777,1***	***3 759,0***	**18,1**
Resultat Landstinget Blekinge	**-40,9**	**-4,9**	**-46,1**	**39,5**	**9,8**	**29,8**

Tabell 1: Resultat efter september

Per sista september var Landstinget Blekinges ackumulerade resultat +39,5 miljoner kronor vilket var 29,8 miljoner kronor bättre än budgeterat. För motsvarande period 2017 var resultatet -46,1 miljoner kronor. Verksamhetens intäkter var 27,6 miljoner kronor högre, verksamhetens kostnader 19,7 miljoner kronor högre och avskrivningarna var 3,8 miljoner kronor lägre än budgeterat. Det ger sammantaget en nettokostnad av verksamheten som var 11,7 miljoner kronor bättre än budgeterat.

Kostnadsutvecklingen till och med september var 3,8 procent jämfört med samma period 2017.

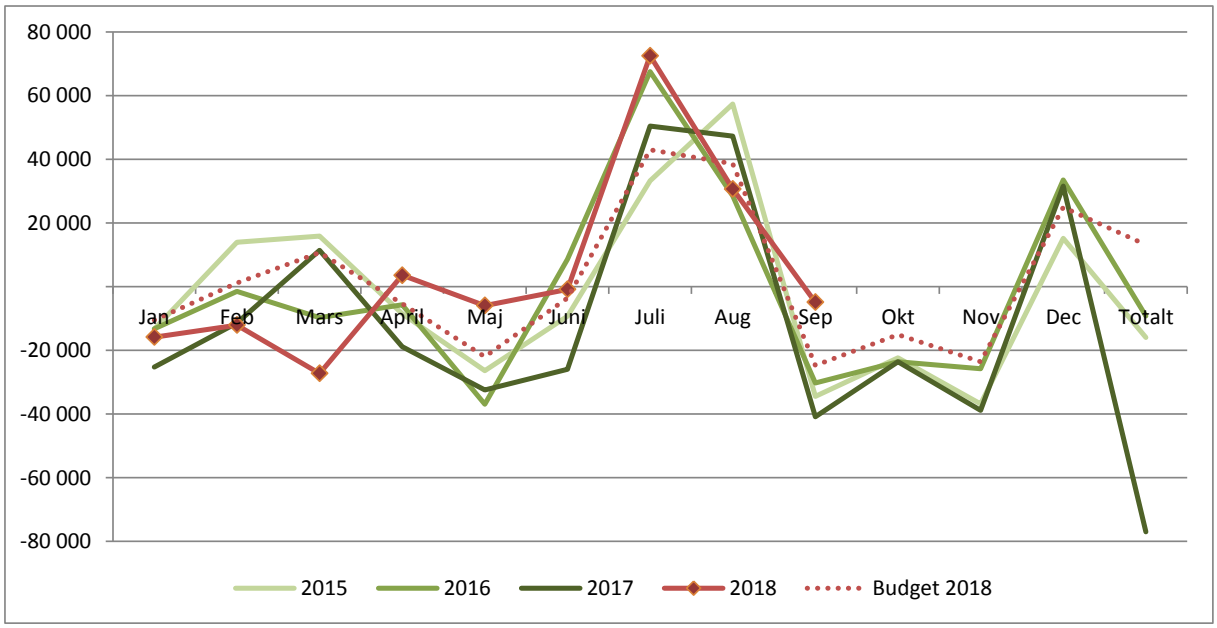


Diagram 1: Utfall innevarande år och tre föregående år samt simulerad budget. Simulerad budget innebär att budgeten fördelats utifrån genomsnittlig budgetförbrukning per månad av tre senaste åren. Den simulerade budgeten följer säsongsvariationerna.

Genom att simulera budgeten utifrån en genomsnittlig historisk förbrukning fås ett bättre jämförelsevärde än en budget periodiserad i tolftedelar. I ovanstående diagram har budgeten simulerats på detta sätt. Utfallet till och med september är 39,5 miljoner kronor och jämförbar simulerad budget är 27 miljoner kronor. Enligt diagrammet ovan syns att utfallet från och med april är bättre än tidigare månader och tidigare år. Utfallet ligger efter nio månader 12,5 miljoner kronor bättre än simulerad budget. Det positiva resultatet förklaras främst av ökade intäkter såväl

i verksamheten som finansiella men också minskade kostnader. Det återstår några kostnadsmässigt tunga månader, utmaningen blir att fortsatt dämpa kostnadsökningstakten i verksamheten.

Intäkter

Verksamhetens intäkter efter september var 82,9 miljoner kronor högre än samma period 2017. Orsakerna till ökningen var framförallt ökade statsbidrag. Jämfört med budgeten var intäkterna 27,6 miljoner kronor högre. Riktade statsbidrag är bokförda med 119,9 miljoner kronor till och med september. Ackumulerad budget för riktade statsbidrag per september är 110,6 miljoner kronor vilket ger en positiv avvikelse med 9,3 miljoner kronor. Även intäkterna för såld vård är 14,4 miljoner kronor högre än budgeterat.

Kostnader

Verksamhetens kostnader var 153,7 miljoner kronor högre än efter augusti 2017 och 19,7 miljoner kronor högre än budgeterat. Kostnaderna för lön och ersättningar till personal exkl sociala avgifter är 39 miljoner kronor högre än budgeterat och står för den största delen av den negativa budgetavvikelsen medan kostnaderna för läkemedel är 14 miljoner kronor bättre än budgeterat.

Anställd personal

Kostnaderna för den egna personalen uppgick efter september till knappt 2 400 miljoner kronor, vilket är ca 126 miljoner kronor mer än vid samma period föregående år. Avvikelsen mot budget är negativ med ca 24 miljoner kronor. De ökade kostnaderna förklaras delvis av lönerevision, cirka 70 miljoner kronor, och höjda sociala avgifter, cirka 30 miljoner kronor.

Under avsnittet personalfokus kommenteras den arbetade tiden, dock finns en förskjutning mellan den ekonomiska rapporteringen och tillgänglig personaldata. Personalanalysen görs därför med en månads eftersläpning och i månadsrapport för september finns statistik till och med augusti tillgänglig.

Inhyrd personal

Kostnaderna för inhyrd personal uppgick efter september till 97,5 miljoner kronor, vilket är 8,8 miljoner kronor lägre än för samma period 2017. Utfallet för föregående år är missvisande. Utfallet för 2018 anses mer rättvisande då fler fakturor för inhyrd personal slutregistrerades före månadsstängningen. De arbetade timmarna för den inhyrda personalen finns tillgängliga i separat system där inrapportering sker utifrån när arbetet utförts. Det går även i efterhand att få fram kostnaden för inhyrd personal i detta system. Kostnaden för inhyrd personal, enligt timrapporteringssystemet, efter augusti 2017 uppgick till 108,3 miljoner kronor.

Inhyrd personal september	2016	2017	2018	Diff
Offentlig primärvård	30,1	46,5	45,5	-1,0
Blekingesjukhuset	31,8	41,9	35,4	-6,5
Psykiatri och Habilitering	24,5	17,9	16,6	-1,3
Total kostnad	**86,4**	**106,3**	**97,5**	**-8,8**

Tabell 2: Kostnad tom september respektive år (enligt ekonomisystemet). Olikheter finns mellan åren med hur mycket fakturor som finns registrerade de olika månaderna. Utfallet för 2016 och 2017 är missvisande. Utfallet 2018 ligger lägre än 2017 men fortfarande på en högre nivå än 2016.

Utförd arbetstid i årsarbetare inhyrd personal perioden jan-aug 2018 jämfört med jan-aug 2017

Personalgrupp	Förvaltning	2017	2018	Förändring
Läkare	Offentlig Primärvård	33,3	28,5	-4,8
	Blekingesjukhuset	19,5	14,7	-4,7
	Psykiatri och Habilitering	10,7	7,4	-3,3
	Total	63,5	50,6	-12,9
Sjuksköterska	Offentlig Primärvård	0,9	5,6	4,7
	Blekingesjukhuset	14,8	6,0	-8,8
	Total	15,7	11,6	-4,1
Totalt [årsarbetare]		**79,1**	**62,1**	**-17,0**

Tabell 3: Arbetade timmar perioden januari-augusti (enligt timrapporteringssystem). Timmarna registreras i separat system, registrering görs i månad för utförande och skiljer sig därmed från registreringen av kostnader i ekonomisystemet som sker utifrån kända kostnader och inte kan göras bakåt i tiden. Det kan finnas eftersläp på fakturor, vilket innebär att siffrorna kan komma att ändras framöver.

Landstinget minskade användandet av inhyrd personal perioden januari till augusti 2018. Från 79,1 årsarbetare 2017 till 62,1 årsarbetare samma period 2018, det kan finnas eftersläp av fakturor och siffrorna kan komma att ändras. Minskning av inhyrda läkare har skett i samtliga tre förvaltningar. Däremot har en ökning skett av inhyrda sjuksköterskor inom primärvården.

Läkemedel

Kostnader för läkemedel uppgick efter september till 406,3 miljoner kronor, 9,5 miljoner kronor högre kostnader än efter september 2017. Avvikelsen mot budget är positiv med 16,0 miljoner kronor och kan kopplas till rekvisitionsläkemedel och det budgettillskott som gavs inför 2018. Även minskad vårdtid på sjukhuset har en positiv effekt på kostnaderna. Utfallet på receptläkemedel är över budgeterad nivå, anledningen är ökat antal behandlingar av hepatit c och ökad användning av nya dyra läkemedel.

Övriga kostnader

Kostnader för köpt vård uppgick efter september till 326 miljoner kronor vilket är 8,5 miljoner kronor högre än efter september 2017. Kostnaderna avviker positivt mot budget med 2,5 miljoner kronor.

Det är främst kostnader för internmedicinsk vård kopplade till den slutna vården på SUS som efter september 2018 är dyrare än efter september 2017. Dyra strålbehandlingar, transplantationer och cancerbehandlingar är kostnadsdrivande jämfört med 2017. Blekinge har haft några fler vårdkontakter 2018 än under 2017. Det är den öppna vården till andra sjukhus än Skånes universitetssjukhus som ökat.

Kostnader för utbildning, hotell och resor uppgick till 28,9 miljoner kronor efter september 2018 vilket är 1,1 miljoner kronor lägre än samma period föregående år.

De totala kostnaderna för sjukvårdsmaterial var 141,8 miljoner kronor. Det är 5,6 miljoner kronor högre än föregående år. Kostnadsökningen finns på Blekingesjukhuset medan tandvården har minskat sina kostnader för sjukvårdsmaterial.

Kostnaderna för förbrukningsinventarier och förbrukningsmaterial var 73,8 miljoner kronor vilket är 3,1 miljoner kronor högre än föregående år. Kostnadsökningen finns främst på Landstingsservice.

Även kostnaderna för IT, lämnade bidrag, fastighetsunderhåll och energi var högre än 2017.

Skatteintäkter

Skatteintäkternas utfall per september är 2 720,2 miljoner kronor vilket är 7,1 miljoner kronor sämre än budget. Utfallet har reviderats efter Sveriges Kommuner och Landstings prognos från 16 augusti 2018. Budgeten har reviderats med ökade skatteintäkter i februari med 10,7 miljoner kronor efter beslut i fullmäktige.

Generella statsbidrag och utjämning

Statsbidragen, inklusive utjämningssystemet, till landstinget är budgeterade i september 2018 till 1 029,8 miljoner kronor. Utfallet under årets nio första månader var 1 028,1 miljoner kronor vilket blir 1,7 miljoner kronor lägre än budgeterat. Budgeten har reviderats i februari med ökade statsbidrag för läkemedel med 16,5 miljoner kronor efter beslut i fullmäktige. I utfallet finns statsbidrag för välfärdsmiljarden med 24,5 miljoner kronor och den budgeten har flyttats från verksamhetens intäkter.

Läkemedelsavtalet är klart för 2018 och statsbidraget som tilldelas Landstinget Blekinge är 461,5 miljoner kronor. I avtalet finns sidoöverenskommelser som beräknas ge en återbetalning till staten på 10 miljoner kronor.

Finansiella intäkter

De finansiella intäkterna är bokförda till 69 miljoner kronor och budgeten är 36,6 miljoner kronor vilket blir en positiv budgetavvikelse med 32,4 miljoner kronor. De finansiella intäkterna är främst vinster vid försäljning av aktier och aktiefonder samt utdelningar på fonder. Aktier, aktie- och räntefonder har gett utdelningar under perioden januari - september med 25,8 miljoner kronor. Målet är att de finansiella intäkterna ska uppnå ett realt långsiktigt avkastningsmål på minst 3 procent i genomsnitt över en 5-årsperiod. Budgeten för helåret är satt till 48,8 miljoner kronor.

Finansiella kostnader

Utfall för de finansiella kostnaderna är 40,2 miljoner kronor. De hänförs främst till en finansiell kostnad på pensionerna med 32,8 miljoner kronor och nedskrivning av räntefonder med 6,6 miljoner kronor. Budgeten är 34,7 miljoner kronor vilket blir ett underskott på 5,5 miljoner kronor. När Landstinget Blekinge erhåller utdelning på räntefonderna måste värdet på fonderna skrivas ner och de redovisas under finansiella kostnader.

Prognos 2018

Landstingets förvaltningar lämnar 2018 helårsprognoser efter mars, maj och augusti månad. På grund av det ekonomiska läget i landstinget 2018 har en prognos även tagits fram under januari månad. Nedanstående tabell visar en prognostiserad resultaträkning för Landstinget Blekinge 2018.

Externt Belopp i mnkr	Utfall Ack tom sept 2018	Utfall Helår 2017	Prognos Helår 2018	Budget Helår 2018	Avvikelse prognos jmf budget 2018
Verksamhetens intäkter	593,2	747,8	810,0	754,1	55,9
Verksamhetens kostnader	-4 174,5	-5 473,9	-5 668,9	-5 539,6	-129,3
Avskrivningar	-156,3	-198,1	-212,8	-213,5	0,6
Verksamhetens nettoresultat	***-3 737,6***	***-4 924,3***	***-5 071,7***	***-4 998,9***	**-72,8**
Skatteintäkter	2 720,2	3 524,5	3 627,0	3 636,4	-9,4
Statsbidrag	1 028,1	1 324,6	1 360,7	1 373,1	-12,4
Finansiella intäkter	69,0	50,8	118,8	48,8	70,0
Finansiella kostnader	-40,2	-52,5	-53,7	-46,3	-7,4
Summa finansiella poster	***3 777,1***	***4 847,2***	***5 052,8***	***5 012,0***	**40,8**
Resultat Landstinget Blekinge	**39,5**	**-77,0**	**-19,0**	**13,1**	**-32,0**

Tabell 4: Prognos 2018

Prognostiserat resultat 2018 är ett underskott på 19 miljoner kronor, vilket ger ett underskott mot budget på 32 miljoner kronor. Det prognostiserade balanskravsresultatet uppgår till -10 miljoner kronor för 2018. 8,9 miljoner kronor ska återställas i år från tidigare års förluster och 61,8 miljoner kronor ska återställas senast 2020. Det ger ett totalt balanskravsresultat att återställa på 80,7 miljoner kronor. Prognosen är baserad på nämnder och förvaltningars prognoser per augusti samt SKL:s prognos från augusti för skatteintäkter och intäkter från utjämningssystemet.

Prognosen innebär att verksamhetens kostnader fortsatt ligger över budgeterat. Den prognostiserade kostnadsökningstakten är 3,6 procent. Målvärdet är 1,2 procent. Landstinget har under året arbetat med aktiviteter för att minska kostnadsutvecklingen. Dessa förväntas ge en positiv effekt på kostnadsnivån för 2018.

Nedanstående tabell visar nämnder och förvaltningars prognoser jämfört med budget och därefter en kort förklaring av vad som lett till negativa avvikelser för vissa förvaltningar. Prognoserna för skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämningssystem, finansiella intäkter och finansiella kostnader förklaras därefter i separata stycken.

	Prognos januari 2018	Prognos rev enl LF 2018	Prognos mars 2018	Prognos maj 2018	Prognos augusti 2018
Primärvård	- 32,8	- 15,0	- 15,0	- 15,0	- 17,7
Blekingesjukhuset	- 63,2	-	- 125,7	-125,7	-110,7
Psykiatri och Habilitering	-	-	-	- 2,2	- 2,1
Folktandvård	- 9,9	-	- 3,2	- 10,5	- 8,5
Landstingsservice	-	-	- 3,0	- 7,5	- 7,3
Folkhögskolan	-	-	-	-	-
Hjälpmedel	-	-	0,4	-	-
LD-stab	-	-	-	-	1,0
Patientnämnden	-	-	-	-	-
Lt gemensamt	- 3,6	-	- 2,3	- 2,2	- 1,0
Finansförvaltning	40,0	15,8	75,1	101,6	114,5
Prognos budgetavvikelse	**- 69,5**	**0,8**	**- 73,8**	**- 61,5**	**- 31,8**

Tabell 5: Prognos 2018 per förvaltning vid årets prognostillfälle. Efter prognosen i januari tillfördes BLS 24,2 miljoner kronor och folktandvården 3,0 miljoner kronor i budget.

Driftresultat per förvaltning och nämnd *Mnkr*	Utfall ackumulerat	Budget	Avvikelse	Prognos Helår 2018	Budget Helår	Avvikelse prognos jmf budget 2017
Offentlig primärvård	-61,6	-49,2	-12,4	-91,5	-73,8	-17,7
Blekingesjukhuset	-2 018,0	-1 968,3	-49,7	-3 063,1	-2 952,4	-110,7
Psykiatri och habilitering	-317,3	-311,9	-5,4	-470,0	-467,9	-2,1
Folktandvård	-104,5	-99,1	-5,4	-157,1	-148,6	-8,5
Blekinge folkhögskola	-14,5	-14,8	0,3	-24,6	-24,6	0,0
Landstingsservice	5,2	6,7	-1,4	2,7	10,0	-7,3
Landstingsdirektörens stab	-70,0	-77,2	7,1	-114,7	-115,7	1,0
Finansförvaltning	3 344,1	3 264,7	79,4	5 011,5	4 897,0	114,5
Landstingsgemensamt	-718,0	-738,6	20,6	-1 109,5	-1 108,3	-1,2
Patientnämnd	-1,8	-2,1	0,3	-3,2	-3,2	0,0
Samverkansnämnd	0,9	0,5	0,5	0,7	0,7	0,0
Driftresultat totalt	**44,5**	**10,6**	**33,9**	**-19,0**	**13,1**	**-32,1**

Som tabellen visar är det sex förvaltningar som inte förväntas hålla den av landstingsfullmäktige beslutade budgeten för 2018. Primärvården, Blekingesjukhuset, psykiatri och habilitering, tandvården, landstingsservice och landstingsgemensamt prognostiserar alla ett negativt resultat jämfört med budget.

Primärvårdens prognostiserade underskott kan helt hänföras till hälsovalsverksamheten och beror främst på ökat beroende av hyrsjuksköterskor och att planerade åtgärder för kostnadsreducering inte får full effekt.

Blekingesjukhuset har det största underskottet, vilket beror på högre personalkostnader, kostnader för öppenvårdsvårdsläkemedel och övrig drift. Även intäkterna förväntas bli lägre än budgeterat på grund av lägre statsbidrag och lägre intäkter för färdigbehandlade patienter.

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen prognostiserar för 2018 är ett underskott på 2,1 miljoner kronor. Prognosen förutsätter att hyrläkarsituationen inte förändras.

Folktandvårdens underskott beror på det vakansläge för tandläkare som råder, vilket leder till att intäkterna blir lägre. Vakansläget för tandläkare förväntas fortsätta resterande del av året vilket gör att förvaltningens intäkter också fortsättningsvis kommer vara lägre än budgeterat under hela 2018.

Landstingsservice prognos innehåller ofinansierade kostnader på 4 miljoner kronor för arbetet med framtidens vårdinformationssystem. Prognosen förutsätter att Landstingsservice får täckning för ett förväntat kapitaltjänstunderskott.

Landstingsgemensamts prognos för 2018 är 1,2 miljoner kronor sämre än budgeterat. Den negativa prognosen jämfört med budget beror främst på att det inom anslag under landstingsstyrelsen finns ofinansierade kostnader för tomställda lokaler och kostnader inom ansvaret för landstingsövergripande. Den negativa avvikelsen minskas av att anslaget för reserv inte förväntas användas samt att intäkterna på ansvaret för bra sjukskrivning förväntas bli 4 mnkr högre än kostnaderna.

Prognostiserade skatteintäkter

Skatteintäkterna inklusive preliminära slutavräkningar 2018 är beräknade per 2018-08-16 enligt Sveriges kommuner och landsting (SKL) till 3 627 miljoner kronor. Den beräkningen är 3,9 miljoner kronor lägre än SKL:s tidigare beräkning från 2018-04-27 som var på 3 630,9 miljoner kronor. Motsvarande budget för helåret 2018 är beslutad till 3 636,4 miljoner kronor vilket för tillfället blir 9,4 miljoner sämre än vad som budgeterats.

SKL kommer kontinuerligt under året lämna prognoser på slutavräkningarna som ska bokföras under 2018. Nästa prognos beräknar SKL komma med 19 oktober.

Prognostiserade generella statsbidrag och intäkter från utjämningsystemet

Budget 2018 för generella statsbidrag och utjämning är 1 373,1 miljoner kronor och utfallet beräknas till 1 360,7 miljoner kronor vilket innebär ett underskott på 12,4 miljoner kronor. Några riktade statsbidrag ska redovisas under generella statsbidrag bland annat statsbidraget för flyktingar. Budget har flyttats från verksamhetens intäkter till generella statsbidrag.

Prognostiserade finansiella intäkter

De finansiella intäkterna är prognostiserade till 118,8 miljoner kronor vilket blir ett överskott med 70 miljoner kronor jämfört med budget. Överskottet hänförs sig till vinster vid försäljning av aktier och aktiefonder. Utdelningar från aktiefonder och räntefonder kommer att minska under året jämfört med föregående år.

Prognostiserade finansiella kostnader

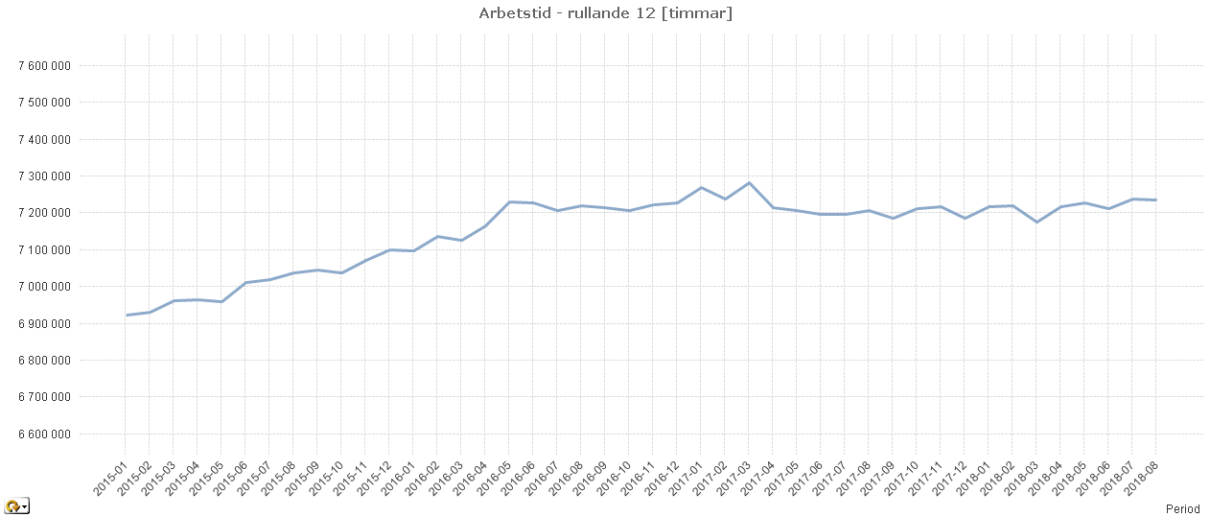
Prognosen för de finansiella kostnaderna är 53,7 miljoner kronor vilket är ett underskott mot budget med 7,4 miljoner kronor. Underskottet hänförs till nedskrivningar, 9 miljoner kronor, av räntefonderna.

LANDSTINGET BLEKINGE

Personalfokus

Anställd personal

Rullande 12 utförd arbetstid (exklusive inhyrd personal) inklusive jour och beredskap, övertid, mertid och timanställningar, från 1 januari 2015 till 31 augusti 2018.



Den utförda arbetstiden ökade från 1 januari 2015 till 30 maj 2016 och därefter stannade ökningen av. Den utförda arbetstiden i landstinget, inklusive arbetad tid under jour och beredskap, övertid, mertid och timavlöning, omräknat till årsarbetare (1 760 timmar) ökade med cirka 42,1 årsarbetare jämfört med januari-augusti 2017. De personalgrupper som har ökat mest är icke specialistkompetenta läkare med 12,7 årsarbetare, undersköterskor med 24,6 årsarbetare och handläggare- och administratörsarbete med 16,5 årsarbetare. Minskning har skett för köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete med 12,1 årsarbetare och tandvårdsarbete med 24,0 årsarbetare. Ökning av undersköterskor beror på att Blekingesjukhuset har minskat på inhyrda sjuksköterskor. Förändringarna mellan handläggare- och administratörsarbete och Tandvårdsarbete beror främst på att administrativa samordnare inom tandvården tidigare var kodade efter sin tandvårdskompetens.

Arbetade timmar

Utförd arbetstid (exkl. inhyrd personal) inkl jour och beredskap, övertid, mertid, och timanställningar i årsarbetare perioden jan-aug 2018 jämfört med jan-aug 2017

Personalgrupp	Förvaltning	2017	2018	Förändring
Specialistkomp läkare	Primärvård	35,8	38,1	2,3
	Blekingesjukhuset	200,8	202,5	1,7
	Psykiatri och Habilitering	18,6	21,8	3,2
	Total [årsarbetare]	255,2	262,5	7,2
Icke specialistkomp läkare	Primärvård	30,1	32,1	2,0
	Blekingesjukhuset	115,6	124,9	9,3
	Psykiatri och Habilitering	17,8	19,1	1,3
	Total [årsarbetare]	163,5	176,1	12,6
Totalt [årsarbetare]		**418,7**	**438,5**	**19,8**

Utförd arbetstid (exkl. inhyrd personal) inkl jour och beredskap, övertid, mertid, och timanställningar i årsarbetare perioden jan-aug 2018 jämfört med jan-aug 2017

Kategori	Förvaltning	2017	2018	Förändring
ST-läkare	Offentlig Primärvård	14,8	14,4	-0,4
	Blekingesjukhuset	60,4	59,0	-1,4
	Psykiatri och Habilitering	8,8	9,2	0,4
Totalt [årsarbetare]		**83,9**	**82,6**	**-1,3**

Blekingesjukhuset har tappat specialistläkare inom flera kliniker och på grund av svårigheter att rekrytera färdiga specialister ersätts dessa med icke-specialister som långsiktig kompetens-försörjningsåtgärd. Blekingesjukhuset anställer också icke-specialister på tillfällig anställning som kan stötta de ST-läkare som finns i organisationen, vilket gör att ST-läkare kan frigöras för de uppgifter som kräver deras specifika kompetens. Inom Kvinnokliniken jobbas det med extern rekrytering via MediCarrera som erbjuder specialistläkare. Dessa har dock inte svenska språket, vilket gör att de behöver utbildas i svenska innan de kan tas fullt ut i tjänst

Enligt förvaltningens åtgärdsplan har psykiatrin ökat både ST-läkare och andel specialistläkarkompetens från 2017 till 2018. Enligt planen ska andel inhyrd personal minska ytterligare till årsskiftet. From 1 oktober har anställts en ny specialistläkare som tidigare har arbetat som hyrläkare i förvaltningen.

Ökningen av utförd arbetstid för specialistläkare inom primärvården visar både på att förvaltningen rekryterat specialister under årets första månader och att två ST-läkare blivit klara specialister. Utförd arbetstid för ST-läkarna kan vara missvisande då arbetad tid under randning registreras på respektive klinik som läkarna randar på. Eftersom personalgruppen *Icke specialistkompetenta läkare* även omfattar ST-läkarna ses en ökning av legitimerade respektive icke legitimerade läkare bland annat som en del av satsningen på utbildningsvårdcentralen.

Inhyrd personal

Landstingsfullmäktige beslutade att minska kostnaderna för inhyrd personal med 60 miljoner kronor under 2018. Minskning ska genomföras med minst 34 miljoner kronor för Blekingesjukhuset, primärvården 18 miljoner kronor och psykiatrin och habiliteringen med 8 miljoner kronor.

Psykiatrin har lyckats minska användandet av inhyrd personal från 10,7 årsarbetare januari-augusti 2017 till 7,4 årsarbetare samma period 2018. Minskning har skett enligt åtgärdsplan.

Det har skett en minskning av inhyrd personal på Blekingesjukhuset från 34,2 januari-augusti 2017 till 20,7 årsarbetare samma period 2018, dock kan det finnas eftersläpning av fakturor som gör att siffrorna kan komma att revideras. Arbetet med framtagna handlingsplaner fortgår, användandet av inhyrda läkare på kvinnokliniken kommer fortsatt att ligga högt på grund av uppsägningar. Målet att vara helt oberoende av hyrsjuksköterskor på vårdavdelningar är nästan uppfyllt. Trots minskningen av kostnaderna kommer målet att minska kostnaderna med 34 miljoner kronor inte att nås.

Primärvården har minskat användandet av inhyrda läkare från 33,3 årsarbetare januari-augusti 2017 till 28,5 årsarbetare jan-augusti 2018. Däremot har en ökning skett av inhyrda sjuksköterskor från 0,9 årsarbetare januari-augusti 2017 till 5,6 årsarbetare januari-augusti 2018.

Trots minskning så kommer inte målet med minskning med 18 miljoner kronor avseende inhyrd personal att uppnås.

Verksamhetsfokus

Tillgänglighet till vård är en av flera kvalitetsfaktorer som har betydelse för att länets invånare ska känna sig trygga i sina kontakter med vården. Telefontillgängligheten är betydelsefull och under 2018 har telefontillgängligheten förbättrats något både inom primörvården och på Blekingesjukhuset. Besök och behandling ska erbjudas utifrån medicinska prioriteringar och inom lagstadgade tidsramar. Under 2018 har användningen av hyrläkare minskat och det har påverkat tillgängligheten. Senaste resultat från nationella mätningen i augusti visar att tillgängligheten minskat inom några områden men flera resultat ligger fortfarande en bit över riksgenomsnittet.

De nationella vårdgarantimätningarna avseende landstingets resultat visar för augusti

- ✓ Inom den offentligt finansierade primärvården har 93 procent, av de som varit i behov av ett läkarbesök, fått det inom sju dagar. Genomsnittet i riket är 90 procent.
- ✓ 68 procent av patienterna har fått ett planerat nybesök i den specialiserade vården inom 90 dagar. Detta ska jämföras med rikets 74 procent.
- ✓ Blekingesjukhusets resultat för behandling/operation med 74 procent inom 90 dagar och genomsnittet i ligger på 60 procent.
- ✓ Psykistrin verksamhet uppfyller den lagstadgade vårdgarantin fullt ut med undantag av. Äldre psykiatrin och Barn och ungdomspsykiatrin i Karlshamn som ligger på 88 respektive 89 procent inom 90 dagar
- ✓ Inom barn- och ungdomspsykiatrin har 77 procent av patienterna fått en första bedömning inom 30 dagar och 77 procent påbörjat en fördjupad utredning/behandling. Motsvarande siffror för riket ligger på 62 procent.
- ✓ Landstinget erbjuder 78 procent av patienterna återbesök inom beslutat medicinskt måldatum vilket ger en delad andra plats i landet. Genomsnittet i riket ligget på 64 procent.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

§ 345/18 Ärendenummer: 2018/01484

Månadsrapport september 2018 Landstinget Blekinge

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att lägga månadsrapporten per september 2018 till handlingarna, samt
2. Att lägga samtliga förvaltningars månadsrapporter till handlingarna

Sammanfattning

Resultat per september	39,5 mnkr
Budgeterat resultat per september	9,8 mnkr
Budgeterat resultat 2018	13,1 mnkr
Prognos 2018	-19 mnkr

Efter september 2018 var Landstinget Blekinges resultat +39,5 miljoner kronor vilket var 29,7 miljoner kronor bättre än budgeterat.
Landstinget Blekinge upplever liksom många andra landsting ett ökat kostnadstryck i verksamheten. För att ha en god och stabil ekonomi inför de kommande årens utmaningar behöver Landstinget Blekinge vidta åtgärder för att dämpa kostnadsutvecklingen.
Prognosen bygger på förvaltningarnas prognoser per augusti och den skatteprognos som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) publicerade den 16 augusti 2018.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Månadsrapport september 2018
Bilaga: Månadsrapport Landstinget Blekinge september 2018

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten	2018-10-10	Ärendenummer	2018/01583
David Larsson		Dokumentnummer	2018/01583-1

Budgetomfördelningar

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

1. Att omfördela 1,6 mnkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende ökade kostnader för Inera.
2. Att omfördela 132 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till primärvårdsförvaltningen avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
3. Att omfördela 691 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till Blekingesjukhuset avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
4. Att omfördela 137 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till psykiatri och habiliteringsförvaltningen avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
5. Att omfördela 13 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till Blekinge folkhögskola avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
6. Att omfördela 41 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till tandvårdsförvaltningen avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
7. Att omfördela 38 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till landstingsdirektörens stab avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
8. Att omfördela 159 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till landstingsgemensamt avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
9. Att omfördela 3 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till patientnämnden avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
10. Att omfördela 0,75 mnkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende ökade kostnader för SUSSA.
11. Att omfördela 2 016 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende ökade kostnader för Blekingetrafiken
12. Att omfördela 0,5 mnkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende kostnad för medlemskap i Blue science park

Att föreslå Landstingsfullmäktige besluta

13. Att omfördela 6 mnkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende framtidens vårdinformationssystem (FVIS)

Sammanfattning

I Landstingsplan och budget 2018-2020 finns en övrigt-post på 15 miljoner kronor avsatt på landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen. När landstingsplan och budget 2018-2020 fastställdes i november 2017 var fördelningen av detta inte klar. Nu är fördelningen klar och därför föreslås nedanstående budgetomfördelningar.

Budgetomfördelning avseende framtidens vårdinformationssystem (FVIS)

I januari 2018 återupptogs arbetet med upphandling av FVIS. Utvärderingsarbetet startades upp i mars och har pågått intensivt under året. Bland annat har 54 personer från Landstinget Blekinge varit involverade i det skriftliga utvärderingsarbetet och ytterligare 9 personer har deltagit i tester. Arbetet har varit uppdelat i grupper där en gruppledare har lett det lokala arbetet. Enligt tidplan kommer nu upphandlingsfasen att övergå i en implementeringsfas under hösten och förberedelser för det arbetet har startat, bland annat är en implementationsledare anställd för uppdraget. Det pågår också en översyn av kommande resursbehov av vårdpersonal för att ha en god framförhållning. För finansiering av projektledning och andra personella resurser för arbetet med implementering av FVIS behöver 6 miljoner kronor i budgetmedel omfördelas från landstingstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt.

Budgetomfördelning avseende ökade kostnader för microsoftlicenser

Landstingsservice debiterar köpande nämnder/förvaltningar genom internabonnemang för microsoftlicenser. Landstingsservice avtalade kostnader för microsoftlicenser har blivit högre på. Nämnder och förvaltningar har därför blivit högre debiterade än vad de har budget för. Budgetmedel för att täcka dessa ökade kostnader behöver därför omfördelas från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till köpande nämnder och förvaltningar.

Budgetomfördelning avseende ökade kostnader för Inera

Inera ägs av SKL Företag, landsting, regioner och kommuner. Genom att erbjuda kompetens inom digitalisering stödjer Inera ägarnas verksamhetsutveckling. Inera koordinerar och utvecklar gemensamma digitala lösningar till nytta för invånare, medarbetare och beslutsfattare. Digitalisering inom vård och omsorg har länge varit Ineras kärnområde. Inera koordinerar och stöttar digital verksamhetsutveckling för Sveriges landsting och regioner. Landstinget Blekinge har som ambition att följa den nationella planen för E-hälsa vilket ger ökade kostnader gentemot Inera. Budgetmedel på 1,6 miljoner kronor för att täcka dessa kostnader behöver därför omfördelas från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt.

Budgetomfördelning avseende ökade kostnader för SUSSA

Upphandlingen av framtidens vårdinformationssystem (FVIS) har blivit fördröjd men har från och med januari 2018 återupptagits. Parallellet med arbetet med framtidens vårdinformationssystem pågår SUSSA-arbetet. Ett arbete där fem landsting och fyra optionspartners arbettar tillsammans för att så långt som möjligt uppnå största möjliga synergieffekter gällande drift och utveckling av det nya vårdinformationssystemet. Eftersom upphandlingen av FVIS har blivit fördröjd har SUSSA-arbetet ökat. En budgetomfördelning från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt behöver därför göras.

Budgetomfördelning avseende ökade kostnader för Blekingetrafiken

Enligt medlemsdialog ska landstinget fortsätta att utveckla och förbättra kollektivtrafiken i länet. I Landstingsplan och budget 2018-2020 finns medel på 2 016 tusen kronor för detta avsatt på landstingsstyrelsens förfogande anslag på finansförvaltningen. Landstingets överenskomma kostnad för Blekingetrafiken är idag 2 016 tusen kronor högre än vad som finns avsatt på förvaltning Landstingsgemensamt för finansiering av landstinget Blekinges del av Blekingetrafiken 2018. Budgetmedel på 2 016 tusen kronor behöver därför omfördelas från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt.

Budgetomfördelning avseende kostnad för medlemskap i Blue science park (BSP)

Blue Science Park (BSP)är en innovationsmiljö inom fokusområdena Telecom/IT, E-Hälsa och Marin teknik.. Samverkan inom BSP är en av framgångsfaktorerna i Region Blekinges ambition att vara ledande inom området e-hälsa. De projekt som drivs i samverkan med BSP bidrar till ökad innovations- och utvecklingsförmåga inom området e-hälsa. Landstinget Blekinge har 2018 betalat 0,5 mnkr för medlemskap i BSP på ansvaret för landstingsövergripande kostnader under förvaltning Landstingsgemensamt. Även nuvarande Region Blekinge bidrar med finansiering av projekt. Kostnaden för landstingets medlemskap i BSP finns inte med i Landstingsgemensamt beslutade budgetram och därför behöver budgetmedel på 0,5 mnkr omfördelas från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning landstingsgemensamt.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

LANDSTINGET BLEKINGE

§ 346/18 Ärendenummer: 2018/01583

Budgetomfördelningar

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att omfördela 1,6 mnkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende ökade kostnader för Inera.
2. Att omfördela 132 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till primärvårdsförvaltningen avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
3. Att omfördela 691 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till Blekingesjukhuset avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
4. Att omfördela 137 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till psykiatri och habiliteringsförvaltningen avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
5. Att omfördela 13 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till Blekinge folkhögskola avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
6. Att omfördela 41 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till tandvårdsförvaltningen avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
7. Att omfördela 38 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till landstingsdirektörens stab avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
8. Att omfördela 159 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till landstingsgemensamt avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
9. Att omfördela 3 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till patientnämnden avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
10. Att omfördela 0,75 mnkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende ökade kostnader för SUSSA.

LANDSTINGET BLEKINGE

11. Att omfördela 2 016 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende ökade kostnader för Blekingetrafiken

12. Att omfördela 0,5 mnkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende kostnad för medlemskap i Blue science park

Att föreslå Landstingsfullmäktige besluta

13. Att omfördela 6 mnkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende framtidens vårdinformationssystem (FVIS).

Sammanfattning

I Landstingsplan och budget 2018-2020 finns en övrigt-post på 15 miljoner kronor avsatt på landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen. När landstingsplan och budget 2018-2020 fastställdes i november 2017 var fördelningen av detta inte klar. Nu är fördelningen klar och därför föreslås nedanstående budgetomfördelningar.

Budgetomfördelning avseende framtidens vårdinformationssystem (FVIS)
I januari 2018 återupptogs arbetet med upphandling av FVIS. Utvärderingsarbetet startades upp i mars och har pågått intensivt under året. Bland annat har 54 personer från Landstinget Blekinge varit involverade i det skriftliga utvärderingsarbetet och ytterligare 9 personer har deltagit i tester. Arbetet har varit uppdelat i grupper där en gruppledare har lett det lokala arbetet. Enligt tidplan kommer nu upphandlingsfasen att övergå i en implementeringsfas under hösten och förberedelser för det arbetet har startat, bland annat är en implementationsledare anställd för uppdraget. Det pågår också en översyn av kommande resursbehov av vårdpersonal för att ha en god framförhållning. För finansiering av projektledning och andra personella resurser för arbetet med implementering av FVIS behöver 6 miljoner kronor i budgetmedel omfördelas från landstingstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt.

Budgetomfördelning avseende ökade kostnader för microsoftlicenser
Landstingsservice debiterar köpande nämnder/förvaltningar genom internabonnemang för microsoftlicenser. Landstingsservice avtalade kostnader för microsoftlicenser har blivit högre på. Nämnder och förvaltningar har därför blivit högre debiterade än vad de har budget för. Budgetmedel för att täcka dessa ökade kostnader behöver därför omfördelas från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till köpande nämnder och förvaltningar.

LANDSTINGET BLEKINGE

Budgetomfördelning avseende ökade kostnader för Inera
Inera ägs av SKL Företag, landsting, regioner och kommuner. Genom att erbjuda kompetens inom digitalisering stödjer Inera ägarnas verksamhetsutveckling. Inera koordinerar och utvecklar gemensamma digitala lösningar till nytta för invånare, medarbetare och beslutsfattare. Digitalisering inom vård och omsorg har länge varit Ineras kärnområde. Inera koordinerar och stöttar digital verksamhetsutveckling för Sveriges landsting och regioner. Landstinget Blekinge har som ambition att följa den nationella planen för E-hälsa vilket ger ökade kostnader gentemot Inera. Budgetmedel på 1,6 miljoner kronor för att täcka dessa kostnader behöver därför omfördelas från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt.

Budgetomfördelning avseende ökade kostnader för SUSSA
Upphandlingen av framtidens vårdinformationssystem (FVIS) har blivit fördröjd men har från och med januari 2018 återupptagits. Parallellet med arbetet med framtidens vårdinformationssystem pågår SUSSA-arbetet. Ett arbete där fem landsting och fyra optionspartners arbettar tillsammans för att så långt som möjligt uppnå största möjliga synergieffekter gällande drift och utveckling av det nya vårdinformationssystemet.
Eftersom upphandlingen av FVIS har blivit fördröjd har SUSSA-arbetet ökat. En budgetomfördelning från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt behöver därför göras.

Budgetomfördelning avseende ökade kostnader för Blekingetrafiken
Enligt medlemsdialog ska landstinget fortsätta att utveckla och förbättra kollektivtrafiken i länet. I Landstingsplan och budget 2018-2020 finns medel på 2 016 tusen kronor för detta avsatt på landstingsstyrelsens förfogande anslag på finansförvaltningen. Landstingets överenskomma kostnad för Blekingetrafiken är idag 2 016 tusen kronor högre än vad som finns avsatt på förvaltning Landstingsgemensamt för finansiering av landstinget Blekinges del av Blekingetrafiken 2018. Budgetmedel på 2 016 tusen kronor behöver därför omfördelas från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt.

Budgetomfördelning avseende kostnad för medlemskap i Blue science park (BSP)
Blue Science Park (BSP)är en innovationsmiljö inom fokusområdena Telecom/IT, E-Hälsa och Marin teknik.. Samverkan inom BSP är en av framgångsfaktorerna i Region Blekinges ambition att vara ledande inom området e-hälsa. De projekt som drivs i samverkan med BSP bidrar till ökad innovations- och utvecklingsförmåga inom området e-hälsa. Landstinget Blekinge har 2018 betalat 0,5 mnkr för medlemskap i BSP på ansvaret för landstingsövergripande kostnader under förvaltning

LANDSTINGET BLEKINGE

Landstingsgemensamt. Även nuvarande Region Blekinge bidrar med finansiering av projekt. Kostnaden för landstingets medlemskap i BSP finns inte med i Landstingsgemensamt beslutade budgetram och därför behöver budgetmedel på 0,5 mnkr omfördelas från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning landstingsgemensamt.

Beslutsunderlag
Tjänsteutlåtande: Budgetomfördelningar

Protokollet ska skickas till
Landstingsstyrelsen

§ 346/18 Ärendenummer: 2018/01583

Budgetomfördelningar

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att omfördela 1,6 mnkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende ökade kostnader för Inera.
2. Att omfördela 132 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till primärvårdsförvaltningen avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
3. Att omfördela 691 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till Blekingesjukhuset avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
4. Att omfördela 137 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till psykiatri och habiliteringsförvaltningen avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
5. Att omfördela 13 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till Blekinge folkhögskola avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
6. Att omfördela 41 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till tandvårdsförvaltningen avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
7. Att omfördela 38 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till landstingsdirektörens stab avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
8. Att omfördela 159 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till landstingsgemensamt avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
9. Att omfördela 3 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till patientnämnden avseende ökade kostnader för microsoftlicenser.
10. Att omfördela 0,75 mnkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende ökade kostnader för SUSSA.
11. Att omfördela 2 016 tkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende ökade kostnader för Blekingetrafiken
12. Att omfördela 0,5 mnkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende kostnad för medlemskap i Blue science park

Att föreslå Landstingsfullmäktige besluta

13. Att omfördela 6 mnkr från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt avseende framtidens vårdinformationssystem (FVIS).

Sammanfattning

I Landstingsplan och budget 2018-2020 finns en övrigt-post på 15 miljoner kronor avsatt på landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen. När landstingsplan och budget 2018-2020 fastställdes i november 2017 var fördelningen av detta inte klar. Nu är fördelningen klar och därför föreslås nedanstående budgetomfördelningar.

Budgetomfördelning avseende framtidens vårdinformationssystem (FVIS)

I januari 2018 återupptogs arbetet med upphandling av FVIS. Utvärderingsarbetet startades upp i mars och har pågått intensivt under året. Bland annat har 54 personer från Landstinget Blekinge varit involverade i det skriftliga utvärderingsarbetet och ytterligare 9 personer har deltagit i tester. Arbetet har varit uppdelat i grupper där en gruppledare har lett det lokala arbetet. Enligt tidplan kommer nu upphandlingsfasen att övergå i en implementeringsfas under hösten och förberedelser för det arbetet har startat, bland annat är en implementationsledare anställd för uppdraget. Det pågår också en översyn av kommande resursbehov av vårdpersonal för att ha en god framförhållning. För finansiering av projektledning och andra personella resurser för arbetet med implementering av FVIS behöver 6 miljoner kronor i budgetmedel omfördelas från landstingstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt.

Budgetomfördelning avseende ökade kostnader för microsoftlicenser

Landstingsservice debiterar köpande nämnder/förvaltningar genom internabonnemang för microsoftlicenser. Landstingsservice avtalade kostnader för microsoftlicenser har blivit högre på. Nämnder och förvaltningar har därför blivit högre debiterade än vad de har budget för. Budgetmedel för att täcka dessa ökade kostnader behöver därför omfördelas från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till köpande nämnder och förvaltningar.

Budgetomfördelning avseende ökade kostnader för Inera

Inera ägs av SKL Företag, landsting, regioner och kommuner. Genom att erbjuda kompetens inom digitalisering stödjer Inera ägarnas verksamhetsutveckling. Inera koordinerar och utvecklar gemensamma digitala lösningar till nytta för invånare, medarbetare och beslutsfattare. Digitalisering inom vård och omsorg har länge varit Ineras kärnområde. Inera koordinerar och stöttar digital verksamhetsutveckling för Sveriges landsting och regioner. Landstinget Blekinge har som ambition att följa den nationella planen för E-hälsa vilket ger ökade kostnader gentemot Inera. Budgetmedel på 1,6 miljoner kronor för att täcka dessa kostnader behöver därför omfördelas från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt.

Budgetomfördelning avseende ökade kostnader för SUSSA

Upphandlingen av framtidens vårdinformationssystem (FVIS) har blivit fördröjd men har från och med januari 2018 återupptagits. Parallellet med arbetet med framtidens vårdinformationssystem pågår SUSSA-arbetet. Ett arbete där fem landsting och fyra optionspartners arbettar tillsammans för att så långt som möjligt uppnå största möjliga synergieffekter gällande drift och utveckling av det nya vårdinformationssystemet.

Eftersom upphandlingen av FVIS har blivit fördröjd har SUSSA-arbetet ökat. En budgetomfördelning från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt behöver därför göras.

Budgetomfördelning avseende ökade kostnader för Blekingetrafiken
Enligt medlemsdialog ska landstinget fortsätta att utveckla och förbättra kollektivtrafiken i länet. I Landstingsplan och budget 2018-2020 finns medel på 2 016 tusen kronor för detta avsatt på landstingsstyrelsens förfogande anslag på finansförvaltningen. Landstingets överenskomma kostnad för Blekingetrafiken är idag 2 016 tusen kronor högre än vad som finns avsatt på förvaltning Landstingsgemensamt för finansiering av landstinget Blekinges del av Blekingetrafiken 2018. Budgetmedel på 2 016 tusen kronor behöver därför omfördelas från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning Landstingsgemensamt.

Budgetomfördelning avseende kostnad för medlemskap i Blue science park (BSP)
Blue Science Park (BSP)är en innovationsmiljö inom fokusområdena Telecom/IT, E-Hälsa och Marin teknik.. Samverkan inom BSP är en av framgångsfaktorerna i Region Blekinges ambition att vara ledande inom området e-hälsa. De projekt som drivs i samverkan med BSP bidrar till ökad innovations- och utvecklingsförmåga inom området e-hälsa. Landstinget Blekinge har 2018 betalat 0,5 mnkr för medlemskap i BSP på ansvaret för landstingsövergripande kostnader under förvaltning Landstingsgemensamt. Även nuvarande Region Blekinge bidrar med finansiering av projekt. Kostnaden för landstingets medlemskap i BSP finns inte med i Landstingsgemensamt beslutade budgetram och därför behöver budgetmedel på 0,5 mnkr omfördelas från landstingsstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen till förvaltning landstingsgemensamt.

Beslutsunderlag
Tjänsteutlåtande: Budgetomfördelningar

Protokollet ska skickas till
Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten
Maria Gotthardsson

2018-10-22

Ärendenummer 2018/01074
Dokumentnummer 2018/01074-2

Till Landstingsstyrelsen

Delårsrapport augusti 2018 Landstinget Blekinge samt helårsprognos 2018

Förslag till beslut

1. Att godkänna delårsrapport och prognos för helåret 2018,
2. Att överlämna delårsrapport och prognos till landstingsfullmäktige, samt
3. Att i övrigt lägga materialet till handlingarna.

Sammanfattning

I enlighet med fastlagda direktiv har delårsrapport per 31 augusti och helårsprognos för 2018 upprättats. Resultaträkning för Landstinget Blekinge har upprättats baserat på de prognoser som lämnats av förvaltningar och nämnder, samt känd utveckling av skatte- och statsbidragsintäkter. Det prognostiserade resultatet för landstinget är -19 miljoner kronor, vilket innebär ett underskott jämfört med budget om 32,1 miljoner kronor.

Det prognostiserade balanskravsresultatet uppgår till -10 miljoner kronor för 2018. 8,9 miljoner kronor ska återställas i år från tidigare års förluster och 61,8 miljoner kronor ska återställas senast 2020. Det ger ett totalt balanskravsresultat att återställa på 80,7 miljoner kronor.

Delårsbokslutet visar ett resultat på 44,5 (-5,2) miljoner kronor, vilket är 33,9 miljoner kronor bättre än budget.

Landstinget planerar under året att genomföra åtgärder för att öka realisationsvinsterna för aktier och aktiefonder. Syftet är att förbättra landstingets totala resultat, det vill säga inget tillskott av medel till verksamheten, innevarande år för att på så sätt skapa utrymme för verksamheten att arbeta med kostnadsreducering för anpassning till budget inför 2019. De beräknade realisationsvinsterna är inarbetade i prognosen.

Sex förvaltningar/nämnder prognostiserar ett underskott. Blekingesjukhuset prognostiserar

-110,7 miljoner kronor, offentlig primärvård -17,7 miljoner kronor, tandvården -8,5 miljoner kronor, landstingsservice -7,3 miljoner kronor, psykiatri och habiliteringen -2,1 miljoner kronor och landstingsgemensamt -1,2 miljoner kronor sämre än budgeterat. Övriga förvaltningar och nämnder tror på överskott eller nollresultat jämfört med budget.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

Bilaga

- Delårsrapport augusti 2018 Landstinget Blekinge



Delårsrapport augusti 2018
Landstinget Blekinge

september 2018

Ärendenr 2018/01074

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning 4

1.1 Sammanfattning måluppfyllelse 4

2 Framtidens hälso- och sjukvård 6

3 Fokusområde 7

3.1 Inhyrd personal avseende period 1 januari – 31 juli 2018 7

3.2 Läkemedel 8

3.3 Tomma lokaler 9

3.4 Inköp av bland annat förbrukningsmaterial 9

3.5 Utbildningskostnader och resekostnader för möten och konferenser 10

3.6 Övrigt 10

4 Målområde – God hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa 11

4.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling 11

4.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges arbete för en bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa 17

4.3 Inriktningsmål: Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter 19

4.4 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge erbjuder en trygg och säker hälso- och sjukvård 21

4.5 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge erbjuder en hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus 23

4.6 Verksamhetsstatistik 25

4.7 Kostnad per patient (KPP) 31

5 Målområde - Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer 32

5.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar 32

5.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar 34

6 Målområde - Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter 37

6.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare 37

6.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö 38

6.3 Statistikuttag för perioden 1 januari – 31 juli 2018 39

6.4 Arbetsmiljö och hälsa 41

6.5 Viktiga händelser, effekter/resultat, inom kompetensförsörjningsområdet 41

6.6 Värdegrundsarbete 42

7 Målområde – Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi 43

7.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll 43

8 Finansiell analys 45

8.1 Uppföljning intäkter och kostnader 45
8.2 Prognos mot budget 50
8.3 Investeringsredovisning 51
8.4 Pensionsförvaltning 53
8.5 Driftsredovisning 53

8 Prioriterade områden 58

8.1 En nära sjukvård 58
8.2 Personalrekrytering 58
8.3 Övrigt (kollektivtrafik, licenser, digitalisering m.m) 58
8.4 Kvalitetssäkrad cancerprocess 58
8.5 Barn och ungdomars psykiska hälsa 59
8.6 Tillgänglighet 59
8.7 Digitalisering 59
8.8 Jämlik hälsa 60
8.9 Stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården – en professionsmiljard 60
8.10 Insatser inom psykisk hälsa-området 61
8.11 Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärka insatser för kvinnors hälsa 61
8.12 En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 61
8.13 Patientmiljarden – Förbättra tillgänglighet och samordning i hälso- och sjukvården 62
8.14 Goda förutsättningar för vårdens medarbetare - Personalmiljarder 62
8.15 Kortare väntetider i cancervården 63
8.16 Region Blekinge 63
8.17 Övrigt 64

1 Sammanfattning

Landstinget lämnade ett negativt resultat för 2017 vilket resulterade i beslut av Landstingsfullmäktige 12 februari 2018 § 10 om åtgärder för 2018 för att möjliggöra ett resultat i nivå med budget. Arbete med verkställande av åtgärder för minskade kostnader såväl innevarande år som på långsikt pågår. I åtgärdsförslaget framgår bland annat att ekonomin är överordnad landstingsplanens målsättningar.

Arbetet med att minska beroendet av inhyrd personal pågår för fullt och det börjar synas resultat av arbetet. Vid utgången av augusti ses en minskning i både arbetade timmar och kostnader för den inhyrda personalen jämfört med föregående år. Landstingets mål för minskning av kostnader för inhyrd personal beräknas inte uppnås till fullo i prognosen för helåret.

Prognos för helåret 2018 uppgår till -19 miljoner kronor, sex förvaltningar lämnar en prognos sämre än den av landstingsfullmäktige beslutade budgeten. Landstinget planerar under året att frigöra realisationsvinster för att på så sätt minska befarat underskott, vilket räknats med i prognosen. Dessa åtgärder ger engångseffekt under innevarande år men skapar utrymme i verksamheten för att arbeta systematiskt med kostnadsreducerande åtgärder för full effekt från och med 2019.

1.1 Sammanfattning måluppfyllelse

De politiskt prioriterade övergripande målområdena för 2018 är:

- god hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa
- aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer
- engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter
- hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi

En god hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa

För god tillgänglighet till besök och behandling pågår många insatser för att förbättra tillgängligheten samtidigt som en minskad användning av hyrläkare har inneburit svårigheter att klara den lagstadgade vårdgarantin. Verksamheterna fokuserar på god tillgänglighet inom områden där väntetiden är avgörande för resultatet, till exempel inom cancerområdet. Insatserna för att förbättra tillgängligheten bedöms inte kunna ge tillräckligt med effekt till årets slut och därför är prognosen att målet inte kommer att nås.

Bättre folkhälsa och mer jämlik hälsa går i önskad riktning men prognosen är att målet inte kommer att nås fullt ut till årets slut.

Målet om att medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter påverkas av den minskade telefontillgängligheten i kombination med något längre väntetider till besök och behandling. Det gör att prognosen är att målet inte kommer att nås.

Patientsäkerhetskulturenkäten visar att landstingets patientsäkerhetsarbete inom flera områden ligger lika eller lite bättre än genomsnittet av övriga åtta landsting som deltagit i enkäten. Landstingets mål om att förbättra 13 av 15 områden (dimensioner) är inte uppnått.

Patientsäkerhetsindexresultatet bedöms kunna förbättras något utifrån tidigare år. Årets nya mål, andel basenheter som sammanställer och analyserar registrerade vårdskador kommer inte att nå 100 procent men går i rätt riktning. Prognosen för hela området är att målet delvis uppfylls.

En hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus kan kopplas till utvecklingen av personcentrerad vård i landstinget. Fyra förvaltningar beskriver personcentrering i sina delårsrapporter. Riktlinjen för utveckling av personcentrerad vård har reviderats och en metodbok i personcentrerad vård håller på att tas fram. Prognosen är att utvecklingen går åt rätt håll men det är osäkert om arbetet kommer att ge tillräckligt genomslag för att nå målet till årets slut.

Aktivt klimat - och miljöarbete för hållbara livsmiljöer

Landstinget har fortsatt sitt systematiska arbete inom miljö och hållbarhetsområdet. Två förvaltningar har certifierade miljöledningssystem enligt ISO 14001:2015 och ytterligare fyra förvaltningar har kommit en bit på väg med att införa miljöledningssystem. Vid augusti hade också fyra förvaltningar antagit ett verksamhetsspecifikt miljöprogram vilket var målet för 2018. De två inriktningsmålen för målområdet bedöms kunna nås på årsbasis.

Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter

2018 års undersökning för hållbart medarbetarengagemang (HME) genomförs under oktober och resultatet redovisas i november. Resultatet av HME-enkäten spelar stor roll för helhetsbedömningen av inriktningsmålen om att Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare och om en god arbetsmiljö för medarbetarna. Därför blir prognosen osäker när det inte ännu finns mätvärden att utgå ifrån. Flertal insatser pågår men tre fjärdedelar av förvaltningarna bedömer i sina delårsrapporter att målet om en god arbetsmiljö inte kommer att nås fullt ut och hälften av förvaltningarna bedömer att målet om att vara en attraktiv arbetsgivare inte heller kommer att nås fullt ut. Prognos är att de två inriktningsmålen inom målområdet inte kommer att nås riktigt fullt ut till årets slut.

Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi

Landstingets prognostiserade resultat 2018 är ett underskott på 19 miljoner kronor. Landstingets budgeterade resultat är 13,1 miljoner kronor.

Prognosen för helåret är att sex förvaltningar inte klarar att följa tilldelad budget. Kostnadsutvecklingen efter årets första åtta månader ligger på 4,4 procent och den prognostiserade kostnadsökningstakten uppgår till 3,7 procent. Det pågår aktiviteter inom landstinget som under året gett en positiv effekt på kostnadsnivån.

Vid utgången av augusti är Landstinget Blekinges soliditet 33,2 procent. Att jämföra med 31,0 procent efter mars 2018. Anledningen till den höjda soliditeten är att landstingets tillgångar och tillika det egna kapitalet ökat sedan dess. Soliditeten påverkas av landstingets resultat och prognosen för helåret är negativ och därmed spås inte soliditetsmålet uppfyllas under 2018.

2 Framtidens hälso- och sjukvård

Programplanen för framtidens hälso- och sjukvård med strategier och inriktningsbeslut har varit vägledande i utformning av ny organisation och nya arbetssätt för hälso- och sjukvården i Blekinge

Utveckling av nya vårdmiljöer pågår där samordning av de stora byggprojekten är centralt.

Insatser för att modernisera den tekniska infrastrukturen pågår som ett led i förberedelserna för att ta emot det nya vårdinformationsstödet när upphandlingen är klar. Exempel på genomförda eller pågående e-hälsolösningar är tidbokning på nätet, behandlingsmetoder via telemedicin, förberedande arbete för distansmonitorering och förberedelser för införande av digital vårdcentral och behandlingsmetoder via telemedicin.

Primärvården ska utgöra basen i vården och stå för huvuddelen av invånarnas sjukvårdsbehov. Delårsuppföljningen av Hälsoval Blekinge visar dock att vårdenheterna har svårt att leva upp till kraven i regelboken. Orsaken bedöms vara att finansieringen via hälsovalet inte räcker till.

En kartläggning av barn och ungas hälsa i Blekinge har genomförts. Dialog mellan skola, socialtjänst, mödrahälsovård och barnhälsovård kring utveckling av familjecentraler pågår med kommuner i länet. En behovsanalys kring barn och unga med övervikt och fetma har påbörjats. Identifierade behov av samverkan och tidiga insatser för psykisk hälsa har lett till att en ansökan beviljats om att delta i ett treårigt nationellt utvecklingsarbete via SKL kring tidiga och samordnade insatser för barn och unga.

Folktandvården samarbetar med barnhälsovård och skolor i det förebyggande arbetet. Det finns behov att vidareutveckla samarbetet och rikta det mot grupper i samhället som har störst behov. Arbete pågår med att centralisera skolinformationen.

I ett samarbete med biblioteken i Blekinge och Kronoberg har projektet ”språkstegen” startat med syfte att öka barns läsförmåga.

En behovsanalys av palliativ vård i livets slutskede med förslag på åtgärder är genomförd och presenterad vid planeringsdialogen.
Hälsoprogram för seniorer har påbörjats och ett pilotprojekt för mobil geriatrisk vård har initierats tillsammans med Karlskrona kommun.
Folkhögskolans seniorkurser är ett bra inslag för att bland annat bryta social isolering för äldre.

Hjälpmedelscentralen har genom ett projekt för välfärdsteknik öppnat för att få in digitala verktyg som förskrivningsbara hjälpmedel. Den nya hjälpmedelsprocessen kommer att kräva en mer övergripande samordning för ett ordnat införande av hjälpmedel.

Primärvården och vuxenpsykiatrin har tagit fram en vårdöverenskommelse för psykisk hälsa med syfte att säkerställa att alla patienter får den vård de behöver och har rätt till samt att den sker på rätt vårdnivå. Arbetet går nu vidare med motsvarande överenskommelser avseende missbruk/beroende och barn och unga.

En koncentration av vård inom hals- och ryggkirurgi, gynekologisk cancer, och thoraxvård samt andra operativa åtgärder inom ramen för samarbete inom södra sjukvårdsregionen pågår.

3 Fokusområde

3.1 Inhyrd personal avseende period 1 januari – 31 juli 2018

3.1.1 Uppföljning av årsarbetare och kostnader

Landstinget minskade användandet av inhyrd personal perioden januari till juli 2018. Från 76,6 årsarbetare 2017 till 61,3 årsarbetare samma period 2018, det kan finnas eftersläp av fakturor och siffrorna kan komma att ändras. Minskning av inhyrda läkare har skett i samtliga tre förvaltningar. Däremot har en ökning skett av inhyrda sjuksköterskor inom primärvården.

Kostnaderna för inhyrd personal uppgick efter juli till 75,1 miljoner kronor, vilket är 1,1 miljoner kronor högre än för samma period 2017. Utfallet för föregående år är missvisande. Utfallet för 2018 anses mer rättvisande då fler fakturor för inhyrd personal slutregistrerades före månadsstängningen. De arbetade timmarna för den inhyrda personalen finns tillgängliga i separat system där inrapportering sker utifrån när arbetet utförts. Det går även i efterhand att få fram kostnaden för inhyrd personal i detta system. Kostnaden för inhyrd personal, enligt timrapporteringssystemet, efter juli 2017 uppgick till 92,8 miljoner kronor.

3.1.2 Uppföljning av Lokal handlingsplan oberoende av inhyrd personal – Landstinget Blekinge

Under året implementerades ett nytt ramavtal med bemanningsföretag i syfte att effektivisera upphandling och samtidigt få en lägre timkostnad.

Fokus under året har varit att säkerställa att underlag för uppföljning och beslut tas fram så snabbt som möjligt och håller hög kvalité. Detta för att kunna beskriva och göra prognoser över kostnadsutvecklingen och skapa en större medvetenhet inför beslut hos såväl chefer som gör avrop och chefer som fattar beslut i samband med särskild prövning.

Landstinget har även arbetat fram arbetssätt kring presentation om anställningsförmåner som särskilt riktar sig till hyrläkare intresserade av anställning i Landstinget Blekinge.

När det gäller resultat kan konstateras att inhyrningen har minskat, men det beror inte på någon enskild åtgärd. Störst betydelse har hälso- och sjukvårdsförvaltningarnas egna handlingsplaner och åtgärder.

3.1.3 Kostnadsminskning

Blekingesjukhuset, primärvården och psykiatri och habiliteringen arbetar med de handlingsplaner som är framtagna för att bli oberoende av inhyrd personal. De tre förvaltningarna har alla tre sänkt sina kostnader för inhyrd personal men de har svårt att nå det högt uppsatta målet att tillsammans minska kostnaderna med minst 60 miljoner kronor.

Totalt minskade inhyrningen vid samtliga förvaltningar både i använd tid och räknat i kronor. Den största minskningen står Blekingesjukhuset och psykiatrin för, medan primärvårdens minskning är marginell, minskade hyrläkarkostnader möts av ökade kostnader för hyrsjuksköterskor.

Psykiatrin har lyckats minska användandet av inhyrd personal från 10,9 årsarbetare januari-juli 2017 till 6,9 årsarbetare samma period 2018. Minskning har skett enligt åtgärdsplan.

Det har skett en minskning av inhyrd personal på Blekingesjukhuset från 32,1 januari-juli 2017 till 20,1 årsarbetare samma period 2018, dock kan det finnas eftersläpning av fakturor som gör att siffrorna kan komma att revideras. Arbetet med framtagna handlingsplaner fortgår, användandet av inhyrda läkare på kvinnokliniken kommer fortsatt att ligga högt på grund av uppsägningar. Målet att vara helt oberoende av hyrsjuksköterskor på vårdavdelningar är nästan uppfyllt. Trots minskningen av kostnaderna kommer målet att minska kostnaderna med 34 miljoner kronor inte att nås.

Primärvården har minskat användandet av inhyrda läkare från 32,7 årsarbetare januari-juli 2017 till 28,7 årsarbetare jan-juli 2018. Däremot har en ökning skett av inhyrda sjuksköterskor från 0,9 årsarbetare januari-juli 2017 till 5,7 årsarbetare januari-juli 2018. Trots minskning så kommer inte målet med minskning med 18 miljoner kronor avseende inhyrd personal att uppnås.

3.2 Läkemedel

Blekingesjukhuset gör en översyn av sina läkemedelskostnader, som förskrivs på recept, tillsammans med patientsäkerhetsavdelningen. Översynen görs på de delar där förskrivningen ligger över riksgenomsnittet.

Blekingesjukhuset har beslutat att det egna apoteket, vid beställningar av läkemedel till klinikerna, byter ut till billigare preparat för att på så sätt dra ner på kostnaderna.

Primärvårdens kostnader för allmänläkemedel rör främst diabetesläkemedel och hjärt- och lungläkemedel. Arbetet för att minska kostnadsnivån gällande dessa läkemedel sker kontinuerligt genom regelbunden dialog och återföring till respektive vårdcentral med hjälp av läkemedelskommittén.

Ett sätt att jämföra länets kostnader för avgränsade läkemedelsgrupper mot rikets blir att jämföra kostnad per tusen invånare (TIN) mellan län och rike, relaterat till förbrukade definierade dygnsdoser (DDD) per TIN. På så sätt kan man få en indikation på om kostnadsmedvetna läkemedelsval görs i länet jämfört med riket som helhet.

Vissa läkemedelsgrupper saknar DDD. Det gäller L01, så kallade antineoplastiska läkemedel mot cancer, men även läkemedel i form av salvor eller krämer. Redovisning av de tre av de mest kostnadstunga läkemedelsgrupperna med satt DDD finns i tabellen nedan.

Läkemedelsgrupp	**Blekinge jämfört med riket**	**2018-01 – 2018-09**	**Kommentar**
L04 immunsupressiva medel	Förmånskostnad inkl moms/TIN	1,10	Blekinges kostnader/TIN är 1,10 gånger rikets. Blekinge förbrukar 1,11 gånger rikets DDD/TIN.
	DDD/TIN	1,11	
L02 endokrinterapi	Förmånskostnad inkl moms/TIN	0,94	Kostnaderna något lägre än rikets per TIN, men förbrukningen högre än rikets. *Indikerar* kostnadsmedvetna val.
	DDD/TIN	1,14	

N03 antiepileptika	Förmånskostnad inkl moms/TIN	0,97	Kostnader och förbrukning i nivå med rikets.
	DDD/TIN	1,04	

3.3 Tomma lokaler

I början på året gjordes en översyn av samtliga tomställda lokaler i landstingets fastighetsbestånd. Vid denna rapportering upptäcktes att flera av lokalerna används av olika verksamheter. Rum ska klassas som tomställda endast i de fall där det pågår ombyggnation, eller om de inte används av någon verksamhet. Kostnader för de rum som användes av verksamheter bokades om i april till respektive berörd verksamhet. Justeringen innebar att tomställda lokaler minskade från 3,7 procent i april till 3,2 procent i augusti. Arbetet med tomställda lokaler pågår och uppdateras fortlöpande. Riksgenomsnittet för tomställda lokaler i regioner och landsting ligger på 4,4 procent enligt senaste nyckeltalen som inlämnats till Kolada.

Möjliga försäljningsobjekt:
Landstingsservice har tagit fram och sammanställt kostnader för fastigheter där landstinget har verksamhet i mycket begränsad omfattning. Det är främst primärvården som har filialer till vårdcentraler på mindre orter i Blekinge. Dessa kommer inom de närmsta åren att ha ett stort underhållsbehov, vilket kommer att påverka hyresnivåerna. Samtidigt har hälsovalsbesiktningar genomförts på flera av dessa enheter med resultatet att vi måste åtgärda flera anmärkningar för att lokalerna ska godkännas enligt Hälsovals kriterier.
Utifrån fakta ovan ser vi att dessa lokaler och inom närmsta framtiden kommer att ha en mycket hög kostnad/patientbesök.

Objekt som är möjliga att sälja: Hasslö, Senoren, Kättilsmåla och Kyrkhult.
På Hasslö, Senoren och Kättilsmåla bedriver Landstinget Blekinge idag ingen verksamhet alls. Kättilsmåla hyrs ut i sin helhet till Karlskrona kommun och på Senoren hade kommunen fram till i våras viss verksamhet enligt överenskommelse med psykiatrin. Denna verksamhet är nu flyttad på grund av byggnadernas dåliga skick. I Kyrkhult nyttjar primärvården två rum samt gemensamma ytor som delas med Olofströms kommun som hyr resterande del av byggnaden.

Rivning
Det finns inga planer på att riva några byggnader under 2018.

3.4 Inköp av bland annat förbrukningsmaterial

De totala kostnaderna för sjukvårdsmaterial var 124,4 miljoner kronor. Det var 3,7 miljoner kronor högre än samma period föregående år. Det är främst Blekingesjukhuset som ökat sina kostnader. Det beror bland annat på inköp av ett belysningsrör till röntgenapparatur, inköp av köksartiklar på neonatalavdelningen i samband med införandet av matservering till inskrivna föräldrar. Kostnader för batterier till hörapparater har även ökat.

Kostnaderna för förbrukningsinventarier och förbrukningsmaterial var 66,4 miljoner kronor vilket var 1,4 miljoner kronor högre än föregående år.

3.5 Utbildningskostnader och resekostnader för möten och konferenser

Kostnaderna för utbildning, hotell och resor uppgick till 25,6 miljoner kronor efter augusti 2018. Det var 0,6 miljoner kronor lägre än efter augusti 2017.

3.6 Övrigt

Åtgärder som pågår eller ska påbörjas för att bidra till ett bättre resultat för Landstinget Blekinge finns beskrivet i respektive förvaltnings delårsrapport.

4 Målområde – God hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa

Landstinget Blekinge ska erbjuda en trygg och säker hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus. Verksamheternas insatser ska planeras, samordnas och genomföras strukturerat och målinriktat, för en jämlik och tillgänglig vård. Detta i sin tur kräver att tillgången till kompetens i organisationen planeras och anpassas efter invånarnas behov av hälso- och sjukvård.
Landstingets samtliga verksamheter har även ett brett uppdrag i det förebyggande folkhälsoarbetet, där kunskap om invånarnas behov är en central faktor. En viktig förutsättning är samverkan med övriga samhället och dess aktörer. Formerna för denna samverkan ska ständigt utvecklas.
Att vi arbetar systematiskt och regelbundet med patientsäkerhet är grundläggande för tilliten till hälso- och sjukvården. Andra avgörande omständigheter är bemötande och upplevelsen av vårdkvaliteten generellt.
Landstingets verksamheter ska bidra till att stärka förtroendet för landstinget genom ett ständigt förbättringsarbete inom sina respektive ansvarsområden.
Målområdet god hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa innehåller fem inriktningsmål:

- *Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling.*
- *Landstinget Blekinges arbete för en bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa.*
- *Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter.*
- *Landstinget Blekinge erbjuder en trygg och säker hälso- och sjukvård.*
- *Landstinget Blekinge erbjuder en hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus.*

4.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling

Medborgarnas och patienternas uppfattning om att ha tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver baseras på faktorer på fler områden och nivåer. Det handlar bland annat om medborgarnas kunskap om och tillit till de vägar som finns till och inom sjukvården samt att möta den enskildes behov.

Inom tillgänglighetsområdet redovisar förvaltningarna flera aktiviteter som förväntas påverka tillgängligheten i positiv riktning;

- Specialiserad rehabilitering i hemmet och mobila team är nu etablerade arbetsätt som flyttar vården närmare patienten
- Ett pilotprojekt har initierats av Blekingesjukhuset tillsammans med Karlskrona kommun som syftar till mer mobil geriatrisk vård, där de olika huvudmännen kan stötta varandras verksamheter och på så sätt nå högre kvalitet och effektivare vård för patienterna.
- Förberedande arbete har också genomförts för att under nästa år kunna starta distansmonitorering, vilket innebär att patienter med kroniska sjukdomar använder mätinstrument hemma och kontinuerligt rapporterar in data till sjukvården. Forskning och erfarenheter från andra sjukvårdssystem visar på ökad trygghet, bättre kvalitet och minskade kostnader.
- Produktionsstyrning inom fler områden, ett ökat utbud och fler användare av e-tjänster i vården samt mer fokus på uppföljning av telefontillgänglighet.
- Utvecklingen av den personcentrerade vården ger patienten större möjlighet att både vara delaktig och ta ansvar.
- Ett ökat utbud av 1177 vårdguidens e-tjänster har fått fler invånare att använda e-tjänsterna och därmed ökar också antalet ärenden som hanteras via e-tjänster.

- Primärvården förbereder för att kunna svara upp mot den försärkta vårdgarantin som träder i kraft 2019.
- Unga vuxna har från 2018 fri tandvård till och med de fyller 22 år. Mer vårdtid krävs för detta uppdrag vilket medfört att den intäktsfinansierade vuxentandvården minskat. För att minimera påverkan på tillgängligheten för nya patienter har allmäntandvården fortsatt att fokusera på ökad tillgänglighet, bättre vårdplanering och kvalitetssäkrade riskbedömningar.

Färre hyrläkare har lett till en minskad tillgänglighet sett utifrån den lagstadgade vårdgarantin, men i en kontrollerad process. Inom områden där väntetiden är avgörande för utgången, till exempel inom cancerområdet, fokuserar Blekingesjukhuset på att upprätthålla god tillgänglighet. Återbesök inom planerad tid har förbättrats något under året. Psykiatrin klarar den lagstadgade vårdgarantin inom de flesta områdena

Telefontillgängligheten har förbättrats något både inom primärvården och på Blekingesjukhuset.

Under sommarmånaderna fungerade hälso- och sjukvården mycket bra. God långsiktig planering, struktur och samarbete mellan kliniker, förvaltningar och länets kommuner har bidragit till detta.

För att komma i nivå med övriga landstings/regioners utbud och användning av e-tjänster behöver landstingets insatser intensifieras. Ett e-hälsolyft genomförs i varje förvaltning vilket bidragit till ett ökat intresse och en ökad efterfrågan om stöd för att kunna förbättra och erbjuda fler e-tjänster. För att möta behovet och nå de satta målen i landstingets e-hälsoplan krävs fler förvaltningsresurser. Dessa kommer att tillsättas sen höst 2018. Landstingets handlingsplan för e-hälsa kommer därför att revideras under september.

Inriktningsmål	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling	Flertal insatser görs för att förbättra tillgängligheten, men tillräcklig effekt nås inte till årets slut.	

Indikatorer enligt Landstingsplan och budget 2018-2020:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Andel av patienterna i primärvården som har varit på läkarbesök inom 7 dagar.	89 % (utfall dec 2017)	100 %	78 %	
Andel av patienterna som har varit på första besök i specialiserad vård inom 90 dagar.	81% (december 2017) 84 % (januari-september 2017)	85 %	68 % 77 % (januari – augusti)	
Andel av patienterna som har påbörjat behandling i specialiserad vård inom 90 dagar efter beslut.	89 % (december 2017) 90 % (januari-september 2017)	90 %	74 % 87 % (januari – augusti)	
Andel kvinnor i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.	80 % (riket 85 %)	≥ 82 %	Resultatet från Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018 är klart först till årsredovisningen.	
Andel män i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.	84 % (riket 82 %)	≥ 84 %	Resultatet från Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018 är klart först till årsredovisningen.	
Andel uppfyllda mål i landstingets handlingsplan för e-hälsa.	Ej relevant	100 %	Resurs tillsätts. E-hälsoplanen revideras	

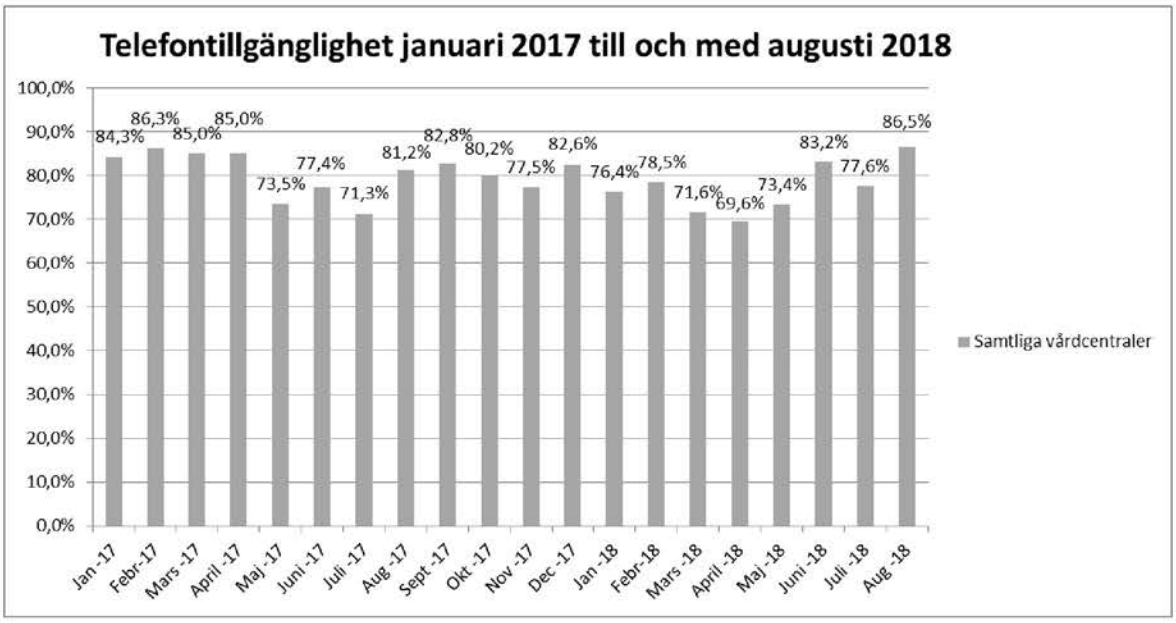
4.1.1 Uppföljning

Tillgänglighet är en grundläggande förutsättning för att invånarna ska känna trygghet och tillit till vården. Genom den nationella samverkan *1177 vårdguiden* erbjuds befolkningen sjukvårdsråd dygnet runt via webb och på telefon.

Den landstingsdrivna primärvårdens vårdcentraler har förbättrat sin telefontillgänglighet. Andelen besvarade samtal var 82,6 procent i december 2017 och motsvarande andel i augusti 2018 var 86,5 procent.[1] En jämförelse med riket vid senaste nationella mätningen våren 2018 visar på en lägre telefontillgänglighet i Blekinge, 78 procent jämfört med rikets 86 procent.[2]

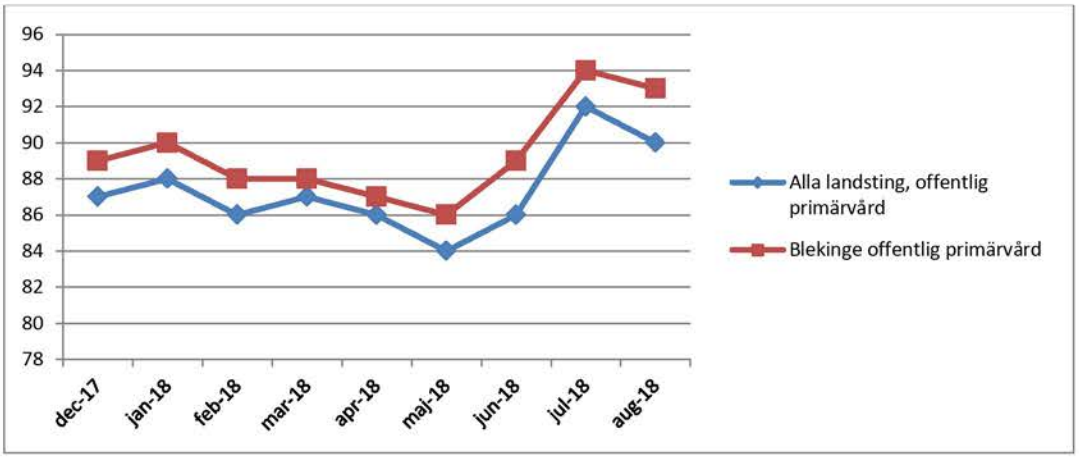
Antalet inkomna samtal till primärvården har ökat med 15 000 jämfört med samma period 2016 medan antalet besvarade samtal ligger på samma nivå som föregående år. Utvecklingen av andel besvarade samtal framgår av tabellen nedan.

[1] Källa: Landstingets telefonisystem
[2] Källa; Väntetider i Vården



Tabell: Utveckling av telefontillgänglighet 2017-augusti 2018. Andel besvarade samtal per månad, vårdcentraler i offentlig primärvård Landstinget Blekinge[3].

Andelen patienter som erbjuds läkarbesök i offentlig primärvård, inom vårdgarantins sju dagar, uppgick i augusti 2018 till 93 procent. Motsvarande siffra för all primärvård är 94 procent. Primärvården har hittills kunnat erbjuda bättre tillgänglighet än landet i övrigt. Det genomsnittliga värdet för primärvården i Blekinge ligger på nästan 90 procent.

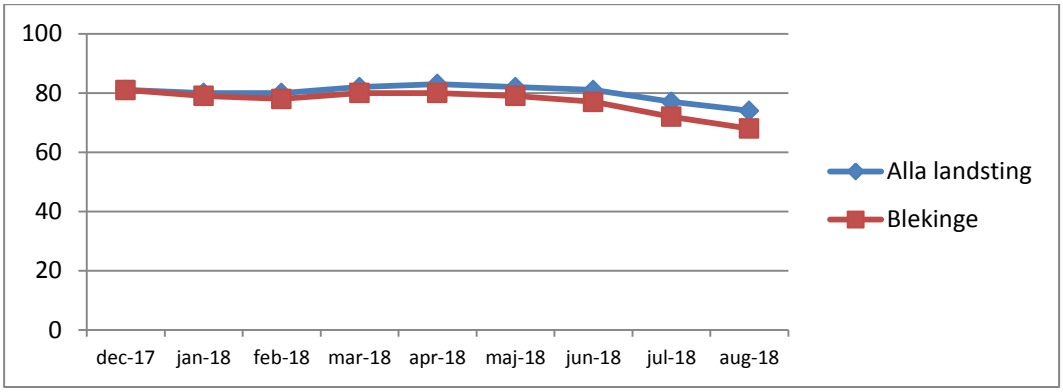


Tabell: Utveckling under 2018 av andel patienter i Landstinget Blekinge och riket som varit på läkarbesök i Primärvården inom 7 dagar[4].

Den minskade användningen av hyrläkare har påverkat tillgängligheten som sedan maj månad sjunkit både avseende planerade nybesök och behandling/operation.

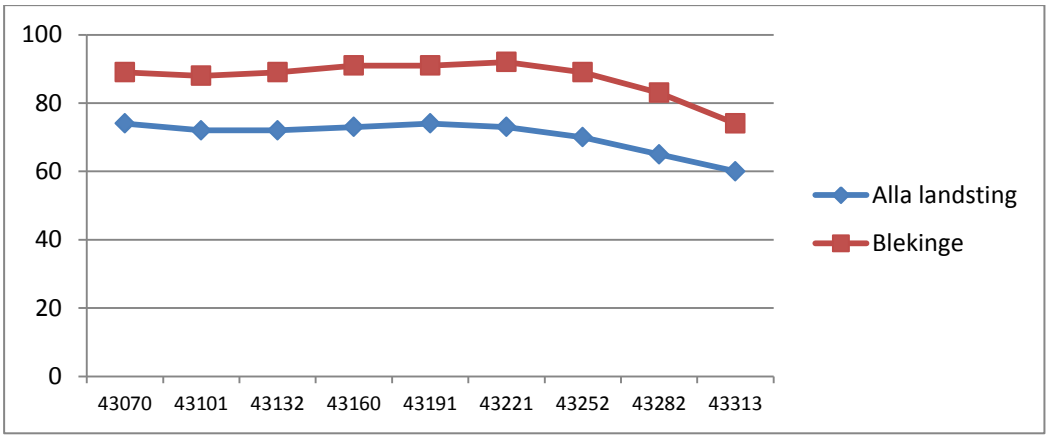
[3] Källa: Landstingets telefonisystem
[4] Källa; Väntetider i Vården

Andelen patienter som varit på planerat nybesök inom 90 dagar har minskat från 82 procent i december 2017 till 68 procent i augusti 2018. Det genomsnittliga värdet från januari till och med augusti ligger på 77 procent.



Tabell: Utveckling 2018 av andel patienter i Landstinget Blekinge och riket som väntat högst 90 dagar på ett första planerat besök.[5]

Andelen patienter som har påbörjat behandling/opererats inom 90 dagar har också minskat från 84 procent i december 2017 till 74 procent i augusti 2018, vilket fortfarande ligger över genomsnittet i riket. Medelvärdet för perioden januari till och med augusti ligger på 87 procent.



Tabell: Utveckling 2018 av andel patienter i Landstinget Blekinge och riket som väntat högst 90 dagar på operation/behandling[6].

Återbesök inom planerad tid har förbättrats något under året och Blekinge ligger klart över riksgenomsnittet.

Andelen patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF) för cancer som startar behandling inom avsedd tid har försämrats jämfört med resultatet för 2017 och under årets åtta första månader påbörjade 53 procent av fallen behandling inom avsedd tid. Resultatet ligger fortfarande över riksgenomsnittet.[7]

[5] Källa; Väntetider i Vården
[6] Väntetider i Vården
[7] RCC?

Psykiatrin klarar den lagstadgade vårdgarantin inom de flesta områdena. Tidig bedömning av nya patienten är av stor vikt för att snabbt ta ställning till behov av behandling. Nämnden för psykiatri och habilitering har därför ställt krav på högre tillgänglighet inom sitt område jämfört med den lagstadgade vårdgarantin.

Ett ökat utbud av 1177 vårdguidens e-tjänster medför att antalet invånare som använder e-tjänsterna ökar. Gällande antalet invånarkonton på 1177 Vårdguidens e-tjänster har det gått från 24 procent 2017 till 36 procent augusti 2018. Antalet ärenden via e-tjänsterna ökar generellt inom de flesta verksamheter. Inom primärvården har de ökat med 20 procent under 2018. Dock behövs insatser för att komma ikapp övriga landsting/regioner där de bästa organisationerna ligger på 50-70 procent. Landstingets handlingsplan för e-hälsa kommer att revideras under september eftersom förvaltningsresurser saknas, speciellt för 1177 Vårdguidens e-tjänster och Plattformen Stöd och Behandling. Dessa är avgörande för att kunna utbilda och stödja verksamheten i att öka utbudet av e-tjänster. Ett pilotprojekt har startat för att införa webb-tidbok. Parallellt genomförs e-hälsolyftet inom varje förvaltning. Det har bidragit till ett ökat intresse och en ökad efterfrågan om stöd för att kunna förbättra och erbjuda fler e-tjänster. För att nå målbilden om 75 procent behövs resurser som förvaltar tjänsterna. En sådan kommer att tillsättas sent under hösten.

4.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges arbete för en bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa

Samlad bedömning av inriktningsmålet:
Alla förvaltningar arbetar förbyggande och hälsofrämjande med olika aktiviteter för att uppnå måluppfyllelse. Området är brett vilket avspeglas i de aktiviteter som lyfts. Inriktningsmålet bedöms inte vara uppfyllt men åtgärder pågår (se uppföljning nedan) och utvecklingen går i önskad riktning. Det behöver utvecklas metoder och enhetliga definitioner för att följa upp detta inriktningsmål. Indikatorerna är svåra att följa då befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor endast genomförs vart fjärde år.

Inriktningsmål	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinges arbete för en bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa	Återgärder pågår och utvecklingen går i önskad riktning	Se text ovan.

Indikatorer enligt Landstingsplan och budget 2018-2020:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Andel medborgare som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra.	71,4% (Riket: 73,5%) (2014)	Ska öka jämfört med år 2014	Resultat från Hälsa på lika villkor kommer senare under 2018	Ingen förändring sen 2014
Andel kvinnor, lågutbildade och personer 60 år eller äldre som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra.	Kvinnor: 66,7% (Riket: 71,2%) Lågutbildade: 65,5% (Riket 66,6%) Personer 60 år eller äldre: 57,8% (Riket 62,9%) (2014)	Ska öka jämfört med år 2014	Resultat från Hälsa på lika villkor kommer senare under 2018	Ingen förändring sen 2014

4.2.1 Uppföljning

Analys och kommentar:
Psykiatri och habiliteringen arbetar med hälsosamtal på olika sätt för att nå en mer jämlik hälsa. Psykiatrin har fokus på psykospatienter då dessa har en sämre fysisk hälsa generellt samt patienter som medicinerar med neuroleptika. Samtal om levnadsvanor genomförs tillsammans med konkreta somatiska undersökningar. En ökning av antal hälsosamtal har skett men är fortfarande lägre än förväntat. Förvaltningen kommer under hösten att bilda en länsgemensam arbetsgrupp för att arbeta vidare med den somatiska hälsan och levnadsvanorna. Inom BUP och habiliteringen har antal hälsosamtal ökat markant.

Primärvården arbetar hälsofrämjande och förebyggande samt för att stärka och utveckla folkhälsoarbetet för Blekinges invånare. I arbetet ingår utvecklingen av ett personcentrerat förhållningssätt, kvinnors hälsa och samverkan i grupper för att till exempel förebygga våld i nära relationer. Primärvårdens målsättning är att samtal om levnadsvanor ska ingå som en naturlig del

av vårdarbetet och under perioden har även arbetet med att särskilt uppmärksamma levnadsvanor i samband med psykisk ohälsa påbörjats.

Inom Hälsoval uppvisar barnhälsovården sämre följsamhet till det nationella programmet för barnhälsovård. Det finns brister avseende både universella och riktade insatser, vilket riskerar att bidra till en ojämlik hälsa i befolkningen. Under våren har verksamhet och resultat för 2017 följts upp, redovisats och diskuterats; skriftligen samt vid verksamhetsbesök och nätverksträffar tillsammans med personal. Grunda Sunda Vanor är en arbetsmodell för att främja hälsosamma levnadsvanor och används vid hälsosamtalen på BVC.

Blekingesjukhusets kliniker har haft svårigheter att följa sin valda indikator. Blekingesjukhuset lyfter att det behövs nya metoder och indikatorer för att följa upp jämlikhet i vården. Frågan är viktig för Blekingesjukhuset, men det går i dagsläget inte att mäta på ett bra sätt även om det är av vikt att försäkra sig om att alla patienter får en korrekt och individanpassad vård och behandling.

Inom tandvårdsförvaltningen bedrivs bland annat arbete med riskbedömning och behovsanpassade återbesöksintervall samt förebyggande arbete i skolorna för att öka den jämlika hälsan. Genom att ge återbesök baserat på tandhälsa kommer vården till gagn för de som mest behöver den. Det pågår även ett arbete med att centralisera skolinformationen, vilket tros bidra till att bättre nå dem som behöver det bäst.

Landstingsdirektörens stab bedriver arbete inom flera områden som berör måluppfyllelsen för inriktningsmålet. Ett långsiktigt arbete med implementering av Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor pågår. Drift av levnadsvanemottagningen där beslut om fortsatt verksamhet och finansiering ska hanteras i budgetprocessen inför 2019.

Arbete med våld i nära relation pågår enligt handlingsplan. Länshandikapprådet har godkänt förslaget till Funktionshinderpolitisk policy för blivande Region Blekinge. Policyn framhåller behovet av en förstärkt personcentrering för vissa grupper. Handlingsplan för jämställdhet i Landstinget Blekinge 2018-2020 är framtagen och beslutad i landstingsfullmäktige.

Strategi och handlingsplan för landstingets arbete med FN:s konvention om barnets rättigheter håller på att förmedlas i organisationen. Landstinget sammankallar länets nätverk för barn och elevers hälsa, som arbetar för att förstärka och systematisera det förebyggande och hälsofrämjande samarbetet mellan kommunerna och landstinget för denna målgrupp. För att på ett mer systematiskt sätt kunna arbeta med riktade insatser och kvalitetsförbättringar pågår arbete med att få kommunerna att ansluta sig till ett gemensamt nationellt kvalitetsregister, EMQ.

Enkäten ”Hälsa på lika villkor 2018”, HLV, har skickats till 7341 invånare i åldern 16-84 år. Efter bearbetning av landstinget kommer en folkhälsorapport att publiceras i mars 2019.

Insatser kopplade till sociala investeringar pågår. Överenskommelsen mellan SKL och Landstinget Blekinge är vägledande och ger stöd i vårt arbete med sociala investeringar.

Kommissionen för jämlik hälsa i Blekinge har slutfört sitt uppdrag och det finns en politisk vilja att beakta kommissionens förslag i den fortsatta länssamverkan för bättre folkhälsa. Beslut har tagits om att den länsgemensamma folkhälsopolicyn förlängs till 2020 för att politisk organisationerna ska hinna sätta sig efter valåret.

Patientnämnden bidrar till målet genom att systematiskt omhänderta och analysera de synpunkter och klagomål som framkommer från patienter och närstående ur ett jämlikhetsperspektiv. Patientnämnden återkopplar till vården och har en dialog med patientsäkerhetsavdelningen vilket leder till ständig förbättring av vårdens verksamhet och en trygg och säker hälso- och sjukvård.

4.3 Inriktningsmål: Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter

Sammantaget redovisar förvaltningarna olika åtgärder som bör påverka medborgarnas och patienterna förtroende i positiv riktning. Den minskade telefontillgängligheten i kombination med något längre väntetider till besök och behandling på Blekingesjukhuset kan påverka i motsatt riktning.

Inriktningsmål	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter		Många aktiviteter pågår, men ny mätning måste inväntas

Indikatorer enligt Landstingsplan och budget 2018-2020:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Andel medborgare som uppger att de har ganska eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i Landstinget Blekinge.	59 % (Riket: 61 %) Män: 61 % (Riket 62 %) Kvinnor: 55 % (Riket 60 %) (2016)	60 %	Inga nya resultat för 2018	Många aktiviteter pågår, men ny mätning måste inväntas.
Andel medborgare som uppfattar att vården ges på lika villkor utifrån vårdbehov.	59 % (Riket: 58 %) Män: 64 % (Riket 62 %) Kvinnor: 55 % (Riket 54 %) (2016)	60 %	Inga nya resultat för 2018	Många aktiviteter pågår, men ny mätning måste inväntas.

4.3.1 Uppföljning

Landstingets arbete för att öka tillgängligheten, ständigt förbättra både den medicinska och den patientupplevda kvaliteten, att förstärka fokus på en mer personcentrerad vård och samtidigt ta ansvar för en ekonomi i balans är viktiga insatser för att höja invånarnas förtroende för hälso- och sjukvården. Dessa aspekter redovisas under de olika separata målområdena. Att ha politiska sammanträden som är öppna för invånarna och lättillgängliga beslutsunderlag ökar transparensen för vår verksamhet i samhället. Landstinget har också initierat ett samarbete med Region Skåne kring en invånarpanel – ett forum där vi får möjlighet att möta invånare kring frågor om hälso- och sjukvård och regional utveckling. Hälso- och sjukvårdens aktiva samarbete med patientföreningar syftar också till att öka utbytet mellan patienter, anhöriga och vårdens professioner, så att vi får bättre förutsättningar att höja kvaliteten i våra verksamheter.

De indikatorer som landstinget valt att mäta är kopplade till den nationellt genomförda Hälso- och sjukvårdsbarometern som vänder sig till ett slumpmässigt urval av länets invånare. Resultaten publiceras årsvis och senast publicerade resultat avser 2017. Den nationella patientenkäten är

också en källa men speglar enbart förtroendet de individer känner för oss som har besökt vår hälso- och sjukvård.

Ett gott bemötande är en del i att skapa förtroende hos patienter och andra som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården. Psykiatri och habiliteringen har satt som mål att huvuddelen av medarbetarna ska genomgå utbildning i bemötande.

Tandvården fortsätter att arbeta utifrån sin tidigare utbildningssatsning om gott bemötande och planerar att följa upp både patientupplevelser, medicinska kvalitetsmål, medarbetarupplevelser och ekonomiska aspekter med stöd av forskare. Inom tandvården kommer troligtvis ingen nationell patientenkät att genomföras förrän under 2020 så förvaltningen har tagit beslut om att från oktober månad använda enklare webbenkäter avsedda för samtliga patienter som har besökt folktandvården.

I primärvården kan vi se en fortsatt minskning av listningen vid de offentliga vårdcentralerna. Framför allt ses en minskning av personer i åldrarna 34 till 60 år. I grupperna barn och äldre identifieras inte någon skillnad, vilket kan vara en effekt av den offentliga primärvårdens satsningar på dessa grupper.

Förutom arbetet för att utveckla ett mer personcentrerat förhållningssätt, har primärvården även satsat på ett nytt arbetssätt som omfattar en läkarbil som ett led i att öka förtroendet.

Patientnämndens kansli hanterar många patientkontakter, framför allt i form av rapporteringsärenden och rådgivning och utgör en viktig länk mellan patient och vårdgivare där vi kan lära mycket. Deras bemötande av patienterna är också en viktig faktor för hur patient och anhöriga upplever sitt förtroende för hälso- och sjukvården. De vanligast förekommande ärendena handlar främst om vård och behandling och kommunikation. Flest ärenden kommer in från åldersgruppen 50-79 år. Kvinnor (58 procent) anmäler fler ärenden än män (38 procent). Fler besök genomförs också av kvinnor (57 procent) i Landstinget Blekinge jämfört med män.

Hjälpmedelscenter (HMC) har också många kontakter med patienter och kommunernas brukare. De har målsättningen att leverera patientsäkra och trygga hjälpmedel i tid och mäter också patienter och invånares grad av förtroende för HMC. HMC arbetar aktivt med avvikelserna i nära kontakt med sina förskrivare, där verksamheten har påbörjat ett samarbete med länets MAR, medicinskt ansvarig för rehabilitering. Verksamhetens mål är sträva efter en hög kvalité och framöver minska antal reklamationer, tillbud och negativa händelser kring icke patientsäkrade hjälpmedel.

4.4 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge erbjuder en trygg och säker hälso- och sjukvård

Under året har nationella mätningar genomförts av några indikatorer som påverkar landstingets patientsäkerhetsindex. Resultatet är något sämre än föregående år. Detta vägs upp av övriga ingående indikatorer som förväntas påverka i positiv riktning och bidra till att resultatet kan förbättras något. Resultatet av patientsäkerhetskulturmätningen som redovisats under året når inte målet att förbättra 13 av 15 dimensioner. Den nya indikatorn som följer antal basenheter som sammanställt och analyserat registrerade vårdskador bedöms inte nå målet fullt ut men utvecklas i positiv riktning

.

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinge erbjuder en trygg och säker hälso- och sjukvård		

Indikatorer enligt Landstingsplan och budget 2018-2020:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Patientsäkerhetsindex	78,4 år 2015, 81,1 år 2016, 79,2 år 2017	Årlig förbättring		
Resultat och handlingsplan patientsäkerhetskulturmätning	Resultat i 2014 års mätning	Mäts vart tredje år. Minst 13 av 15 dimensioner ska förbättras och resterande vara i nivå med föregående mätning		
Andel basenheter som sammanställt och analyserat registrerade vårdskador	Nytt mål för att gradvis minska antalet vårdskador	100 %		

4.4.1 Uppföljning

Patientsäkerhet innebär att förebygga vårdskador. Patientsäkerhetslagen, den nationella satsningen 2011-2014 samt landstingets patientsäkerhetspolicy är viktiga milstolpar. Vårdskada innebär onödigt lidande för patienten. Ett minskat antalet vårdskador påverkar inte bara patientens vård positivt utan också arbetsmiljö och ekonomi.

Landstingets indikator Patientsäkerhetsindex omfattar sju områden. Måluppfyllelse av index sker på årsbasis. Vissa områden är svåra att prognostisera löpande under året. Totalt bedöms dock patientsäkerhetsindexet kunna få en liten positiv utveckling jämfört med föregående år. I indexet ingår också nationella mätningar för vårdrelaterade infektioner, trycksår och hygienrutiner. Mätning av dessa har genomförts och visar ett något sämre resultat för trycksår och vårdrelaterade infektioner.

Resultatet av mätningarna har bidragit till att Blekingesjukhusets avdelningar nu utvecklar sina arbetssätt. En avdelning har infört en omvårdnadsrond för att förebygga tryckskador. Sjukhusövergripande riktlinjer för trycksår har tagits fram för att förtydliga vilka förebyggande åtgärder som ska ordineras när ”standardåtgärderna” inte visat sig vara tillräckliga.

Egenkontroll av ”Vårdhygienisk standard” har hittills genomförts av sex enheter, samtliga på Blekingesjukhuset. I egenkontrollen ingår resultat från mätningarna av hygienrutiner, vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning samt förutsättningarna för följsamhet till rutiner. Kontinuerlig information sker till vårdcentraler och sjukhuset med fokus på bättre och säkrare läkemedelsförskrivning.

Patientsäkerhetskulturenkät till personalen genomförs vart tredje år. Resultatet från Patientsäkerhetskulturmätningen hösten 2017 har redovisats och kommunicerats under året. Landstingets mål att förbättra 13 av 15 områden (dimensioner) har inte uppnåtts. Förbättringar har skett inom områdena: benägenhet att rapportera händelser, återföring och kommunikation av avvikelser samt öppenhet i kommunikation, min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet, samarbete inom vårdenheten, en icke straff- och skuldbeläggande kultur samt sammantagen säkerhetsmedvetenhet. Någon väsentlig försämring syns inte inom något område men ett fortsatt lågt resultat inom områdena; överlämning och överföring av patienter och information, samarbete mellan enheter, arbetsbelastning och personaltäthet samt högsta ledningens (definierat som förvaltningsledning) stöd till patientsäkerhetsarbetet sätter fokus på vilka områden som särskilt bör förbättras.

Landstinget Blekinges resultat inom de 15 definierade områdena 2017 jämfört med 2014 års enkät redovisas i nedanstående diagram

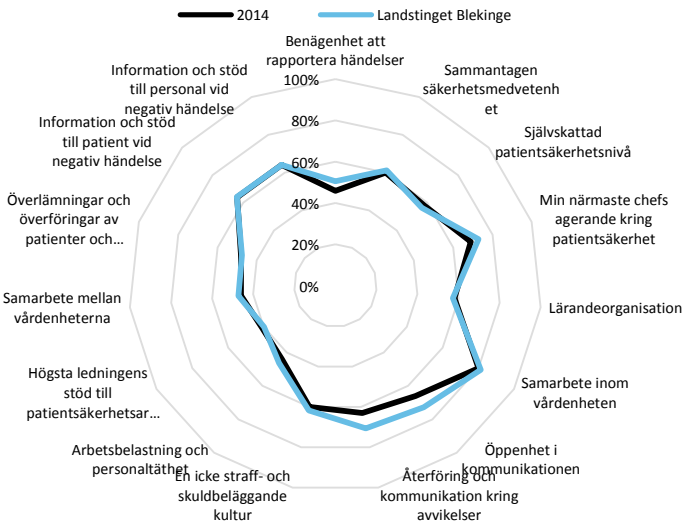


Diagram 1 Resultat patientsäkerhetskulturenkät, Landstinget Blekinge åren 2014 och 2017.[8]

Vid en jämförelse mellan de nio deltagande landsting och regionerna kan man i utläsa att Landstinget Blekinge ligger på samma värde eller något bättre än genomsnittet i nästan samtliga områden

[8] Källa: Patientsäkerhetskulturenkät 2017

För att gradvis minska antalet vårdskador finns en ny indikator som belyser följsamheten till riktlinjer samt stödjer det organisatoriska lärandet. Utredning, analys och sammanställning av vårdskador ska stödja ett strukturerat och systematiskt arbetssätt samt ett aktivt lärande och risktänk i vardagen. Ledningsgrupper och utsedda avvikelsesamordnare har informerats om nya författningar och rutiner kring vårdskador. Administrationen av avvikelser och vårdskador sker med stöd av ett it-baserat avvikelsesystem som också är källa för statistik och analys. Hanteringen av vårdskador kan förbättras och en översyn av nuvarande system för avvikelser och förbättringar pågår därför. Riktlinjer för klagomålshantering tas fram och möjligheten för patienter att kunna lämna synpunkter och klagomål på vården elektroniskt via 1177 undersöks.

4.5 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge erbjuder en hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus

Flera områden av den nationella patientenkäten är genomförd men resultaten är inte publicerade ännu. Svarsfrekvensen har varit lägre än tidigare år och det är svårt att avgöra hur det kan påverka årets resultat.

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinge erbjuder en hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus		

Indikatorer enligt Landstingsplan och budget 2018-2020:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Andel positiva svar om respekt och bemötande.	**Primärvård, offentlig och privat**: 85 % (Riket: 84 %) Män: 86 % (Riket: 86 %) Kvinnor: 84 % (Riket: 83 %) **Specialiserad sjukhusvård, öppen**: 90 % (Riket: 89 %) Män: 91 % (Riket: 90 %) Kvinnor: 90 % (Riket 89 %) **sluten**: 85 % (Riket: 84 %) Män: 88 % (Riket: 86 %) Kvinnor: 82 % (Riket 82 %) **akutmottagningen:** 76 % (Riket: 82 %) Män: 72 %	Ska öka med 1 procentenhet jämfört med föregående år.	Resultat presenteras i årsbokslut.	

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
	(Riket: 84 %) Kvinnor: 80 % (Riket 81 %) (2016)			
Andel positiva svar om delaktighet och involvering.	**Primärvård, offentlig och privat**: 77 % (Riket: 79 %) Män: 78 % (Riket: 80 %) Kvinnor:76 % (Riket: 78 %) **Specialiserad sjukhusvård, öppen**: 81 % (Riket: 81 %) Män: 81 % (Riket: 81 %) Kvinnor: 80 % (Riket 81 %) **sluten**: 74 % (Riket: 73 %) Män: 76 % (Riket: 73 %) Kvinnor: 72 % (Riket 73 %) **akutmottagningen:** 68 % (Riket: 78 %) Män: 64 % (Riket: 79 %) Kvinnor: 73 % (Riket 77 %) (2016)	Ska öka med 1 procentenhet jämfört med föregående år.	Resultat presenteras i årsbokslut.	

4.5.1 Uppföljning

Bemötande och delaktighet i sin vård och behandling är begrepp som återkommer som utvecklingsområden i flera förvaltningar liksom att stärka och utveckla folkhälsoarbetet genom hälsofrämjande och förebyggande insatser. Fyra förvaltningar beskriver personcentrering i sina delårsrapporter. En förvaltning har med stöd av utvecklingscentrum för personcentrerad vård (PCV) genomfört utbildningsinsatser för medarbetarna och en förvaltning har startat pilotprojekt och påbörjat implementeringen.

Patientinvolvering och samarbete har skett med patientföreningar samt genom södra sjukvårdsregionens gemensamma medborgarpanel för enkätundersökningar. Information till invånarna om PCV finns nu på landstingets externa hemsida.

Riktlinjen för utveckling av PCV har reviderats och en metodbok i PCV håller på att tas fram. I samarbete med Blekinge Kompetenscentrum och Landstinget Dalarna pågår utveckling av en metod för att kunna mäta graden av PCV i landstinget för att underlätta uppföljning och styrning.

Psykiatri och habiliteringen har arbetat med att förbättra delaktigheten i vård och behandling genom att upprätta en aktuell behandlings-/habiliteringsplan tillsammans med patienten. Genom planen formuleras målen för kontakten med psykiatrin/habiliteringen. Att arbeta mer personcentrerat kräver att behandlingsplanen görs i en tydlig dialog med patienten och att man samtidigt erbjuder patienten att involvera närstående i vården.

4.6 Verksamhetsstatistik

I följande avsnitt ges en sammanställning av kommentarer och analys kopplad till produktionsstatistik för perioden januari till och med augusti 2018 jämfört med motsvarande period 2017 när inget annat anges.

Blekingesjukhuset

Antalet läkarbesök har minskat med 5,5 procent (6 392 besök), antalet besök till andra yrkeskategorier är i stort sett oförändrat från 2017. Omkring 2 500 av dessa minskade läkarbesök är en registreringseffekt, då vissa läkare/kliniker slutat registrera kvalificerade telefonkontakter på grund av en missuppfattning om att det automatiskt skulle generera en faktura till patienterna. Om registreringen sker korrekt skickas dock ingen faktura. Informationsinsatser kommer att genomföras. Den reella minskningen av besök är 3,6 procent (3 900 besök) och utgörs huvudsakligen av besök på kvinnokliniken och till hudläkare, två områden där sjukhuset har extrem läkarbrist.

Antalet vårdtillfällen är relativt oförändrat jämfört med januari-augusti 2017 medan antalet vårddagar minskar med 5,4 procent eller drygt 4 600 vårddagar. Det innebär att utvecklingen av den genomsnittliga vårdtiden går i rätt riktning och minskar med 0,28 dagar eller 5 procent per vårdtillfälle. Detta motsvarar att i genomsnitt har 12 vårdplatser frigjorts varje dag, vilket bidragit till att Blekingesjukhuset har samma antal vårdtillfällen trots minskat antal vårdplatser. I detta sammanhang är det också viktigt att följa parametern ”återinskrivning inom 30 dagar”. En ”alltför snabb utskrivning” kan innebära att patienten måste läggas in på sjukhuset igen kort efter utskrivning. Under perioden återinskrevs 14,6 procent av patienterna inom 30 dagar, motsvarande siffra för 2017 var 13,8 procent. Ökningen är inte statistiskt säkerställd, och en fortsatt bevakning av denna parameter är angelägen.

Lagen om samverkan (LOS), började gälla den 1 februari. Under perioden januari-augusti har 21,8 procent av patienterna som skrivits ut inom ramen för LOS återinskrivits inom 30 dagar, vilket innebär en betydligt högre andel jämfört med totalen, 15 procent. Mot denna bakgrund har Blekingesjukhuset initierat en journalgranskning där såväl primärvård som kommuner kommer att granska aktuella journaler för att identifiera möjliga förbättringsområden för att minska risken att patienter skrivs ut från sjukhuset för snabbt.

Precis som tidigare utgörs majoriteten, 75 procent av vårdtillfällena, av akuta vårdtillfällen och vårdtiden vid akuta vårdtillfällen är längre än vid planerade vårdtillfällen, 5,6 dagar respektive 4,7 dagar. Den genomsnittliga vårdtiden minskar för de akuta vårdtillfällena, från 6,0 till 5,6 dagar, medan vårdtiden för de elektiva vårdtillfällena är relativt oförändrat, eller möjligtvis en liten ökning från 4,6 till 4,7 dagar.

Läkarbesöken på sjukhuset är cirka 60 procent återbesök och 40 procent utgörs av nybesök. Både nybesöken och återbesök minskar. Nybesöken med 6,4 procent och återbesöken med 4,9 procent. Majoriteten av läkarbesöken, 75 procent, utgörs alltjämt av planerade besök men har

minskat med 7,2 procent (6 300 besök) jämfört med 2017. De akuta läkarbesöken har minskat med 0,5 procent (131 besök) jämfört med 2017.

Antalet besök i akutverksamheten är i stort sett oförändrad sedan 2017. Akutmottagningen hade 23 575 besök 2017 och 23 605 besök 2018, vilket motsvarar en ökning med 2-3 besök per månad. Akutavdelningen i Karlshamn hade cirka 3 600 besök vilket är oförändrat sedan 2017.

Beläggningsgraden på sjukhuset har minskat och uppgick under perioden till 88 procent, vilket är särskilt anmärkningsvärt eftersom antalet vårdplatser har blivit färre. Antalet överbeläggningar uppgår i genomsnitt till 8-9 patienter/dag orsaken är främst att vi alltid strävar efter att patienten ska bli inlagd på ”rätt avdelning”, vilket innebär att en avdelning kan ha överbeläggning trots att det finns lediga vårdplaster på en annan avdelning. Trots det har drygt 3 patienter (3,3) dagligen varit inlagda på en ”felaktig” avdelning dvs. utlokaliserad till annan avdelning/ klinik än vad som medicinskt ”motsvarar” patientens åkomma.

Psykiatri och habilitering

Den minskningen av besök till vuxen och barn och ungdomspsykiatrin som noterades under årets första 3 månader har inte fortsatt. Under perioden april-augusti är antalet besök lika många 2018 som 2017. Resultatet innebär att för barn- och ungdomspsykiatrin bryts en kontinuerlig ökande besökstrend sett till hela perioden januari-augusti jämfört med tidigare år. För vuxenpsykiatrin har antalet besök varierat något mellan åren, men efter den stora ökningen av besök år 2015 ligger antalet för de första åtta månaderna stabilt kring 45 000, liksom tidigare år.

Antalet nybesök har fortsatt att minska både inom vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin. För vuxenpsykiatrin är minskningen mycket marginell (-3 procent), medan minskningen för barn- och ungdomspsykiatrin är större (-12 procent). Antalet patienter inom barn- och ungdomspsykiatrin har minskat med cirka 100 jämfört med 2017.

Antalet avslutade vårdtillfällen inom vuxenpsykiatrin har ökat relativt mycket, medan antalet vårddagar i princip är detsamma som 2017. Det har medfört att medelvårdtiden minskat från 11,4 till 9,7 vårddagar. Andelen tvångsvård har minskat från 23 procent 2017 till 22 procent 2018. Inom barn- och ungdomspsykiatrin har antalet vårddagar minskat kraftigt – från 485 vårddagar 2017 till 292 vårddagar år 2018. Antalet avslutade vårdtillfällen är något färre och medelvårdtiden har nästan halverats. Då antalet vårdtillfällen inom barn- och ungdomspsykiatrin är få, kan ingen säker trend ses.

Besöken inom habiliteringen har ökat med 10 procent och antalet nybesök har ökat med nästan 50 procent jämfört med 2017. Störst ökningen skedde under perioden juni-augusti då antalet nybesök nästan fördubblades jämfört med 2017 och resulterat i en förbättrad tillgänglighet.

Vuxenpsykiatrin

Mottagningen i Karlskrona har under året utvecklat en process för att höja kvaliteten på nybedömningarna för att få en mer rättvis bedömning av vilka patienter som behöver specialistpsykiatrisk vård. Man har även börjat arbeta med ”paketerade behandlingsinsatser”, vilket i korthet innebär en tydligare behandlingsprocess med korrekt diagnostik, en klar målsättning med behandlingen samt tydliga och välavgränsade behandlingsinsatser enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Syftet är en mer effektiv behandling med kortare vårdtid.

Sexologin har samma nivå på remissinflödet som tidigare, men på grund av flera pågående utredningar har man väntelista. Väntelistan till psykiatriker för könsinkongruens ser ut att bli längre under nästkommande halvår.

Beroendemottagningen har fortsatt arbetet med integrerad beroendevård. Syftet med arbetet är att erbjuda insatser i samverkan mellan kommun och landsting för personer med missbruk/beroende. En utvärdering av arbetet gjordes under våren där förbättringsområden identifierades och flera olika moment i det kommande arbetet utformades. Under våren 2018 startade även arbetet med integrerad beroendevård i Karlskrona.

Medelvårdtiden har minskat från 11 till 9 dygn jämfört med samma tidpunkt föregående år(rullande12 månaders period). För att minska medelvårdtiden på avdelning 28, som tidigare varit betydligt längre än på övriga avdelningar, har nya team skapats och nya arbetssätt och förhållningsätt utvecklats.

Barn- och ungdomspsykiatrin
Barn- och ungdomspsykiatrin håller på att implementera ett nationellt framtaget uppdrag för BUP, målet är att arbeta med rätt patienter, på rätt vårdnivå och säkerställa att patienterna får rätt vårdinsatser. För att säkerställa lika vård över länet har en gemensam bedömningsmall för nybesök tagits fram samt en tydlig struktur för utredningsprocessen.

Ungdomsmottagingen
Besöken till barnmorska/sjuksköterska och läkare på ungdomsmottagningen minskar medan besök till kurator ökar. Ungdomsmottagningen påverkas av läkarbristen inom primärvården och på kvinnokliniken, verksamheter som tidigare samarbetat med ungdomsmottagningen gällande läkarbemanning.

Hälsoval
I antalet besök vid vårdenheterna ingår besök av förtecknade personer, besök av förtecknade personer vid andra vårdenheter och besök av utomläns- och utomlandspersoner. Antalet besök uppgår till 280 313, en minskning med 2 601 besök jämfört med 2017. Besöken hos de offentligt drivna vårdenheterna har minskat med drygt 6 050 besök medan antalet besök hos de privat drivna vårdenheterna har ökat med 3 449 besök. De offentligt drivna vårdenheternas andel av besöken uppgår till 71 procent medan andelen förtecknade uppgår till 72 procent för offentligt drivna vårdenheter och 28 procent för privat drivna vårdenheter, det vill säga de privat drivna vårdenheterna genomför fler besök/förtecknad än de offentligt drivna vårdenheterna.

Antalet läkarbesök var 111 923, en minskning med 4 326 besök jämfört med 2017. Läkarbesöken hos de offentligt drivna vårdenheterna har minskat med 3 379 besök och besöken hos de privat drivna vårdenheterna har minskat med 947 besök. De offentligt drivna vårdenheternas andel av besöken uppgår till 70 procent. Andel förtecknade är 72 procent på offentligt drivna vårdenheter och 28 procent på privat drivna vårdenheter, det vill säga de privata vårdenheterna genomför fler läkarbesök/ förtecknad än de offentliga vårdenheterna.

Antalet hembesök och antalet hemsjukvårdsbesök i eget boende och vid särskilt boende har ökat med 78 procent under perioden från 778 besök 2017 till 1 390 besök 2018. Den avgörande anledningen är utbyggnaden av läkarbilar i länet. Antalet registrerade hembesök och hemsjukvårdsbesök skiljer sig mycket mellan vårdenheterna. En anledning till detta är att de nya läkarbilarna gör hembesök åt vårdenheter, främst de offentligt driva, så att vårdenheten inte själv behöver göra besöket. Antalet hembesök och hemsjukvårdsbesök har dock ökat med 13,6 procent även om hembesök av läkarbilen räknas bort.

Hälsovalsavdelningen handlägger tre läkaretableringar enligt den nationella taxan, två läkare inom ögonsjukvård och en läkare inom ortopedi. Antalet läkarbesök till och med augusti månad uppgår till 2 089 besök vid ögonmottagningarna och till 1 316 besök vid ortopedmottagningen. Antalet besök vid ögonmottagningarna har minskat med 22 procent (601 besök) medan ortopedmottagningen ökat med 3 besök jämfört med 2017.

Hälsovalsavdelningen handlägger två läkaretableringar som blivit upphandlade enligt LOU, en läkarmottagning inom gynekologi och en läkarmottagning inom ögonsjukvård. Ögonmottagningen upphandlades under våren 2018. Antalet läkarbesök vid gynekologimottagningen var 1 572 under perioden en minskning med 3 procent (48 besök) och 891 besök vid ögonmottagningen, uppgift saknas för 2017.

Antalet sköterskebesök uppgår till 101 862, en marginell ökning sedan 2017. Sköterskebesöken hos de offentligt drivna vårdenheterna har minskat med 3,7 procent (2 758 besök) medan besöken hos de privat drivna vårdenheterna ökat med 11,2 procent (2 520 besök). De offentligt drivna vårdenheternas andel av besöken uppgår till 70 procent. Andel förtecknade uppgår till 72 procent offentligt drivna vårdenheter och 28 procent privat drivna vårdenheter, vilket innebär att de privat drivna vårdenheterna genomför fler besök per förtecknad än de offentligt drivna vårdenheterna. Se även redovisning av övriga besök. I sjuksköterskebesök ingår alla sjuksköterskebesök oavsett vilken specialistutbildning sjuksköterskan har som genomförde besöket. I redovisningen kan även samtalsterapi ingå, då den personal som haft besöket varit anställd som sjuksköterska med specialistutbildning inom psykiatri

Totalt antal fysioterapibesök uppgår till 37 322, en marginell ökning(133 besök) jämfört med samma period 2017. Besöken hos de offentligt drivna vårdenheterna har minskat med 4,2 procent (1 191 besök), de privat drivna vårdenheterna har ökat med 15 procent (1 324 besök). De privat drivna vårdenheterna och de offentligt drivna vårdenheterna genomför ungefär samma antal besök per förtecknad.

Totalt tolv fysioterapeuter har ersättning enligt den nationella fysioterapitaxan varav sju fysioterapeuter har sina mottagningar i Karlskrona, tre i Ronneby och två i Karlshamn. En av etableringarna i Karlskrona har under våren upphandlats och en ny vårdgivare beräknas ta över etableringsrätten under oktober. Antalet besök hos fysioterapeuter med ersättning enligt nationell fysioterapitaxa uppgick till 13 188, vilket är 384 färre jämfört med 2017. Anledningen till minskningen är främst att en av etableringarna i Karlskrona byter ägare.

Antalet besök per fysioterapeut skiljer sig ganska mycket mellan fysioterapeuterna. Fysioterapeuterna i Karlshamn skiljer sig särskilt mycket gentemot övriga fysioterapeuter. Anledningen kan vara att olika behandlingar tar olika tid eller att efterfrågan på fysioterapibehandlingar varierar mellan kommunerna. Anledningen bör dock följas upp särskilt, så snart tid finns för kvalitets- och verksamhetsuppföljning av denna vårdgivargrupp.

När det gäller antalet undersköterskebesök hos de offentligt drivna vårdenheterna har dessa besök ökat med ungefär samma antal besök som sjuksköterskebesöken minskat. Detta kan innebära att en förskjutning har skett av besök från sjuksköterkor till undersköterskor.

Antalet hälsosamtal till asylsökande och nyanlända har minskat kraftigt. Under perioden genomfördes 113 hälsosamtal, jämfört med 218 hälsosamtal 2017. 74 procent av hälsosamtalen genomfördes av de offentliga vårdcentralerna och 26 procent av de privat drivna vårdenheterna, 54 procent med nyanlända och 46 procent med asylsökande. Antalet läkarbesök av asylsökande

2018 var 588 jämfört med 1 039, 2017, en minskning med 451 besök (- 43,4 procent). Antalet sjukvårdande behandlingar till asylsökande var 843, 2018, jämfört med 1 395, 2017, en minskning med 552 besök (- 39,6 procent). Vården av tillståndslösa under perioden har minskat från totalt 76 till 35 besök. Minskningen av hälsosamtal och sjukvård till asylsökande har inneburit att resurser har kunnat frigöras för annan hälso- och sjukvård men även minskade intäkter med totalt cirka 1 miljon kronor.

Det totala antalet läkarbesök vid jourcentralerna i länet var 7 669, vilket är en ökning med 335 besök jämfört med 2017. Antalet läkarbesök vid jourcentralen i Karlskrona har ökat med 55 besök medan antalet läkarbesök i Karlshamn ökat med 280 besök jämfört med 2017. Ungefär två tredjedelar av jourcentralernas besök sker under helger. Det är karlshamnsborna som procentuellt utifrån invånarantalet utnyttjar jourcentralerna mest.

Antalet utomlänsbesök vid vårdenheterna under perioden var 2 318 läkarbesök, 4 990 besök för sjukvårdande behandling och 483 besök för provtagning. Antalet utomlänsbesök har ökat med 873 besök jämfört med 2017. Antalet besök av patienter från utlandet vid vårdenheterna uppgick till 842 besök, jämfört med 807 besök 2017.

Från och med förra året följs antalet digitala distanskontakter upp separat. Antalet distanskontakter under perioden var 7 947, samtliga genomfördes av privata vårdgivare. Förra året genomfördes inga distanskontakter. Antalet distanskontakter för läkare var 114, samtliga distanskontakter har genomförts av de privata vårdgivarna. Antalet digitala kontakter av utomlänspatienter vid vårdenheterna var 7 791. Antalet digitala distanskontakter av Blekingebor utanför länet uppgick till 1 737 kontakter januari till juli 2018, 2017 var det 472, en ökning på 268 procent.

Fysioterapi genomförde 7 833 distanskontakter under perioden. Samtliga distanskontakter har genomförts av de privata vårdgivarna. Att antalet kontakter är högt beror på att en privat vårdgivare erbjuder fysioterapikontakter (till exempel artrosskola) åt hela Sverige. Andel utomlänskontakter uppgår till 98 procent. Utvecklingen tyder på att de digitala kontakterna framöver kommer att fortsätta öka kraftigt.

Tandvården

Antalet listade barn och unga vuxna har ökat med 7 procent (2 696 patienter) under första halvåret 2018. Andelen som valt folktandvården som ansvarig vårdgivare är nästan samma som 2017.

Totalt antal patienter som undersökts det första halvåret 2018 har minskat med drygt 7 procent (2 100) jämfört med 2017. Det är framförallt bland vuxna patienter som minskningen skett. Orsaken är att folktandvården har ett antal vakanta tandläkartjänster och barntandvård prioriteras framför vuxentandvård.

För 2018 har antalet akutbehandlade vuxna sjunkit, framförallt beroende på att antalet asylsökande minskat kraftigt. Förutom asylsökande tillkommer även akut behandlade vuxna patienter som normalt inte tillhör våra kliniker. För barn som inte tillhör våra kliniker är antalet akutbehandlingar endast ett fåtal.

Under första halvåret 2018 sjönk antalet besök till allmäntandvård och specialisttandvård med cirka 5 300 jämfört med 2017. Antalet patientbesök för barn och unga vuxna inom ATV är jämförbart med 2017, medan det inom STV minskat med cirka 4 procent. Totala antalet

vuxenbesök har minskat både inom ATV och STV jämfört med 2017, anledningen är brist på tandläkare och att gruppen barn och unga vuxna prioriteras

Antalet vuxna revisionspatienter har ökat något jämfört med 2017, men antalet patienter som blivit undersökta har dock minskat med drygt 2 100 år 2018, vilket beror på personalbrist.

Under perioden fick 487 av 536 berättigade personer munhälsobedömning till en kostnad av 317 000 kronor, 49 avvikelseorsaker har angivits(Vill ej gapa 14; Ej hemma 4; Avstår i år 31). 175 personer inom kommunens vårdpersonal fick utbildning av tandhygienist till en kostnad av 9 000 kronor. Antalet utförda munhälsobedömningar och utbildad vårdpersonal t.o.m. 31 augusti 2018 är lägre än förväntat, fördröjning av och svårigheter för den nya organisationen att komma igång kan vara bidragande orsaker men även resursbrister i den nya organisationen för uppsökande verksamhet. Efter andra tertialet 2018 var 3 225 personer berättigade till nödvändig tandvård, 1 534 personer har under perioden fått nödvändig tandvård för en kostnad av 6 161 000 kronor.

1 januari 2013 tillkom gruppen tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F-tandvård). 31 augusti 2018 var 459 personer berättigade till F-tandvård, en ökning med 23 individer jämfört med 2017-12-31. Under perioden har 312 personer fått tandvård till en kostnad av 1 559 000 kronor.

Det är endast särskilda tandvårdsinsatser för patienter med definierade diagnoser som ingår i tandvård som ett led i sjukdomsbehandling(S-tandvård), och omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Vanligtvis är det sjukvården som remitterar en patient till tandvården för undersökning, utredning och ev. behandling före eller i samband med olika medicinska ingrepp/behandlingar. Under perioden har 257 patienter fått tandvård som ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling till en kostnad av 1 450 000 kronor. Framför allt inom S-tandvård kan enskilda behandlingar nå stora kostnader. Det kan vara rehabiliteringar efter sjukdomar och missbildningar. Färre antal behandlingar finns registrerade under 2018 jämfört med 2017, men sett över hela året kommer sannolikt kostnaderna att jämnas ut.

4.7 Kostnad per patient (KPP)

Blekingesjukhuset
Utifrån KPP-data 2017 göra en analys per klinik av det dyraste DRG inom slutenvård respektive öppenvård i förhållande till SKLs nationella KPP-databas (SAS Analytics).
Analys har gjorts av flertalet kliniker över de dyraste DRG med ett större antal vårdkontakter inom såväl sluten som öppen vård. Då det föreligger osäkerhetsfaktorer kring hur övriga landsting i riket hanterar kostnaderna i KPP är analysen som gjorts i flera fall ett antagande och en trolig förklaring. Analysen visar att Blekinge har kostsamma vårdtillfällen i samband med operation, vilket kan tyda på höga overheadkostnader för operationsavdelningen, vilket en närmre analys framöver får undersöka. Dock skiljer sig kostnaden mellan olika operationer vilket en trolig förklaring är att vi inte kopplat dyr utrustning och material till specifikt DRG. Öppenvårdsbesök inom barnsjukvården med DRG Bronkit o Astma ligger Blekinge lika jämfört med flera sjukhus, i de fall det skiljer är trolig orsak organisatorisk.

Beskriva effekten av ytterfallsanalysen som gjordes till årsbokslutet 2017 samt hur kliniken använder resultatet.
I flera fall av ytterfallsanalyser som gjordes på KPP-materialet visades brister i kodning av diagnoser, vilket gett insikt om vikten av att koda rätt, vilket i sin tur bidragit till information och utbildningsinsatser. I andra fall visade analysen på organisatoriska olikheter vilket då är en förklaringsfaktor. Analysen har också gett indikationer på att vårdtillfällen saknar diagnoser eller fått ogiltiga huvuddiagnoser vilket föranlett arbete med att åtgärda detta. KPP-resultatet kan ge oss information om verksamheten är dyr eller inte och ger samtidigt möjligheten att identifiera kostnaden för olika patientgrupper. Ökad medvetenhet i verksamheten om vikten av beskrivning i form av diagnoser och åtgärder påverkar kostnaden och KPP-kalkylen, vilket ökat intresset för dessa delar.

Beskriv hur användandet av KPP kommer att arbetas med framöver.
KPP-analysen har gett insikt om att bättre kvalitetssäkra grunddatat och att det finns förbättringspotential i arbetet med tidsuppskattning, beräkningsgrunder etc. Ett första steg är att arbeta med att se över dessa parametrar för att få en bättre precision i framtida beräkningar. Genom konkreta frågeställningar till verksamheten skapas ett intresse för att medvetandegöra och förbättra dagens vårdflöde. Förhoppningen är att framöver kunna använda KPP-data i kommande arbete med beskrivning av vårdens processer och vara ett stöd i förbättringsarbetet.

Psykiatri och habilitering
Beskriva processen för det nationella benchmarking arbetet som kommer att ske under hösten. Till årsbokslutet kommer analys och resultat av benchmarkingarbetet att redovisas.
Förvaltningen kommer under hösten att delta i det nationella benchmarkingarbetet. Vården av patienter med förstämningssyndromen bipolär sjukdom och depression kommer att analyseras, liksom vården av patienter med ångestsyndrom samt schizofreni och andra psykotiska sjukdomar. Elektrokonvulsiv terapi (ECT) för svår depression kommer att analyseras särskilt. Analysen kommer att fokusera på skillnader i produktivitet och effektivitet. En arbetsgrupp kommer att utses för att arbeta med detta.

Primärvård
Beskriva var i processen primärvården befinner sig samt hur de kommer att arbeta med KPP framöver. Målet är att till årsbokslutet kunna jämföra besök mellan vårdcentraler.
Under hösten startar valideringsarbetet av KPP-underlaget. Målet är att till årsbokslutet 2018 kunna göra jämförelse mellan vårdcentraler avseende patientrelaterade kostnader för besök.

5 Målområde - Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer

Landstinget ska vara en trovärdig aktör i det regionala miljö- och hållbarhetsarbetet genom att främja en god hälsa och aktivt arbeta för friska livsmiljöer. Miljö- och hållbarhetsplanen och målen i landstingsplanen ska bidra till ett offensivt arbetssätt. Vi följer upp miljöprestandan, utvecklingen och måluppfyllelsen löpande och systematiskt. Redovisningen sker öppet för landstingets intressenter i årsredovisningens miljö- och hållbarhetsbokslut. Landstinget ska systematisera och integrera miljö- och hållbarhetsarbetet på alla nivåer och det ska genomsyra hela vår verksamhet och våra processer. Våra medarbetare ska stimuleras att ta ansvar och initiativ som går i en hållbar riktning. Vi ska eftersträva ständiga miljö- och hållbarhetsförbättringar i enlighet med landstingets miljö- och hållbarhetsplan, och det ska vara en naturlig del av all planering och allt kvalitets- och utvecklingsarbete. Det är särskilt viktigt att ta hänsyn till dessa frågor i besluts- och investeringsprocessen. Landstinget står inför omfattande investeringar i fastigheter under kommande planperiod, vilket gör detta till ett extra viktigt fokusområde. Långsiktigt hållbara beslut och investeringar kan göra stor positiv skillnad för kommande generationers möjligheter till en hållbar utveckling.
Genom att särskilt föra fram hälsoperspektivet inom ramen för aktiva regionala utvecklingsinsatser ska landstinget bidra till länets utveckling och skapa förutsättningar för ett hållbart samhälle och en god livsmiljö. Ett av landstingets viktigaste verktyg för att bidra till en hållbar utveckling är att använda miljö- och hållbarhetskrav i leverantörsledet vid upphandling. Att vi väljer material, produkter och tjänster utifrån ett miljö- och hållbarhetsperspektiv är en naturlig del i verksamheten. Vi ställer hållbarhetskrav på samtliga leverantörer och följer systematiskt upp att de följs. Det styrs och följs upp genom miljö- och hållbarhetsplanens införande.
Målområdet aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer innehåller två inriktningsmål:

- *Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar.*
- *Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar, enligt miljöledningsstandarden ISO 14001:2015.*

5.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar.	Måluppfyllelse förväntas 2018	

Inriktningsmålet att Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar förväntas uppfyllas 2018 genom att 6 av 8 förvaltningar har fastställt verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål i verksamhetsplaner.

Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan innehåller beskrivningar av våra målområden för miljöpåverkande faktorer, ekonomisk hållbar utveckling samt verktyg och arbetssätt. För respektive målområde finns vision, mål för perioden 2014-2018 samt förslag på tänkbara åtgärder på förvaltningsnivå. Förvaltningarna har utifrån detta, och en analys av hur de påverkar miljö och hållbar utveckling, själva valt vilka miljö- och hållbarhetsmål de önskar arbeta med.

Uppföljning av arbetet sker genom intern uppföljning samt genom att SKL sammanställer landsting och regioners miljöarbete i Sverige i rapporten ”Öppna jämförelsen”. Rapporten ”Öppna jämförelsen” för 2017 förväntas publiceras i oktober 2018.

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Antal förvaltningar som har fastställt verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål i verksamhetsplanen.	6 förvaltningar av samtliga 8	5 förvaltningar av samtliga 8	6 förvaltningar	6 förvaltningar

5.1.1 Uppföljning

Antal förvaltningar som har fastställt verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål i verksamhetsplanen.
Sex av åtta förvaltningar har fastställt verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål och kommunicerat dessa i sin verksamhetsplan.

Analys och kommentar: Det är positivt att sex av åtta förvaltningar fastställer miljö- och hållbarhetsmål i sina verksamhetsplaner för 2018. Därmed förväntas indikatorn att bli grön. Två förvaltningar, Blekingesjukhuset samt psykiatri och habilitering, har ringa eller inga verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål.

Utfall per augusti: Vid mätpunkten augusti 2018 hade sex av åtta förvaltningar verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål. Då målet för helåret 2018 är att fem av åtta förvaltningar ska ha verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål är målet uppfyllt och indikatorn grön.

Prognos 2018: De verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmålen sätts på årsbasis förväntas inte några förändringar av målet under årets sista månader. Målet för 2018 är redan uppnått och bedöms bli grön för 2018.

- Verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål 6 av 8 förvaltningar
- Ringa verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål 1 av 8 förvaltningar
- Inga verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål 1 av 8 förvaltningar

Offentlig primärvård	Verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål
Folktandvården	Verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål
Landstingsservice	Verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål
Landstingsdirektörens stab	Verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål
Hjälpmedelcenter	Verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål
Blekinge folkhögskola	Verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål
Blekingesjukhuset	Ringa verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål
Psykiatri och habilitering	Inga verksamhetsspecifika miljö- och hållbarhetsmål

5.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar, enligt miljöledningsstandarden ISO 14001:2015	Måluppfyllelse förväntas 2018	

Inriktningsmålet om systematiska miljö- och hållbarhetsförbättringar enligt miljöledningsstandarden ISO 14001:2015 bedöms kunna uppfyllas 2018 och får därmed färgen grön. Inriktningsmålet bedöms med två indikatorer.

Indikatorn ”antal förvaltning som har implementerat miljöledningssystem enligt ISO 14001:2015” förväntas inte bli uppfylld men att utvecklingen går i rätt riktning därmed får indikatorn bedömningen gul.

Indikatorn ”antal förvaltningar som har antagit ett verksamhetsspecifikt miljöprogram” förväntas bli uppfyllt 2018 och därmed blir färgen grön.

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Antal förvaltningar som har implementerat miljöledningssystem enligt ISO 14001:2015.	2 förvaltningar av samtliga 8	3 förvaltningar av samtliga 8	2 förvaltningar	2 förvaltningar
Antal förvaltningar som har antagit ett verksamhetsspecifikt miljöprogram	3 förvaltningar av samtliga 8	4 förvaltningar av samtliga 8	4 förvaltningar	5 förvaltningar

5.2.1 Uppföljning

Antal förvaltningar som har implementerat miljöledningssystem enligt ISO 14001:2015

Analys och kommentar: Två förvaltningar är certifierade enligt ISO 14001:2015, folktandvården och primärvården. Både intern och extern revision genomförs under året i syfte att fortsätta det goda miljöarbetet och för att behålla certifikaten.
Målet med tre förvaltningar som implementerat miljöledningssystemet ISO 14001:2015 förväntas inte nås 2018 på grund av personalomsättningar. Arbetet med att implementera miljöledningssystem går dock framåt och fyra förvaltningar har kommit en bit på väg mot ett implementerat miljöledningssystem.

Implementeringen av miljöledningssystem är av stor vikt för att underlätta arbetet med miljöfrågor samt säkerställa kvalitet i miljöarbetet. Detta är därför ett prioriterat arbetsområde för resten av året och kommande år.

Utfall per augusti: Utfallet visar att två förvaltningar implementerat miljöledningssystem och fyra förvaltningar har påbörjat implementeringen. Målet för helåret är att tre förvaltningar har implementerat miljöledningssystem. Indikatorns mål är vid augusti inte uppfyllt men åtgärder pågår och utvecklingen går i önskad riktning och därmed blir bedömningen färgen gul.

Prognos 2018: Prognosen för 2018 är att två förvaltningar har implementerat miljöledningssystem varför målet på tre förvaltningar med implementerat miljöledningssystem inte kommer uppfyllas. Utvecklingen går dock i önskad riktning då fyra förvaltningar fortsätter sitt arbete med att implementera miljöledningssystem samtidigt som två förvaltningar behåller sina implementerade miljöledningssystem och därför bedöms även prognosen för indikatorns mål 2018 med färgen gul.

- Implementerat 2 av 8 förvaltningar
- Påbörjat implementering 4 av 8 förvaltningar
- Ingen implementering 2 av 8 förvaltningar

Offentlig primärvård	Implementerat
Folktandvården	Implementerat
Blekingesjukhuset	Påbörjat implementering (röntgenkliniken)
Landstingsservice	Påbörjat implementering
Landstingsdirektörens stab	Påbörjat implementering
Hjälpmedelcenter	Påbörjat implementering
Psykiatri och habilitering	Ingen implementering
Blekinge folkhögskola	Ingen implementering

Antal förvaltningar som har antagit ett verksamhetsspecifikt miljöprogram
Med verksamhetsspecifikt miljöprogram avses ett verksamhetsspecifikt uttalande av högsta ledningen rörande avsikter och inriktning för organisationens arbete med sin miljöprestanda.

Analys och kommentar: Fyra förvaltningar har sedan tidigare ett verksamhetsspecifikt miljöprogram, folktandvården, primärvården, psykiatri och habilitering samt landstingsservice. Hjälpmedelscentralen har påbörjat och förväntas ha infört ett verksamhetsspecifikt miljöprogram under hösten 2018. Målet med fyra förvaltningar som antagit ett verksamhetsspecifikt miljöprogram förväntas uppfyllas för året 2018 och får därför färgen grön

Utfall per augusti: Vid augusti hade fyra förvaltningar ett verksamhetsspecifikt miljöprogram. Målet för 2018 är att fyra förvaltningar ska ha antagit ett verksamhetsspecifikt miljöprogram varför målet är nått och får färgen grön.

Prognos 2018: Prognosen är att fyra förvaltningar ska ha verksamhetsspecifikt miljöprogram 2018 varför målvärdet att fyra förvaltningar ska ha ett verksamhetsspecifikt miljöprogram vilket är uppnått och indikatorn blir grön.

- Verksamhetsspecifikt miljöprogram 4 av 8 förvaltningar
- Påbörjat verksamhetsspecifikt miljöprogram 2 av 8 förvaltningar
- Inget verksamhetsspecifikt miljöprogram 2 av 8 förvaltningar

Offentlig primärvård	Offentlig primärvård har ett eget miljöprogram och arbetar systematiskt med, för verksamheten, relevanta miljöaspekter. Verksamheten är certifierad enligt miljöledningssystemet ISO 14001:2015.

Folktandvården	Folktandvården har eget miljöprogram och arbetar systematiskt med, för verksamheten, relevanta miljöaspekter. Verksamheten är certifierad enligt miljöledningssystemet ISO 14001:2015.
Psykiatri och habilitering	Förvaltningen har tagit fram ett verksamhetsspecifikt miljöprogram.
Landstingsservice	Förvaltningens har ett eget verksamhetsspecifikt miljöprogram.
Landstingsdirektörens stab	En miljöstrategi påbörjad, miljöstrategin förväntas bli klar innan årets slut.
Hjälpmedelcenter	Förvaltningen är i processen med att implementera miljöledningssystem och har tagit fram verksamhetsrelevanta mål men har ännu inte ett eget miljöprogram.
Blekingesjukhuset	Saknar verksamhetsspecifikt miljöprogram.
Folkhögskolan	Folkhögskolan har inte ett eget miljöprogram, men har ambitionen att införa det.

6 Målområde - Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter

Landstinget Blekinge ska vara en attraktiv arbetsgivare. Ett systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete, utifrån arbetsplatsnära behov och förutsättningar, ska bidra till goda villkor för lärande, delaktighet och en sammanhållen värdegrund.
Ett gott medarbetarskap ska prioriteras, med fokus på genomförda medarbetarsamtal och kompetensutveckling. Landstinget ska erbjuda heltidstjänstgöring och verksamheterna ska arbeta för jämställda villkor och fler heltidarbetande.
Medarbetarnas engagemang i förbättrings- och utvecklingsarbetet ska tas tillvara genom utrymme för dialog och processer för ökad delaktighet. Den interna kommunikationen är ett viktigt redskap för kunskapsspridning om organisation, utvecklingsprocesser, verksamhetsmål och resultat.
Det övergripande målområdet engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter innehåller två inriktningsmål:

- *Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare*
- *Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö*

6.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare

Samlad bedömning av inriktningsmålet:

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare	Prognosen grundar sig på att hälften av förvaltningarna bedömer att inriktningsmålet inte nås fullt ut. Inom samtliga förvaltningar pågår planering för och genomförande av aktiviteter som bidrar till måluppfyllelsen.	

Indikatorer enligt Landstingsplan och budget 2018-2020:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Index för hållbart medarbetarengagemang (HME).	78,2 (2017)	Som 2017 eller högre		

6.1.1 Uppföljning

2018 års undersökning för hållbart medarbetarengagemang (HME) genomförs under oktober och resultatet redovisas i november. Resultatet av HME-enkäten spelar stor roll för helhetsbedömningen av inriktningsmålet därför blir prognosen osäker när det inte ännu finns mätvärden att utgå ifrån. Prognosen grundar sig på att hälften av förvaltningarna bedömer att inriktningsmålet inte kommer att nås fullt ut. Hänsyn är taget till förvaltningarnas samtliga indikatorer för inriktningsmålet. Den samlade bedömningen blir därför gul. Arbetet med aktiviteter utifrån 2017 HME-resultat fortlöper inom respektive förvaltning utifrån beslutade handlingsplaner.

Inom samtliga förvaltningar pågår planering för och genomförande av aktiviteter som bidrar till måluppfyllelsen.

Exempel på aktiviteter:

- Inom Blekingesjukhuset har arbetet fortsatt med att attrahera läkar- och sjuksköterskestudenter. Fokus har varit att stärka LUVA-avdelningarnas (Lärande och Utvecklande VårdAvdelning) introduktion.
- Workshops för Blekingesjukhusets chefer för att stärka chefs- och ledarskapet i att leda personal i verksamheten.
- Folktandvården arbetar med behålla-strategier i form av god introduktion och arbetsmiljö, goda utvecklingsmöjligheter och karriärvägar.
- Genomförande av workshop för landstingsdirektörens stabs chefer i att ta fram kompetensförsörjningsplan i samverkan med medarbetarna vilket ger förutsättningar och kunskap till cheferna att göra kompetensförsörjningsplaner.
- Fortsatt arbete med aktiviteter i planerna för läkar- och psykologförsörjningen inom psykiatrin.
- Arbetet fortskrider med utvecklingsmål för lokalvård, vaktmästeri och kök vid folkhögskolan.
- En kompetensförsörjningsplan på förvaltningsnivå är framtagen och kommunicerad under januari och februari år 2018 för landstingsservice.

6.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö

Samlad bedömning av inriktningsmålet:

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö	Prognosen grundar sig på att tre fjärdedelar av förvaltningarna bedömer att inriktningsmålet inte nås fullt ut. Inom samtliga förvaltningar pågår planering för och genomförande av aktiviteter som bidrar till måluppfyllelsen.	

Indikatorer enligt Landstingsplan och budget 2018-2020:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Index för arbetsmiljö.	68,2 (2017)	Som 2017 eller högre		

6.2.1 Uppföljning

2018 års mätning av arbetsmiljöindex genomförs under oktober och resultatet redovisas i november (samtidigt som HME). Resultatet av arbetsmiljöenkäten enkäten spelar stor roll för helhetsbedömningen av inriktningsmålet därför blir prognosen osäker när det ännu inte finns mätvärden att utgå ifrån. Prognosen grundar sig på att tre fjärdedelar av förvaltningarna bedömer att inriktningsmålet inte kommer att nås fullt ut. Hänsyn är taget till förvaltningarnas samtliga indikatorer för inriktningsmålet. Den samlade bedömningen blir därför gul. Arbetet med aktiviteter utifrån 2017 HME-resultat fortlöper inom respektive förvaltning utifrån beslutade

handlingsplaner. Inom samtliga förvaltningar pågår planering för och genomförande av aktiviteter som bidrar till måluppfyllelsen.

Exempel på aktiviteter:

- Avstämning och uppföljning av landstingshälsans tjänster och stöd görs.
- Inom Blekingesjukhuset har genomförts två så kallade ”tempmätningar”. Alla medarbetare har fått svara på frågor om hur de upplever sin arbetsmiljö. Tempmätningarna har generellt sett uppfattats mycket positivt och medarbetarna upplever att arbetsgivaren är angelägen om en god arbetsmiljö i den dagliga verksamheten.
- Flera av enheterna inom landstingsdirektörens stab har initierat utvecklingsarbeten för att förbättra arbetsmiljön för medarbetarna. Man har tagit hjälp av såväl landstingshälsan som av extern handledare.
- Arbetet med bildandet av Region Blekinge har intensifierats och stora delar av landstingsdirektörens stab berörs av denna omorganisation. Omorganisationer medför många gånger oro och osäkerhet hos berörda medarbetare vilket kan komma att påverka resultatet av index för hållbart medarbetarengagemang (HME) och arbetsmiljöindex (AMI).
- Chefer inom psykiatri och habilitering har haft en heldag med föreläsning om kränkande särbehandling samt hur de kan arbeta med rehabilitering och åtgärder för att stödja medarbetare tillbaka till arbete.

6.3 Statistikuttag för perioden 1 januari – 31 juli 2018

Utförd arbetstid (inklusive arbetad tid jour och beredskap, övertid, mertid och timanställningar)

Uppgifterna bygger på uttag från personalsystemet Heroma vilket innebär att inhyrd personal är exkluderat. Den utförda arbetstiden har ökat med 49,9 årsarbetare jämfört med samma period förra året (1 årsarbetare=1760 timmar på helår). Ökningen beror på att det har varit fler antal anställda i början på året än föregående år samt att användandet av timavlönade har ökat. Uppdelat per förvaltning ser förändringen av den utförda arbetstiden i årsarbetare ut som följer:

Inom **Blekingesjukhuset** har arbetstiden ökat med 60,5 årsarbetare. Ökningen har skett inom grupperna icke specialistkompetenta läkare med 13,1 årsarbetare, och undersköterska med 28,9 årsarbetare. En minskning har dock skett i gruppen sjuksköterska med 6,1 årsarbetare. Vid brist på sjuksköterskor ersätts de uppgifter som inte kräver sjuksköterskekompetens med undersköterskor.

För **primärvårdens** del har den utförda arbetstiden ökat med 3,5 årsarbetare och det är grupperna icke specialistkompetenta läkare med 2,4 årsarbetare och specialist kompetenta läkare med 2,8 årsarbetare. Ökningen av utförd arbetstid för specialistläkare inom primärvården visar både på att förvaltningen rekryterat specialister under årets första månader och att två ST-läkare blivit klara specialister. Eftersom personalgruppen *Icke specialistkompetenta läkare* även omfattar ST-läkarna ses en ökning av legitimerade respektive icke legitimerade läkare bland annat som en del av satsningen på utbildningsvårdcentralen.

Psykiatri och habiliteringen har ökat med 2,6 årsarbetare och som har ökat mest är gruppen specialistkompetenta läkare som har ökat med 3,2 årsarbetare och för icke specialistläkare med 1,7 årsarbetare. Detta har skett enligt förvaltningens åtgärdsplan om oberoende av inhyrd

personal. Legitimerade psykologer har minskat sin arbetade tid med 2,6 årsarbetare. En minskning har skett i gruppen skötare med 4,8 årsarbetare.

Inom **landstingsservice** har den utförda arbetstiden minskat med 16,9 årsarbetare. En minskning med 16,4 årsarbetare har skett i gruppen köks-, måltids-, städ-, tvätt- och renhållningsarbete och orsak till detta är att Blekingesjukhuset sagt upp vårdnära servicetjänster. Minskningen beror även på genomgång och anpassning inom städområdena.

Folktandvårdens utförda arbetstid har minskat med 7,9 årsarbetare. Det är främst gruppen Tandvårdsarbete som har minskat där det främst är allmäntandläkarnas arbetstid som har minskat. Detta till följd av att allmäntandläkare har slutat och det har varit svårt att rekrytera nya.

Den utförda arbetstiden inom **landstingsdirektörens stab** och förvaltning **landstingsgemensamt** har ökat med 3,7 årsarbetare.

Övertid
Övertidsuttaget har minskat med totalt 3,5 årsarbetare. Det är i gruppen sjuksköterska som den största minskningen har skett.

Mertid
Mertidsuttaget har minskat med 1,2 årsarbetare, Minskningen har skett i de flesta grupper.

Timavlönade
Timavlönade har ökat med 11,9 årsarbetare och ökningen har skett i personalgrupperna specialistläkare 1,6 årsarbetare, sjuksköterska 3,8 årsarbetare, undersköterskor med 6,4 årsarbetare

Frånvarotid per frånvarohuvudgrupp
Den totala frånvarotiden har ökat med totalt 33,7 årsarbetare. De största ökningarna är inom, föräldraledighet med 13,5 årsarbetare och semester med 14,1 årsarbetare. Det har skett en minskning inom frånvaro med lön med 6,2 årsarbetare.

Sjukfrånvaro i procent av ordinarie arbetstid
Den totala sjukfrånvaron i procent av ordinarie arbetstid har minskat med 0,2 procent.

Antal anställda (månadsanställda)
Landstinget Blekinge har totalt 5 275 anställda 31/7 2018. Det är en minskning med 22 jämfört med 2017. De tillsvidareanställda har ökat med 30 medan de visstidsanställda har minskat med 52. Det är personalgrupperna tandvårdsarbete och sjuksköterskor som står för den största minskningen.

Extern personalrörlighet i procent (exklusive pensionsavgångar)
Den externa personalrörligheten i procent är 3,5 vilket är en ökning med 0,5 i jämförelse med samma period föregående år.

Uppföljning av inhyrd personal, se kapitel 2 Fokusområden

6.4 Arbetsmiljö och hälsa

Ingen chef har returnerat någon/några arbetsmiljöuppgifter.

Flera verksamheter är trångbodda och andra har slitna lokaler som är i stort behov av renovering och uppdatering. Några verksamheter har fysiska arbetsmiljöproblem som följd och dessa frågor lyfts då till förvaltningens skyddskommitté och med landstingsfastigheter. Det är främst primärvården och tandvården som lyfter fram lokalerna som arbetesmiljöproblem. För att stötta organisationen fortsätter landstingsdirektörens stab att utveckla arbetsmiljöarbetet i landstinget med verktyg och aktiviteter. Exempel på detta är införandet av ett nytt system för rapportering av olycksfall, tillbud och riskobservationer, IA-systemet. Syftet är att på ett bättre sätt fånga upp de arbetsolyckor och tillbud som inträffar och kunna åtgärda orsakerna för att förebygga nya olycksfall. Ett annat exempel är att, i samarbete med landstingshälsan, implementera ett projekt för tidiga rehabiliteringsinsatser, Hälsofrämjande stöd (HFS).

Inom samtliga förvaltningar pågår planering för och genomförande av aktiviteter som förvänts bidra till förbättrad arbetsmiljö och hälsa.

Exempel på aktiviteter/resultat:

Terma-utbildning inom psykiatri (Terma står för terapeutiskt möte med aggression och är en metod för att förebygga och bemöta hot och våld i vården).

Inom en rad verksamheter vid Blekingesjukhuset har chefer, bland annat med stöd av sina HR-konsulter, jobbat med processer och rutiner på den egna arbetsplatsen kring rehabilitering samt att kartlägga medarbetare som ligger i riskzon för en sjukskrivning. Det har resulterat i att både långtidssjuka medarbetare har kunnat återgå i arbete samt att ett antal medarbetare kunnat erbjudas förebyggande aktiviteter genom program hos landstingshälsan.
Inom landstingsdirektörens stab har initierats utvecklingsarbeten för att förbättra arbetsmiljön för medarbetarna. Man har tagit hjälp av såväl landstingshälsan som av extern handledare.

I samband med ny ledningsorganisation inom tandvården kommer antalet BSG (basenhetövergripande samverkansgrupp) inom allmäntandvården att bli färre. Detta kommer att innebära större insyn för avdelningarna i varandras verksamhet, arbetsmiljö, bemanning och så vidare vilket förvaltningen hoppas ska leda till ett större samarbete mellan avdelningarna.

Inom primärvården upplevs arbetsmiljön ansträngd med hög arbetstakt och fler arbetsuppgifter, vilket leder till stor oro för framtiden. Positivt är att sjukfrånvaron har minskat med 1,4 procent, att jämföras med 0,2 procemt för landstinget som helhet jämfört med föregående år.

6.5 Viktiga händelser, effekter/resultat, inom kompetensförsörjningsområdet

Inom **Blekingesjukhuset** har fokus under våren legat på insatser inom rekrytering för utbildning till specialistsjuksköterskor inom operation- anestesi och IVA-området, återkommande aktiviteter för att attrahera samt att internrekrytera icke-specialister inom de områden som är relevanta för Blekingesjukhuset. Ett utbildningsblock inom ledarutveckling för ST-specialister har också implementerats under våren.

Folktandvården har fortsatt stora svårigheter att rekrytera, speciellt tandläkare både till allmän- och specialisttandvård.

För **psykiatri och habilitering** är det fortsatt en utmaning i att rekrytera legitimerade psykologer. Speciellt inom BUP är psykologer en viktig personalgrupp för att kunna möta det fortsatt ökande antalet patienter med neuropsykiatriska frågeställningar samt erbjuda kvalificerad psykologisk behandling.

För **landstingsservice** är rekryteringsarbetet för nyckelbefattningar och bristyrken en utmaning. Det handlar exempelvis om upphandlare, systemutvecklare och it-arkitekter. Bristen på upphandlare innebär att affärsenheten inte kommer att kunna möta det behov av upphandlingsstöd som finns och det finns därför behov av att prioritera mellan de uppdrag som finns.
Rekrytering av byggprojektledare och fastighetsförvaltare har lyckats tack vare hjälp av externt rekryteringsbolag inom fastighetsbranschen.
Med anledning av att Blekingesjukhuset sagt upp vårdnära servicetjänster inom städ, kost och logistik har förflyttning genomförts för ett antal berörda medarbetare, dels till Blekingesjukhusets avdelningskök, dels som resurspersonal inom affärsområdet städ, kost och logistik (SKoL) Ingen tillsvidareanställd medarbetare har varslats om uppsägning.

I **landstingsdirektörens stab** avslutades upphandling av ett it-stöd för kurskatalog och kompetensplanering i början av året. Efter sommaren har implementeringsfasen påbörjats. It-stödet kallas Kompetenskompassen.

Inom **samverkansnämnden** har ett arbete påbörjats med att processbeskriva verksamheten och förtydliga ärendehantering för att effektivisera arbetet.

Inom **primärvården** har sex utbildningsanställningar tillsatts med inriktning distriktsköterska. Det har varit en rörlighet i ST-läkargruppen med både nyrekryteringar och uppsägningar.

6.6 Värdegrundsarbete

Landstingsdirektörens stab har under perioden arbetat med att stärka värdegrunden som en del av arbetsgivarvarumärket. Utifrån handlingsplanen för hur Landstinget Blekinge ska bli en attraktivare arbetsgivare har ett flertal aktiviteter genomförts. Fokus har varit att arbeta med den interna stoltheten över att arbeta i Landstinget Blekinge, eftersom stolta medarbetare är de som bäst sprider en positiv bild av landstinget som arbetsgivare. Ett flertal ambassadörer har identifierats, och dessa har blivit en del av marknadsföringen av landstingets arbetsgivarvarumärke. Ett nytt koncept för platsannonser har tagits fram, och en intern kampanj har genomförts. Kampanjen bygger på vardagsberättelser från verksamheten där värdegrundens ledstjärnor finns med, och som arbetsplatser kan använda som inspiration för att hitta sina egna berättelser.

Samtliga förvaltningar arbetar på olika sätt med värdegrundsarbetet utifrån sina förutsättningar.

7 Målområde – Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi

7.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll.	Landstinget Blekinge prognostiserar ett negativt resultat.	

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Budgetföljsamhet för landstinget som helhet.	Ej relevant	Ingen eller positiv resultatavvikelse jämfört med budget	33,9 miljoner kronor bättre än budget.	Prognos -32,1 miljoner kronor mot budget.
Utveckling av verksamhetens kostnader.	Ej relevant	Lika eller lägre kostnadsutveckling än i gällande budget	Målvärde 1 procent. Utfall 4,4 procent	Målvärde 1,0 procent. Prognos utfall 3,7 procent.

7.1.1 Uppföljning

God kostnadskontroll
Landstingets prognostiserade resultat 2018 är ett underskott på 19 miljoner kronor. Landstingets budgeterade resultat är 13,1 miljoner kronor.

Prognosen för helåret är att sex förvaltningar inte klarar att följa den budget landstingsfullmäktige beslutat. Offentlig primärvård, Blekingesjukhuset, tandvården, landstingsservice, psykiatri och habilitering samt landstingsgemensamt prognostiserar med negativa resultat jämfört med budget. Prognosen för innevarande år innebär att kostnadsnivån fortsatt ligger över budgeterad nivå.

Verksamhetens kostnader ska vara lika eller lägre än i gällande budget. Den budgeterade kostnadsnivån styrs av förändringen av skatter och statsbidrag, som till den del de kan anses säkra är budgeterade. Permanenta utökningar av verksamheten får inte finansieras med tillfälliga intäkter, verksamheten ska därför styras med ett tydligt fokus på kostnader istället för nettokostnad. I budget för 2018 har kostnadsnivån ökats 5,3 procent, denna ökning innefattar lönerevision, satsningar, uppräkning av avtal med m era. För att få ett rimligt målvärde för kostnadsökningstakten innevarande år bör den negativa budgetavvikelsen för kostnaderna föregående år beaktas, målvärdet för kostnadsökningstakten blir då 1,0 procent.

Kostnadsutvecklingen efter årets första åtta månader ligger på 4,4 procent, den prognostiserade kostnadsökningstakten uppgår till 3,7 procent. Det pågår aktiviteter inom landstinget som under året gett en positiv effekt på kostnadsnivån.

7.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering	Prognostiserat underskott bidrar till att soliditeten troligen inte kommer att nå målvärdet.	

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Soliditet	Ej relevant.	Minst 35 %	33,2 procent	
Avkastning på landstingets pensionsplaceringar.	Ej relevant.	Real avkastning på 3 % i genomsnitt under en femårs-period	Utfall finansiella intäkter är 62 mnkr mot budget 32,5 mnkr *Under perioden 1 januari 2014 – 31 augusti 2018 har portföljen avkastat 29 procent och avkastningskravet under samma period är 19 procent.*	Om aktiemarknaden inte viker ner de sista månaderna 2018 kommer målet att klaras.

7.2.1 Uppföljning

Långsiktig ekonomisk planering

Soliditet är ett mått som visar på ekonomisk stabilitet och den långsiktiga betalningsförmågan. Vid utgången av augusti är Landstinget Blekinges soliditet 33,2 procent. Att jämföra med 31,0 procent efter mars 2018. Anledningen till den höjda soliditeten är att landstingets tillgångar och tillika det egna kapitalet ökat sedan dess. Soliditeten påverkas av landstingets resultat och prognosen för helåret är negativ och därmed spås inte soliditetsmålet uppfyllas under 2018.

Landstinget Blekinge har sedan 2014 anlitat Coin för att göra uppföljning på placerade pensionsmedel. Uppföljningen börjar vid årsskiftet 2013 och landstinget erhåller månatligen en rapport som visar värdering och utveckling av portföljen. Under tiden 2013-12-31--2018-08-31 har placerade pensionsmedel utvecklats med cirka 29 procent från 1 055 miljoner kronor till 1 363 miljoner kronor. Under samma tid är avkastningskravet 19 procent. Motsvarande siffror för perioden januari – augusti 2018 är 6,1 procent för placerade pensionsmedel och avkastningskravet är 3,2 procent. Det är svårt att nå målet real avkastning på 3 procent på kort sikt när marknadsräntorna är kring noll. Aktiemarknadens utveckling visar positiva förändringar av aktieindex och är bidragande till att avkastningskravet nås.

8 Finansiell analys

Landstinget Blekinge gjorde ett positivt resultat på 44,5 miljoner kronor, vilket är 33,9 miljoner kronor bättre än budgeterat och 49,7 miljoner kronor bättre än motsvarande period föregående år. Resultatavvikelsen är positiv för sex av elva förvaltningar, Blekinge folkhögskola, landstingsdirektörens stab, finansförvaltningen, landstingsgemensamt, patientnämnden och samverkansnämnden.

Landstinget Blekinge upplever liksom många andra landsting ett ökat kostnadstryck i verksamheten och kommer vidta åtgärder för att dämpa detta. Det är viktigt att landstinget kan behålla en god och stabil ekonomi inför de kommande årens utmaningar.

Prognosen för helåret 2018 visar ett underskott på 19 miljoner kronor, ett underskott mot budget på 33,9 miljoner kronor. Det prognostiserade resultatet bygger på de prognoser som lämnats av förvaltningar och nämnder, samt känd utveckling av skatte- och statsbidragsintäkter. Sex förvaltningar/nämnder prognostiserar ett underskott. Blekingesjukhuset prognostiserar -110,7 miljoner kronor, offentlig primärvård -17,7 miljoner kronor, tandvården -8,5 miljoner kronor, landstingsservice -7,3 miljoner kronor, psykiatri och habiliteringen -2,1 miljoner kronor och landstingsgemensamt -1,2 miljoner kronor sämre än budgeterat. Övriga förvaltningar och nämnder tror på överskott eller nollresultat jämfört med budget.

Det prognostiserade balanskravsresultatet uppgår till -10 miljoner kronor för 2018. 8,9 miljoner kronor ska återställas i år från tidigare års förluster och 61,8 miljoner kronor ska återställas senast 2020. Det ger ett totalt balanskravsresultat att återställa på 80,7 miljoner kronor.

Mnkr **Balanskravsutredning**	**2018-08-31**
Årets resultat, prognos	**-19,0**
Avgår; realisationsvinster på anläggningstillgångar	0,0
Tillägg; orealiserade förluster i värdepapper	9,0
Årets resultat efter balanskravsjusteringar	**-10,0**
Synnerliga skäl	0,0
Årets balanskravsresultat	**-10,0**
Balanskravsunderskott från tidigare år	-70,7
SUMMA	-80,7
Balanskravsresultat att återställa	**-80,7**

Utvecklingen av verksamhetens nettokostnader, det vill säga verksamhetens intäkter, kostnader och avskrivningar, ökade med 3 procent. Prognosen på nettokostnadsutvecklingen är 3 procent. Kostnadsutvecklingen, utveckling av verksamhetens kostnader och avskrivningar, ökade med 4,3 procent jämfört med samma period föregående år. Prognosen för kostnadsutvecklingen är 3,7 procent.

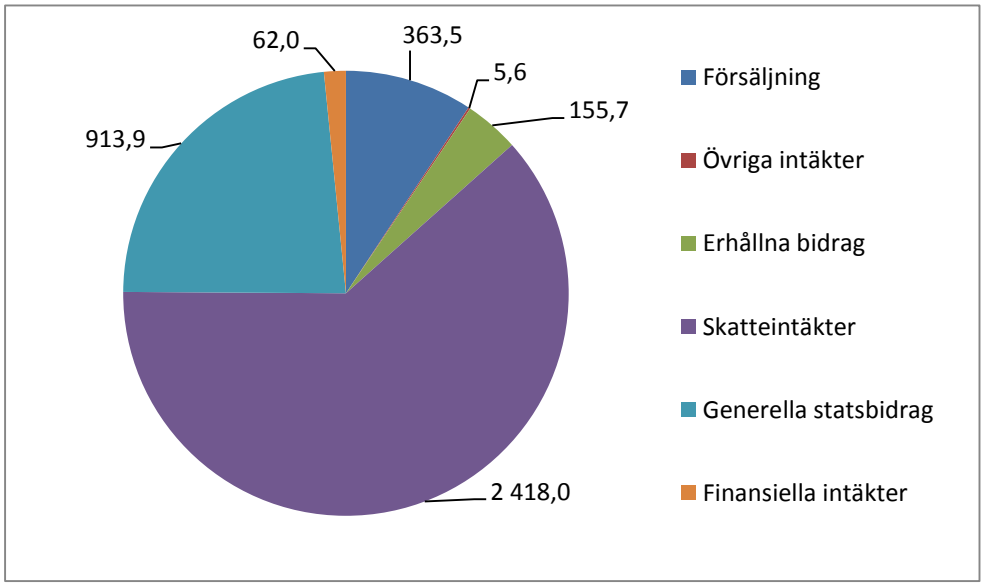
8.1 Uppföljning intäkter och kostnader

Landstingets totala intäkter efter augusti uppgick till 3 918,7 miljoner kronor, en ökning med 212,2 miljoner kronor mot motsvarande period 2017. Det motsvarar en ökning på 5,7 procent. Det var främst skatteintäkter och riktade och generella statsbidrag som stod för de ökade intäkterna. Intäkterna låg 43,8 miljoner kronor högre än budget. Riktade statsbidrag var bokförda med 122,7 miljoner kronor till och med augusti.

Kostnaderna för landstinget uppgick till 3 874,3 miljoner kronor, en ökning med 162,5 miljoner kronor. Det motsvarar 4,4 procent. Mot budget låg kostnaderna 8 miljoner kronor högre. Det var främst personalkostnader och sociala avgifter som ökade mot föregående år.

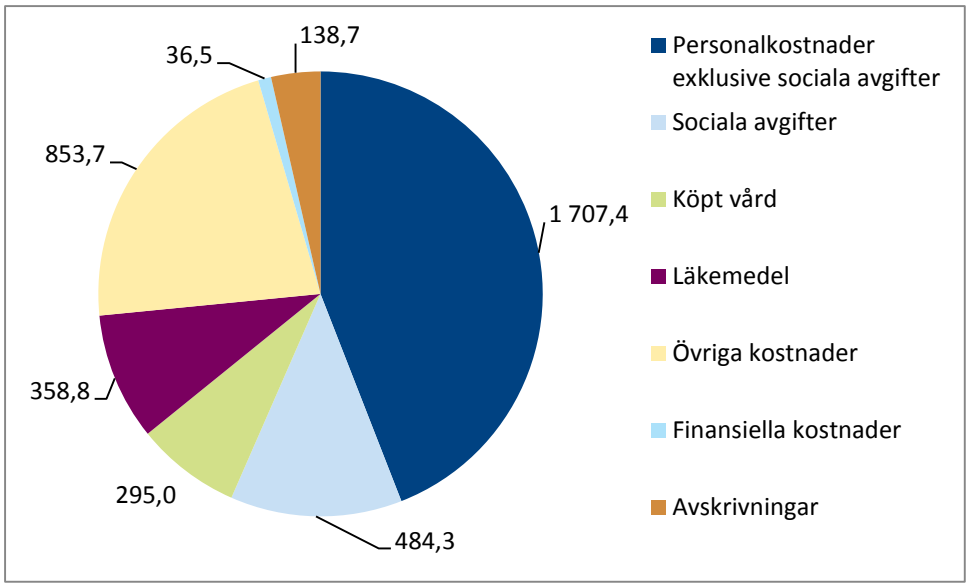
Intäkter

Mnkr	**Utfall 2018-08-31**	**Budget 2018-08-31**	**Utfall 2017-08-31**
Försäljning	363,5	364,0	362,7
Övriga intäkter	5,6	10,0	5,2
Erhållna bidrag	155,7	128,7	91,7
Skatteintäkter	2 418,0	2 424,3	2 339,3
Generella statsbidrag	913,9	915,4	864,8
Finansiella intäkter	62,0	32,5	42,8
Summa intäkter	**3 918,7**	**3 874,9**	3 706,5



Kostnader

Mnkr	**Utfall 2018-08-31**	**Budget 2018-08-31**	**Utfall 2017-08-31**
Personalkostnader exklusive sociala avgifter	1 707,4	1 822,9	1 635,6
Sociala avgifter	484,3	372,5	458,1
varav inhyrd personal	87,4	38,6	100,8
Köpt vård	295,0	291,7	282,8
varav köpt högspecialiserad vård	195,1	200,2	182,0
Läkemedel	358,8	375,3	346,9
Övriga kostnader	853,7	830,7	823,2
Finansiella kostnader	36,5	30,9	37,0
Avskrivningar	138,7	142,3	128,2
Summa kostnader	**3 874,3**	**3 866,3**	3 711,8



8.1.1 Verksamhetens intäkter

Verksamhetens intäkter (försäljning, övriga intäkter och erhållna bidrag) ökade med 65,2 miljoner kronor till 524,8 miljoner kronor, en ökning med 14,2 procent jämfört med augusti 2017. Ökningen berodde till största delen på att intäkterna från erhållna bidrag ökade. Regeringen har sedan tidigare fattat beslut om att stödja åtgärder inom olika områden med specialdestinerade statsbidrag. Statsbidragen har bokförts med 12-delar i år att jämföra med förra året då stora statsbidrag bokfördes på balanskonto för att i slutet på året bokföra dem över resultaträkningen.

Områden som regeringen har satsat på är bland annat arbetsvillkor och nya arbetssätt, förlossningsvård, patientmiljarden och professionsmiljard. Landstinget Blekinge fick per helår bland annat 31,1 miljoner kronor för arbetsvillkor och nya arbetssätt, 15 miljoner kronor professionsmiljard, 24,9 miljoner kronor i patientmiljard och 24,4 miljoner kronor för förlossningsvård. Landstinget Blekinge har också erhållit riktade statsbidrag för ökade resurser till välfärden med 32,7 miljoner kronor men detta statsbidrag har redovisats under generella statsbidrag.

8.1.2 Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning

Skatteintäkterna är bokförda till 2 418 miljoner kronor. I beloppet ingår slutavräkningar från 2017 och 2018 med -7,2 miljoner kronor. Skatteintäkterna förra året motsvarande tid var 2 339,3 miljoner kronor vilket ger en ökning av skatteintäkterna med 78,7 miljoner kronor eller 3,4 procent. Ökningen berodde på att befolkningens skatteunderlag ökade vilket innebar högre skatteintäkter för Landstinget Blekinge. Skatteintäkterna stod för 61,7 procent av de totala intäkterna vilket är en minskning med 1,4 procent från föregående år. Utvecklingen av skatteintäkterna har mycket stor betydelse för landstingets ekonomi. Slutavräkningarna är uppbokade från SKL:s senaste beräkning från 16 augusti 2018. Jämfört med budgeterat belopp, 2 424,3 miljoner kronor är utfallet 6,3 miljoner kronor sämre än budget.

Generella statsbidragen, inklusive utjämningssystemet, är bokförda till 913,9 miljoner kronor. Motsvarande tid förra året var de bokförda till 864,8 miljoner kronor vilket blir en ökning med 49,1 miljoner kronor eller 5,7 procent. Ökningen från föregående år beror främst på bokförda statsbidrag för välfärdsmiljarderna, 22,9 miljoner kronor, som ska bokföras under generella statsbidrag. Även statsbidraget för läkemedel har ökat med 19,1 miljoner kronor jämfört med förra årets belopp. I januari träffade SKL en överenskommelse med staten om statsbidraget till

landstingen för läkemedelsförmånerna. Utfallet av överenskommelsen blev att Landstinget Blekinge kommer att få 461,5 miljoner kronor 2018. Budgeten är 441,5 miljoner kronor. I överenskommelsen finns även beslut på att staten (40 procent) och landstingen (60 procent) delar på den återbäring som finns mellan landstingen och läkemedelsföretagen. Överenskommelsen innehåller även en vinst- och förlustdelningsmodell om de faktiska kostnaderna avviker med mer än 3 procent från de överenskomna bidragsbeloppen. Regleringsavgiften till staten minskade med 9,7 miljoner kronor från året innan till 32,2 miljoner kronor och kostnadsutjämningsbidraget minskade med 8,7 miljoner kronor till 22 miljoner kronor. Då regionerna / landstingen i Sverige har stora skillnader i geografiska, demografiska och socioekonomiska förutsättningar är utjämningssystemet till för att skapa likvärdiga förutsättningar för landets befolkning. En övergripande ambition är att landstingen ska kunna tillhandahålla likvärdig service oberoende av invånarnas inkomster eller andra strukturella förhållanden. Budget för motsvarande tid är 915,4 miljoner kronor vilket blir en avvikelse mot utfallet på 1,5 miljoner kronor.

8.1.3 Personalkostnader

Kostnaderna för personal uppgick efter augusti månad till 2 191,7 miljoner kronor, en ökning med 97,9 miljoner kronor, vilket motsvarar 4,7 procent jämfört med samma period 2017. Budgetavvikelsen efter åtta månader är negativ med 5,7 miljoner kronor. Den allra största personalkostnadsökningen återfinns på Blekingesjukhuset. Kostnadsökningarna förklaras av bland annat kostnader för lönerevision, höjda sociala avgifter och fler arbetade timmar.

8.1.4 Inhyrd personal

Personalkostnader, inklusive inhyrd personal					
Mnkr	Redovisning	Förändring	Redovisning	Förändring	Redovisning
	2018-08-31	2018 - 2017	2017-08-31	2017 - 2016	2016-08-31
Offentlig primärvård	228,8	3,7%	220,7	9,6%	201,3
Blekingesjukhuset	1 189,7	5,2%	1 130,6	4,4%	1 083,1
Psykiatri och habilitering	215,4	3,1%	208,9	5,3%	198,4
Folktandvård	110,4	3,2%	107,0	1,7%	105,1
Blekinge folkhögskola	16,0	7,4%	14,9	9,6%	13,6
Landstingsservice	199,2	1,4%	196,5	-0,4%	197,2
Landstingsdirektörens stab	65,2	8,4%	60,1	1,2%	59,4
Finansförvaltning	112,5	7,8%	104,4	-7,4%	112,7
Landstingsgemensamt	34,4	7,9%	31,9	5,3%	30,3
Patientnämnd	1,8	6,0%	1,7	-0,3%	1,7
Samverkansnämnd	18,2	6,4%	17,1	7,1%	16,0
Personalkostnad	**2 191,7**	**4,7%**	**2 093,8**	**3,7%**	**2 018,8**

Mnkr	Redovisning	Förändring	Redovisning	Förändring	Redovisning
	2018-08-31	2018 - 2017	2017-08-31	2017 - 2016	2016-08-31
Offentlig primärvård	41,4	-0,3%	41,5	52,6%	27,2
Blekingesjukhuset	32,3	-21,6%	41,2	68,0%	24,5
Psykiatri och habilitering	13,7	-24,1%	18,1	-15,2%	21,3
Inhyrd personal	**87,4**	**-13,3%**	**100,8**	**38,0%**	**73,0**

Kostnaderna för den inhyrda personalen uppgick efter augusti till 87,4 miljoner kronor, en sänkning med 13,4 miljoner kronor jämfört med samma period 2017. Alla tre förvaltningar som nyttjar inhyrd personal har lägre kostnader jämfört med samma period 2017.

8.1.5 Köpt vård

Kostnaderna för den köpta vården uppgick efter augusti månad till 295 miljoner kronor, en ökning med 12,1 miljoner kronor, vilket motsvarar 4,3 procent jämfört med samma period 2017. Budgetavvikelsen efter augusti är negativ med 3,0 miljoner kronor. Det är framförallt Blekingesjukhuset som har högre kostnader 2018 än 2017. Totalt sett har blekingarna haft färre vårdtillfällen och vårdkontakter i Region Skåne hittills under 2018 än under 2017. Antalet dyra fall över 1 miljon kronor var detsamma (13st) som januari-augusti 2017 men de totala kostnaderna var 3,8 miljoner kronor lägre.

Psykiatriförvaltningens kostnader för köpt vård är 0,3 miljoner kronor lägre än föregående år. Anledningen är att förvaltningen i dagsläget har ovanligt få patienter på behandlingshem.

Landsting/regioner	Kostnad till och med augusti 2018	Andel	Kostnad till och med augusti 2017	Andel	Kostnad till och med augusti 2016	Andel
Region Skåne	192 753	71%	172 249	68%	157 433	70%
Region Kronoberg	35 151	13%	35 220	14%	33 893	15%
varav LRV	*18 843*		*18 716*		*17 818*	
Västra Götalandsregionen	9 574	4%	9 189	4%	9 898	4%
Region Östergötland	5 157	2%	13 782	5%	6 082	3%
Stockholms läns landsting	12 782	5%	7 258	3%	5 449	2%
Landstinget i Kalmar län	5 300	2%	5 831	2%	4 952	2%
Region Halland	1 392	1%	1 380	1%	2 054	1%
Övriga	7 854	3%	7 372	3%	5 650	3%
Totalt	**269 962**	**100%**	**252 280**	**100%**	**225 411**	**100%**

8.1.6 Läkemedel

Kostnaderna för läkemedel uppgick efter augusti månad till 358,8 miljoner kronor, en ökning med 12,6 miljoner, vilket motsvarar 3,6 procent jämfört med samma period 2017. Budgetavvikelsen efter åtta månader är positiv med 16,5 miljoner kronor.

Varav öppenvårdsläkemedel

Kostnaderna för öppenvårdsläkemedel uppgick efter augusti månad till 262,9 miljoner kronor, en ökning med 16,5 miljoner kronor jämfört med samma period 2017. Utfallet är 3,4 miljoner högre än budget. Ökningen beror på ökad användning av dyra cancerpreparat samt preparat mot blödningar. Kostnadsökningen kan även härledas till smittskyddsläkemedel där behandling sker enligt nationella riktlinjer. Användandet av ADHD-läkemedel och sömnmedel ökar och därmed även kostnaderna men en genomgång visar att förskrivningen är ändamålsenlig.

Varav slutenvårdsläkemedel

Kostnaderna för läkemedel inom den slutna vården uppgick efter augusti 2018 till 96,1 miljoner kronor, en minskning med 4,5 miljoner kronor jämfört med samma period 2017. Avvikelsen mot budget är positiv med 19,6 miljoner kronor och kan härröras till Blekingesjukhuset. Anledningen till minskade kostnader är minskad vårdtid på inneliggande patienter på Blekingesjukhuset men även patentutgångar. Blekingesjukhusets budgettillskott 2018 visar sig i den positiva budgetdifferensen.

8.1.7 Övriga kostnader

Under perioden januari till och med augusti har övriga kostnader ökat med 30,5 miljoner kronor till 853,7 miljoner kronor vilket motsvarar en ökning med 3,7 procent jämfört med samma period 2017. Den största delen av ökningen är bidrag till olika organisationer på 7,2 miljoner kronor, en kostnadsökning som är budgeterad. I övrigt bidrog högre kostnader för transportmedel, it-kostnader, lokal och fastighetskostnader till ökningen.

8.1.8 Finansnetto

Finansnettot är skillnaden mellan de finansiella intäkterna och kostnaderna. De finansiella intäkterna per 31 augusti blev 62 miljoner kronor och de finansiella kostnaderna 36,5 miljoner kronor. Således är finansnettot positivt med 25,5 miljoner kronor. Förra året var finansnettot positivt med 5,8 miljoner kronor. De finansiella intäkterna bestod av ränteintäkter från räntebärande värdepapper och räntefonder, 11,4 miljoner kronor och utdelning på aktier och aktiefonder, 14 miljoner kronor. Övriga finansiella intäkter var rabatter på fondavgifter, 4,7 miljoner kronor, som återinvesterades i fonder och vinster vid försäljning av aktier och aktiefonder, 31 miljoner kronor. Finansiella kostnader bestod främst av en finansiell kostnad på pensioner (inklusive löneskatt) med 29,2 miljoner kronor, nedskrivningar av räntefonder 6,5 miljoner kronor samt bankkostnader på 0,6 miljoner kronor.

8.1.9 Avskrivningar och nedskrivningar

Avskrivningarna var 138,7 miljoner kronor, en ökning med 10,5 miljoner kronor mot föregående år. Ökningen berodde på en ökad investeringstakt.

Budgetavvikelsen är 3,6 miljoner kronor lägre än budgeteterat, vilket beror på att vi inte investerat i takt med budgeten på grund av fördröjningar och resursbrist.

Inga nedskrivningar har gjorts under året.

8.2 Prognos mot budget

Prognosen för verksamhetens intäkter (försäljning, övriga intäkter och erhållna bidrag) är 810 miljoner kronor vilket är 56 miljoner kronor bättre än budgeten på 754 miljoner kronor. Ökningen beror bland annat på att intäkterna från erhållna bidrag ökar. Regeringen har sedan tidigare fattat beslut om att stödja åtgärder inom olika områden med specialdestinerade statsbidrag.

Prognosen för personalkostnaderna (inklusive inhyrd personal) är negativ med 47,3 miljoner kronor. Sex förvaltningar/nämnder prognostiserar med en negativ budgetavvikelse. En kostnadsminskning på 32,8 miljoner kronor, jämför 2017, för den inhyrda personalen är medräknad i prognoserna. Anledningarna till den negativa budgetavvikelsen är förutom den inhyrda personalen att den egna personalen ökat den utförda arbetstiden samt utökad verksamhet.

Prognosen för köpt vård är negativ med drygt 2 miljoner kronor. Blekingesjukhuset prognostiserar ett överskott på knappt 1 miljon kronor medan psykiatriförvaltningen har ett prognostiserat underskott på knappt 3 miljoner kronor. Blekingesjukhusets kostnadsutveckling på den köpta vården har bromsats och sjukhuset har haft färre dyra fall än tidigare år. Psykiatriförvaltningen har trots kostnadsreducerande åtgärder och få patienter på behandlingshem svårigheter att nå budgeterad nivå och prognostiserar därför med ett underskott.

Prognosen för läkemedel är negativ med 2 miljoner kronor. I prognosen är rekvisitionsläkemedel och slutenvårdsläkemedel sammanvägda. Primärvården och Blekingesjukhuset har positiva prognoser medan psykiatrin har en kraftigt negativ prognos. Anledningen är kostnadsdrivande ADHD-läkemedel och sömnmedel.

Prognosen för avskrivningar är 212,8 miljoner kronor. Det är 0,7 miljoner kronor lägre än budget.

Skatteintäkterna inklusive preliminära slutavräkningar 2018 är beräknade per 2018-08-16 enligt Sveriges kommuner och landsting (SKL) till 3 627 miljoner kronor. Den beräkningen är 3,9 miljoner kronor lägre än SKL:s tidigare beräkning från 2018-04-27 som var på 3 630,9 miljoner kronor. Motsvarande budget för helåret 2018 är beslutad till 3 636,4 miljoner kronor vilket för tillfället blir 9,4 miljoner sämre än vad som budgeterats.

Budget 2018 för generella statsbidrag och utjämning är 1 373 miljoner kronor och utfallet beräknas till 1 360,7 miljoner kronor vilket innebär ett underskott på 12,3 miljoner kronor. Några riktade statsbidrag ska redovisas under generella statsbidrag bland annat statsbidraget för flyktingar. Budget har flyttats från verksamhetens intäkter till generella statsbidrag.

De finansiella intäkterna är prognostiserade till 118,8 miljoner kronor vilket blir ett överskott med 70 miljoner kronor jämfört med budget. Överskottet hänförs sig till vinster vid försäljning av aktier och aktiefonder. Utdelningar från aktiefonder och räntefonder kommer att minska under året jämfört med föregående år.

Prognosen för de finansiella kostnaderna är 53,7 miljoner kronor vilket är ett underskott mot budget med 7,5 miljoner kronor. Underskottet hänförs till nedskrivningar, 9 miljoner kronor, av räntefonderna.

8.3 Investeringsredovisning

För att möta de framtida kraven på Landstinget Blekinge och framförallt en hälso- och sjukvård av hög kvalitet kommer Landstinget Blekinge de närmaste åren att göra omfattande nyinvesteringar. Investeringarna ska bidra till utveckling av verksamheten och göra det möjligt att effektivisera genom nya eller förbättrade produkter, ökad kapacitet eller sänkta kostnader. Investeringarna görs även för att byta ut befintliga resurser för att behålla kapaciteten eller standarden.

Varje år gör Landstinget Blekinge en investeringsplan för kommande verksamhetsår. Årets investeringsplan är på 709,9 miljoner kronor och budgeten är på 628,6 miljoner kronor. Fram till augusti i år investerade Landstinget Blekinge för 301,9 miljoner kronor, vilket var högre än föregående år. Den största posten var fastighetsinvesteringar på 251,4 miljoner kronor.

Självfinansieringsgraden av investeringarna mäter hur stor andel av investeringarna som kan finansieras med årets resultat före avskrivningar (årets resultat plus avskrivningar i relation till årets investeringar). 100 procent eller högre innebär att landstinget kan finansiera samtliga investeringar som är genomförda under året, vilket i sin tur innebär att landstinget inte behöver låna till investeringarna och att landstingets långsiktiga finansiella handlingsutrymme stärks. Prognosen för 2018 visar på en självfinansieringsgrad på 190,2 procent exklusive fastighetsinvesteringar.

Prognosen för 2018 års investeringar är 526,7 miljoner kronor.

Mnkr	Utfall 2018-08-31	Budget 2018-08-31	Utfall 2017-08-31	Budget 2018	Prognos 2018
Fastigheter	251,4	275,7	88,6	413,6	424,8
Inventarier	4,4	12,3	6,8	18,5	10,2
IT	25,3	47,8	15,8	71,7	32,2
Medicinsk teknik	20,9	83,3	26,2	124,9	59,5
Summa	301,9	419,1	137,4	628,6	526,7

8.3.1 Fastighetsinvesteringar

Ramen för fastighetsinvesteringar är 413,6 miljoner kronor. Hittills har landstinget investerat för 251,4 miljoner kronor, vilket motsvarar 91,2 procent av investeringsbudgeten till och med augusti. Prognosen för helåret är 424,8 miljoner kronor, vilket motsvarar 102,7 procent av budgeten.

Investeringstakten har ökat betydligt under 2018 jämfört med 2017. Ett antal investeringar har inte kommit igång i den omfattning som planerat då fastighet inväntar verksamheternas behovsanalyser. Dessa är helt nödvändiga för att kunna fortsätta processen framåt. Det gäller framförallt de nya akutvårdsbyggnaderna i Karlskrona men även permanenta lokaler för primärvården på Trossö, en ny serverhall samt en ny psykiatribyggnad i Ronneby.
I några påbörjade projekt inväntar vi tilldelningsbeslut gällande upphandling av medicinteknisk utrustning.

I samband med bygglovsansökan för det nya elevboendet på folkhögskolan i Bräkne-Hoby, samt för tillbyggnaden av hjälpmedelcentrums lokaler i Rosenholm, så har samråd krävts med Länsstyrelsen gällande artskydd. Det har även begärts in kompletteringar i form av antikvariskt utlåtande gällande folkhögskolan då området omfattas av riksintresse för kulturmiljövård. Detta har gjort att bygglovsprocessen har dragit ut på tiden och byggstarten för dessa projekt blir något förskjuten.

Den största enskilda investeringen som inte kommer falla ut som planerat under 2018 är de bygg- och installationsarbeten som skulle gjorts i en ny materialdepå. Detta på grund av en överprövning som ledde till att hyreskontraktet som Landstinget Blekinge tecknat ogiltigförklarades. Åtgärderna kan påbörjas först när det finns ett nytt hyreskontrakt på en lämplig lokal.

En större investering i panncentralen har prioriterats ner å grund av resursbrist till förmån för projekt åt vårdverksamheterna. Resursbrist på byggprojektavdelningen är dock ett återkommande problem och fortlöpande åtgärder vidtas för att komma till rätta med det.

Ett planerat nytt parkeringshus vid byggnad 13 har prioriterats bort då behovet tillsvidare kan lösas på annat sätt.

8.3.2 Medicintekniska investeringar

Helårsbudgeten för de medicinsk teknik är 124,9 miljoner kronor. Hittills har landstinget investerat för 20,9 miljon kronor, vilket motsvarar 25,1 procent av budgeten per augusti. Prognosen för helåret är 59,5 miljoner kronor, vilket motsvarar 47,6 procent av budgeten. Den relativt låga prognosen beror till största del på brist på upphandlare men även på flera överklaganden som drar ut på tiden.

Investeringar som troligtvis inte blir klara under 2018 är bland annat bildlagring från endoskopiverksamhet på OP och mottagningar, vattenrening samt anslutningspunkter vid

behandlingsplatser, dialysen Karlskrona, operationslampor i Karlshamn, ultraljud kvinnokliniken, CTG till förlossningen.

8.3.3 It-investeringar

Ramen för it- och telefoniinvesteringar 2018 är 71,7 miljoner kronor. Hittills har landstinget investerat för 25,3miljoner kronor, vilket motsvarar 52,9 procent av investeringsbudgeten per augusti. Prognos för helåret är 44,9 procent, 32,2 miljoner kronor, av beslutad investeringsram.

Den största investeringsposten under 2018 är FVIS på 36 miljoner kronor, men denna investering kommer inte falla ut under 2018 då tilldelningsbeslutet är framflyttat till årsskiftet.

Bortser man från investeringen rörande FVIS så står röntgenkliniken för flest investeringar under 2018. Även labmedicin kommer investera i nya drivrutiner med tanke på upphandlingen av ”sorteringsbana”. Investeringen för PMO, barnhälsovård, faller ut snart då acceptanstester är godkända. En del tänkta investeringar i planen kommer att köpas som tjänst istället, bland annat kompetenssystem och kurskatalog (2 mnkr i planen). Investeringen rörande ledningssystem är nedprioriterad i årets arbete (3,5 mnkr) likaså ORM (1 mnkr).
Under hösten kommer ytterligare prioritering behöva göras bland it-investeringarna som ska upphandlas, då affärsenheten har flera upphandlare som slutat och detta medför resursbrist.

8.3.1 Övriga investeringar

Helårsbudgeten för de övriga investeringarna är 18,5 miljoner kronor. Hittills har landstinget investerat för 4,4 miljon kronor, vilket motsvarar 35,8 procent av budgeten per augusti. Prognosen för helåret är 10,2 miljoner kronor, vilket motsvarar 55,1 procent av budgeten.

8.4 Pensionsförvaltning

Landstingets placerade medel för framtida pensioner hade ett marknadsvärde per 31 augusti på 1 363,2 miljoner kronor. Det är en ökning av marknadsvärdet med 81,1 miljoner kronor i jämförelse med 31 december 2017. Ökningen av marknadsvärdet till och med augusti 2018 är 6,3 procent att jämföra mot avkastningskravet som är 3,2 procent motsvarande tid. Från 31 december 2013 har avkastningen varit 28,6 procent att jämföra med avkastningskravet 19 procent.

8.5 Driftsredovisning

Primärvården

Primärvårdens nettoresultat per augusti var 61,6 miljoner kronor, vilket motsvarar ett underskott på 12,4 miljoner kronor jämfört med budget. Förvaltningen är uppdelad i den verksamhet som ingår i Hälsoval Blekinge, som är en vårdvalsmodell för primärvård enligt lagen om valfrihetssystem, och den anslagsfinansierade verksamheten. Budgetavvikelsen för hälsovalsverksamheten är – 11,6 miljoner kronor och för den anslagsfinansierade verksamheten – 0,8 miljoner kronor. Underskottet beror på att de planerade åtgärderna för kostnadsreducering inte haft full effekt samt ett tillfälligt ökat behov av hyrsjuksköterskor. Förvaltningen har hittills under året minskat antalet timmar, och därmed också kostnaderna, för hyrläkare. Det nya avtalet för hyrpersonal har också lett till lägre hyrläkarkostnader.

Primärvården prognostiserar ett resultat 2018 på 91,5 miljoner kronor, vilket är 17,7 miljoner kronor högre än budgeterat. Det prognostiserade underskottet kan helt hänföras till

hälsovalsverksamheten. Även det prognostiserade underskottet beror främst på ökat beroende av hyrsjuksköterskor och att planerade åtgärder för kostnadsreducering inte får full effekt.

Blekingesjukhuset

Blekingesjukhusets nettoresultat per augusti var 2 018 miljoner kronor, vilket motsvarar ett underskott på 49,7 miljoner kronor jämfört med budget.

Blekingesjukhusets ackumulerade intäkter var 448,5 miljoner kronor, vilket är 12,1 miljoner kronor sämre än budgeterat och ungefär i nivå med föregående år. Budgetavvikelsen beror främst på lägre intäkter för asyl, medicinskt färdigbehandlade patienter (LOS) och lägre statsbidrag.

Blekingesjukhusets totala kostnader för personal uppgick till 1 196,4 miljoner kronor, vilket är 36,4 miljoner kronor högre än budgeterat och 60,7 miljoner kronor högre än 2017. De högre kostnaderna jämfört med budget för egen personal beror främst på lönekostnaderna för vårdavdelningarna, medicinsk service och läkarpersonal. Det är den icke uttagna jourkompensationen för läkarpersonal och mer- och övertidsarbete för sjuksköterskor som gett högre kostnader. Även förtidsrekryteringar av sjuksköterskor ger högre kostnader.

Kostnaden för hyrpersonal var 32,3 miljoner kronor, vilket är 18,8 miljoner kronor högre än budgeterat men 8,9 miljoner lägre än 2017. Förvaltningen arbetar intensivt för att minska kostnaderna för hyrpersonal. Det är främst kvinnokliniken där behovet av hyrpersonal fortfarande är högt.

De totala driftskostnaderna för Blekingesjukhuset var 1 232 miljoner kronor, vilket är 6,4 miljoner kronor lägre än budgeterat och 83,1 miljoner kronor högre än 2017. Den externt köpta vården är i nivå med vad som budgeterats och 12,4 miljoner kronor högre än för samma period 2017. De största kostnadsökningarna inom den köpta vården finns inom barn- och kirurgkliniken. Blekingesjukhusets kostnader för öppenvårdsläkemedel var 3,5 miljoner kronor högre än budgeterat. Avvikelsen beror på ökad användning av nya dyrare läkemedel. Kostnaderna för slutenvårdsläkemedel var 89,2 miljoner kronor, vilket är 20,8 lägre än budgeterat och 5,2 miljoner kronor lägre än 2017. De lägre kostnaderna för slutenvårdsläkemedel beror på lägre kostnader för dyra läkemedel, bland annat Soliris, och patentutgångar. Även minskade vårdtider och ett intensifierat arbete kring val av läkemedel har minskat kostnaderna.

Kostnaderna för övrig drift var 11,5 miljoner kronor högre än budgeterat. Avvikelsen beror på kostnader för interna tjänsteköp, köp av ny medicinsk utrustning, engånginstrument och reparation och underhåll av bland annat ambulanser. Även den ökade produktionen på thoraxcentrum har gett högre kostnader för medicinskt material.

Blekingesjukhuset prognostiserar ett resultat som är 111 miljoner kronor högre än budgeterat. Avvikelsen beror på högre personalkostnader, öppenvårdsvårdsläkemedel och övrig drift. Även intäkterna förväntas bli lägre än budgeterat på grund av lägre statsbidrag och lägre intäkter för färdigbehandlade patienter.

Psykiatrin och habiliteringen

Psykiatri och habiliteringens nettoresultat efter augusti var 317,3 miljoner kronor, vilket motsvarar ett underskott jämfört med budget på 5,4 miljoner kronor och en ökning med 27,2 miljoner kronor jämfört med samma period 2017. Förvaltningens intäkter var 13,6 miljoner kronor, vilket var 2 miljoner kronor sämre än budgeterat. De lägre intäkterna beror på att statsbidragen har minskat samt lägre intäkter för asyl och utomlänsvård. Psykiatri och

habiliteringens totala personalkostnader var 216,6 miljoner kronor, vilket är 2,7 miljoner kronor lägre än budgeterat. Den positiva budgetavvikelsen beror främst på semestereffekten och vakanser inom både läkarpersonal och andra personalkategorier. Kostnaden för hyrläkare har minskat med 4,9 miljoner kronor jämfört med föregående år och var per augusti 13,7 miljoner kronor. Driftskostnaderna var per augusti 114,1 miljoner kronor, vilket är 6 miljoner kronor högre än budgeterat. Kostnaden för köpt vård är 2 miljoner kronor högre än budgeterat men 0,3 miljoner kronor lägre än föregående år. Kostnaden för läkemedel var 2,7 miljoner kronor högre än budgeterat och 2,8 miljoner kronor högre än föregående år. Kostnadsökningarna beror främst på ADHD-läkemedel och sömnmedel där lisdexamfetamin och melatonin är största kostnadsdrivarna. Förvaltningens prognos för 2018 är ett underskott på 2,1 miljoner kronor jämfört med budget. Prognosen förutsätter att hyrläkarsituationen inte förändras.

Folktandvården

Folktandvårdens nettoresultat per augusti var 104,5 miljoner kronor, vilket är 5,4 miljoner kronor sämre än budgeterat och 11,8 miljoner kronor högre än 2017. Av den negativa avvikelsen avser 0,3 miljoner kronor beställarverksamhet för tandvård och 5,1 miljoner kronor folktandvårdens kliniker. Den negativa budgetavvikelsen beror på att intäkterna är 28,7 miljoner kronor lägre än budgeterat. Anledningen till de lägre intäkterna är att förvaltningen för närvarande har 9 stycken vakanta tandläkartjänster inom taxefinansierad tandvård. De lägre intäkterna beror också på att den debiterbara tiden för vuxentandvård minskar till följd av den höjda åldersgränsen för fri tandvård som i år är 22 år. Sedan 2016 har antalet barn med fri tandvård ökat med 6 900.

Folktandvården prognostiserar ett budgetunderskott på 8,5 miljoner kronor för 2018. Prognosen förutsätter att vakansläget för tandläkare kommer att fortsätta resterande del av året vilket gör att förvaltningens intäkter också fortsättningsvis kommer vara lägre än budgeterat under hela 2018.

Landstingsservice

Landstingsservice nettoresultat var per augusti en nettointäkt på 5,2 miljoner kronor vilket är 1,4 miljoner kronor sämre än budgeterat. Intäkterna är 1,7 miljoner kronor högre än budgeterat. Den positiva intäktsavvikelsen beror främst på en ökad försäljning från materialdepån och högre intäkter från parkeringsavgifter. Personalkostnaderna var per augusti 6,7 miljoner kronor lägre än budgeterat men 3,3 miljoner kronor högre än 2017. De lägre personalkostnaderna jämfört med budget beror främst på att kostnaderna under sommarmånaderna är lägre. Skillnaden jämfört med 2017 beror på till största delen på högre sociala avgifter. Förvaltningens driftskostnader var per augusti 3,9 miljoner kronor högre än budgeterat och 8,9 miljoner högre än 2017. Att driftskostnaderna är högre än budgeterat beror främst på högre uttag av varor i materialdepån, inköp av datorer och högre kostnader för it-program. Driftskostnaderna för energi och livsmedel är lägre än budgeterat. Kapitaltjänstkostnaderna är 5,8 miljoner kronor högre än budgeterat och 10,3 miljoner kronor högre än 2017.

Landstingsservice prognostiserar en nettointäkt för 2018 på 2,7 miljoner kronor, vilket är 7,3 miljoner kronor sämre än budgeterat. Prognosen innehåller ofinansierade kostnader på 4 miljoner kronor för arbetet med framtidens vårdinformationssystem. Prognosen förutsätter också att Landstingsservice får en intäkt för att täcka det förväntade kapitaltjänstunderskottet.

Samverkansnämnden

Samverkansnämnden nettoresultat per augusti var en nettointäkt på 0,9 miljoner kronor, vilket är 0,5 miljoner kronor bättre än budgeterat. Nämndens intäkter har ökat med 7 procent jämfört med 2017 och är 2,7 procent högre än budgeterat. Ökningen beror på en prishöjning av

hyresartiklar samt på att en ökad efterfrågan som lett till att volymen av hjälpmedelsprodukter ökat. Personalkostnaderna var per augusti lägre än budgeterat vilket beror på att verksamheten inte varit fullt bemannad. Driftskostnaderna var 1,6 miljoner kronor högre än budgeterat. De högre driftskostnaderna beror främst på högre efterfrågan vilket också ökar intäkterna. För 2018 prognostiserar samverkansnämnden en nettointäkt på 0,7 miljoner kronor, vilket är lika med budgeterat. Resultatet kommer att återbetalas till köparna utifrån hur mycket man handlat.

Blekinge folkhögskola

Nettoresultatet för Blekinge folkhögskola var 14,5 miljoner kronor vilket motsvarar 0,3 miljoner kronor lägre än budgeterat. Budgetavvikelsen beror främst på högre intäkter för etableringskurserna, ökat antal deltagarveckor, studiemotiverande folkhögskolekurs samt högre statsbidrag. Personalkostnaderna var 0,9 miljoner kronor högre än budgeterat, vilket främst beror på att etableringskurserna och det ökade antalet deltagarveckor också genererar högre personalkostnader. Driftskostnaderna var 0,6 miljoner kronor högre än budgeterat. Avvikelsen beror på främst på att delar av driftskostnaderna kommer först senare under året. För 2018 prognostiserar Blekinge folkhögskola ett resultat som är i nivå med vad som budgeterats.

Landstingsdirektörens stab

Nettoresultatet för landstingsdirektörens stab var per augusti 69,9 miljoner kronor exklusive förvaltningen projektfinansierade verksamheter inom Blekinge kompetenscentrum och RC Syd. Resultatet per augusti var 7,1 miljoner kronor bättre än budgeterat.
En anledning till den positiva budgetavvikelsen är att personalkostnaderna är högre under årets första och sista månader än under sommarmånaderna samtidigt som budgeten är periodiserad i månatliga tolftedelar. Detta beror i sin tur på att lönekostnaderna konteras på ett centralt konto när personalen har semester och inte på förvaltningen. Därmed minskar personalkostnaderna under sommaren, den så kallade semestereffekten. Driftskostnaderna är också lägre än budgeterat. Generellt var driftskostnaderna lägre än föregående år vilket är ett resultat av återhållsamhet.

Prognosen för landstingsdirektörens stab är en positiv budgetavvikelse på 1 miljon kronor vilket är 1 miljon kronor bättre än senaste prognos. Den förbättrade prognosen beror främst på bättre förväntad effekt av återhållsamheten.

Patientnämnd

Patientnämndens ackumulerade utfall per augusti 2018 var 1,8 miljoner kronor, vilket är i 0,3 miljoner kronor lägre än budgeterat. Förvaltningens personalkostnader var per augusti 1,8 miljoner kronor, vilket är 6 000 kronor högre än budgeterat och 81 000 kronor högre än för 2017. Det finns inom patientnämnden tjänster som inte är fullt ut finansierade. Att utfallet ändå är nära vad som budgeterats beror på att stödpersonverksamheten inte är helt utnyttjad eftersom den är nystartad och fortfarande under uppbyggnad. Patientnämndens har under året erhållit statsbidrag med cirka 0,3 miljoner kronor på grund av utökat uppdrag, vilket finansierar en delar av personalkostnaderna. Driftskostnaderna för patientnämnden var per augusti 0,4 miljoner kronor, vilket är 50 000 kronor högre än budgeterat och 139 000 kronor högre än vid samma period 2017. Skillnaden i driftskostnader jämfört med samma period 2017 beror främst på en ökning av interna driftskostnader som sin tur beror på en ny prissättningsprincip av interna tjänster. Prognosen för patientnämnden 2018 är ett resultat som är lika med budgeterat.

Landstingsgemensamt

Resultatet per augusti 2018 för förvaltningen landstingsgemensamt är 718 miljoner kronor, vilket motsvarar ett överskott på 20,6 miljoner kronor i jämförelse med budget. Den positiva avvikelsen beror på att det inom anslag under landstingsstyrelsen finns budgeterade anslag främst inom centrala personalkostnader som inte betalas ut förrän under hösten. Avvikelsen beror också på att intäkten från sjukskrivningsmiljarden finns bokförd på anslag under landstingsstyrelsen. Intäkten är bokförd i sin helhet (10,6 miljoner kronor) medan kostnaderna som ska täckas är spridda över året. Även statsbidrag för asyl på 2,8 miljoner kronor är tillfälligt bokförda på anslag under landstingsstyrelsen, dessa intäkter ska fördelas till förvaltningarna. Hälsoval avviker positivt med 1,5 miljoner kronor. Avvikelsen beror främst på lägre kostnader för hälso- och sjukvårdspeng och läkemedel.

Prognosen efter augusti är 1 109,5 miljoner kronor vilket är 1,2 miljoner kronor sämre än budgeterat. Den negativa prognosen jämfört med budget beror främst på att det inom anslag under landstingsstyrelsen finns ofinansierade kostnader för tomställda lokaler och kostnader inom ansvaret för landstingsövergripande. Den negativa avvikelsen minskas av att anslaget för reserv inte förväntas användas samt att intäkterna på ansvaret för bra sjukskrivning förväntas bli 4 miljoner kronor högre än kostnaderna. Även kostnaderna för sysselsättningsbefrämjande åtgärder förväntas bli lägre än budgeterat. Prognosen för Hälsoval Blekinge är ett nettoresultat på 661,3 miljoner kronor, vilket är i nivå med budget. Den största delen av kostnaderna för Hälsoval Blekinge är kostnaderna för hälso- och sjukvårdspeng och läkemedel. Det är beslutat att budgeten 2018 för hälso- och sjukvårdspeng samt till läkemedel ska delas ut till vårdgivarna. Det ska således varken bli överskott eller underskott för dessa kostnader.

Driftresultat per förvaltning och nämnd *Mnkr*	**Utfall ackumulerat**	**Budget**	**Avvikelse**	**Prognos Helår 2018**	**Budget Helår**	**Avvikelse prognos jmf budget 2018**
Offentlig primärvård	-61,6	-49,2	-12,4	-91,5	-73,8	-17,7
Blekingesjukhuset	-2 018,0	-1 968,3	-49,7	-3 063,1	-2 952,4	-110,7
Psykiatri och habilitering	-317,3	-311,9	-5,4	-470,0	-467,9	-2,1
Folktandvård	-104,5	-99,1	-5,4	-157,1	-148,6	-8,5
Blekinge folkhögskola	-14,5	-14,8	0,3	-24,6	-24,6	0,0
Landstingsservice	5,2	6,7	-1,4	2,7	10,0	-7,3
Landstingsdirektörens stab	-70,0	-77,2	7,1	-114,7	-115,7	1,0
Finansförvaltning	3 344,1	3 264,7	79,4	5 011,5	4 897,0	114,5
Landstingsgemensamt	-718,0	-738,6	20,6	-1 109,5	-1 108,3	-1,2
Patientnämnd	-1,8	-2,1	0,3	-3,2	-3,2	0,0
Samverkansnämnd	0,9	0,5	0,5	0,7	0,7	0,0
Driftresultat totalt	**44,5**	**10,6**	**33,9**	**-19,0**	**13,1**	**-32,1**

8 Prioriterade områden

Landstingsplan och budget 2018-2020

8.1 En nära sjukvård

Se kapitel 2 ”Framtidens hälso- och sjukvård”

8.2 Personalrekrytering

För hälso- och sjukvården har rekryteringssamordnarens uppdrag fortsatt att utvecklas kring att koordinera insatser för rekrytering av svårrekryterade professioner. Inom personalrekrytering av specialistsjuksköterskor har Blekingesjukhuset genomfört kvällsinbjudningar för befintliga grundutbildade sjuksköterskor för att öka intresset för de områden som det är brist inom – operations- anestesi- och IVA- specialister, och fått ett ökat antal intresserade av att påbörja dessa utbildningar som erbjuds inom ramen för utbildningsanställning. För finansiering av pågående och nya utbildningsanställningar hösten 2018 har 15,5 mkr tillförts sjukvårdsförvaltningarna.

Inom tandvården pågår ett nationellt arbete om hur tandvården i landet kan hjälpas åt att lösa tandläkarbristen bland annat att med gemensamma krafter rekrytera internationellt.
Se vidare under avsnittet Viktiga händelser, effekter/resultat, inom kompetensförsörjnings-området.

8.3 Övrigt (kollektivtrafik, licenser, digitalisering m.m)

Landstinget samverkar tillsammans med åtta andra landsting i upphandling och införande av nytt vårdinformations system. Ett gemensamt projekt drivs med representanter från berörda landsting, se vidare avsnitt Framtidens hälso- och sjukvård. Medel finns avsatta i budget 2018 för ökade kostnader i samband med genomförande.

I budget för 2018 – 2020 avsattes medel för satsning på kollektivtrafiken i Ronneby och Karlshamn, satsningarna genomförs hösten 2018. Landstinget finansierar halva satsningen genom ökat bidrag till Region Blekinge och berörda kommuner finansierar resterande del.

Landstinget har ökade kostnader för licenser till Microsoft och Heroma, ökningen är en följd av att antalet anställda ökat. Kostnader för samverkan inom SUSSA och Inera beräknas öka under året. Det är arbetet med nationell e-hälsa som genererar ökade kostnader till Inera.

Landstinget Blekinge är medlem i Blue Science Park och under satsningen övrigt finansieras medlemskapet från och med 2018.

Ändrad lagstiftning inom energiområdet, energiskattebefrielsen har försvunnit, genererar ökade elkostnader.

8.4 Kvalitetssäkrad cancerprocess

I april infördes tre nya standardiserade vårdförlopp; buksarkom, neuroendokrina buktumörer och vulvacancer, helt i enlighet med vår antagna handlingsplan. Detta är mer sällsynta cancerformer och påverkas av den nationella och regionala ansvarsfördelningen av behandlingar i landet. Införandet skedde därför i samklang med södra sjukvårdsregionens landsting och regioner. Kvalitetssäkring av utdata från de redan införda vårdförloppen sker allt eftersom och utifrån givna resultat görs ständiga förbättringar i processerna. Möjligheterna till införande av allmän

tarmcancerscreening för åldrarna 60-84 år enligt Socialstyrelsens rekommendation håller på att utredas i landstinget, med stöd av Regionalt cancercentrum syd. Verktyget ”Min vårdplan” är ett stöd för både patient och vårdpersonal i behandlingsprocessen och landstinget deltar i en nationell pilot för att digitalisera denna funktion på plattformen Stöd och behandling. Införandet planeras i november.

8.5 Barn och ungdomars psykiska hälsa

Primärvårdens första linje verksamhet för barn och ungas psykiska hälsa (tidigare kallat Fyren) finns nu i samtliga kommuner i länet. Verksamhetens medarbetare utgår från Kallinge vårdcentral och finns tillgängliga i övriga kommuner olika dagar i veckan. Verksamheten har gjort en plan för en barnlotsfunktion och förberedelse pågår. Barnlotsen ska lotsa de barn och unga som inte hittat rätt hjälp inom sjukvården.

Landstinget och Blekinges fem kommuner har ansökt och beviljats att delta i ett treårigt nationellt utvecklingsarbete kring tidiga och samordande insatser för barn och unga som Skolverket och Socialstyrelsen bjuder in till. Totalt har 16 utvecklingsarbeten beviljats delta. Utvecklingsarbetet ger god möjlighet till utveckling av en sammanhållen barn- elev- och ungdoms hälsa.

8.6 Tillgänglighet

Se rubrik 4.1 ” Inriktningsmål: Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling”

8.7 Digitalisering

Landstingets e-hälsoplan är beslutad och planering av ett ”e-hälsolyft” pågår med syfte att öka kunskap, utbud och användning av tjänsterna. För att säkerställa kvalitet på landstingets webbplatser är en webborganisation etablerad och det pågår ett kontinuerligt arbete med att förbättra den regionala patientinformationen och öka kvaliteten på mottagningarnas kontaktsidor under Hitta vård i Blekinge. Inom ramen för 1177 vårdguidens e-tjänster finns nu möjlighet att inom flera verksamheter boka tid på webben.

Breddinförandet av webbtidbok, införande av stöd för digital artrosskola, digital journal inom barnhälsovården(PMO) samt elektroniska läkarintyg(webcert). Planerat för att starta en pilot av digital vårdcentral 2.0 under oktober.

Blekingesjukhuset har förberedande arbete av distansmonitorering för test 2019
Inom tandvården upphandlas Nytt Administrativt Tandvårdsstöd (NAT) tillsammans med Region Västmanland.

WEADD Sync har pilottestats med goda resultat att förenkla inloggningen och användbarheten till befintliga vårdsystem samt öka patientsäkerheten, breddinförande planeras för 2019. Inom FVIS kommer tilldelningsbeslut i mitten på december och därefter påbörjas planerade implementeringsfasen samt etableringen av en beställarorganisation inom SUSSA.

Välfärdsteknikprojektet som drevs av hjälpmedelscenter resulterade i en etablerad och modern hjälpmedelsprocess som nu samordnas med övriga aktörers utvecklings- och förbättringsarbete inom området.

8.8 Jämlik hälsa

Blekingekommissionen för jämlik hälsa blev startskottet för att fokusera på jämlikhet i hälsa och en jämlik hälso- och sjukvård. Kommissionens arbete är färdigt och nu är det upp till nämnderna och förvaltningarna att konkretisera och hitta sätt att skapa en mer jämlik hälso-och sjukvård och bidra till mer jämlik hälsa. Det är mycket på gång och de olika förvaltningarna försöker hitta hur de på bästa sätt kan bidra. Detta är ett utvecklingsarbete som pågår över hela landet och alla regioner brottas med att hitta effektiva sätt att bidra till jämlikhet i hälsa och sätt att mäta hur arbetet faller ut. Just lämpliga indikatorer efterfrågas av många förvaltningar och det kommer att vara en utmaning de kommande åren att hitta nya sätt att mäta jämlikhet i hälsa och jämlik hälso- och sjukvård på ett vis som både ger en bild av läget och ger underlag för ständiga förbättringar. Det är många aspekter och perspektiv som är betydelsefulla i arbetet med jämlikhet som jämställdhet, anti-diskriminering, barnperspektiv, mänskliga rättigheter, tillgänglighet, personcentrering, förebyggande och hälsofrämjande etc. Ytterligare en utmaning framöver är att få en sammanhållning och ordning i hur olika perspektiv kan samordnas och komplettera varandra bättre.

Riktade statsbidrag på nationell nivå

8.9 Stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården – en professionsmiljard

Det övergripande syftet med *professionsmiljarden* är ett bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården genom att skapa förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens medarbetare att öka andelen tid för patientnära arbete och stärka landstingens planering av sina kompetensbehov. Detta ska göras genom att bland annat främja bättre administrativa stöd, effektivare arbetsfördelning och ändamålsenlig planering. En viss del av professionsmiljarden ska användas för att utbilda specialistsjuksköterskor.

Landstingets arbete med att konkretisera Framtidens hälso- och sjukvård, förberedelser för att införa framtidens informationssystem (FVIS) kommer att ha stor betydels för att skapa bättre förutsättningar för ett processorienterat arbetssätt och ett kunskapsstöd tillgängligt i det patientnära arbetet. Införandet av personcentrerad vård, som stöds av en gemensam utvecklingsgrupp samordnad av stabens medarbetare, är ett led i patientinvolvering liksom samarbete med patientföreningar och användning av södra regionens gemensamma medborgarpanel för enkätundersökningar.

Resultatet av Blekingesjukhusets satsning på produktions och kapacitetstyrning är bättre tillgänglighet och kortare väntetider till operation. Satsningen fortsättet och involverar nu också psykiatri och habilitering samt primärvården.

Landstinget har för 2018 ökat det centrala utbildningsanslaget, som huvudsakligen används för utbildningsanställningar till specialistsjuksköterska, med 5,5 miljoner kronor. Landstingsdirektörens stab leder en process där förvaltningarnas behov av utbildningsanställningar identifieras och prioriteras. Utifrån detta fördelas medlen till förvaltningarna som sedan rekryterar till och genomför utbildningsanställningarna.

Insatserna inom professionsmiljarden 2017 är redovisade till Socialstyrelsen.

8.10 Insatser inom psykisk hälsa-området

Arbetet med handlingsplanen utifrån statsbidrag Psykisk Hälsa pågår enligt antagen handlingsplan. Olika arbetsgrupper arbetar med uppdragen Information, Psykiatrivecka och studiecirklar, Samordnad Individuell plan, Integrerad vård samt fortsatt analys inför 2019. Nitton medarbetare inom länet har genomgått utbildning i Mental Health First Aid som ett led i arbetet att minska psykisk ohälsa bland barn och unga. En arbetsgrupp har bildats för att ta fram en länsövergripande handlingsplan kring det suicidpreventiva arbetet.

8.11 Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärka insatser för kvinnors hälsa

Under perioden har ett kontaktpersonsmöte anordnats där Blekinge har varit representerade. SKL s intention är att skapa en strategisk plattform för satsningen där inspel från respektive region och landsting är värdefull.

8.12 En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Arbetet med att utveckla och förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdens arbete med att ordinera sjukskrivning och rehabilitering fokuseras nu på att patienten ska ges en personcentrerad och mer sammanhållen vård och behandling för att komma tillbaka till arbete.

En viktig beståndsdel är införandet av rehabkoordinatorer som strukturerat identifierar och följer upp de patienter som behöver stöd. Koordinatorn arbetar med intern och extern samverkan runt patienten samt ger individuellt stöd. Utvecklingsdialoger har skett mellan processledare och verksamheter. En ny lag med tillhörande statsbidrag anger att hälso- och sjukvården blir skyldiga att permanenta koordinatorfunktionen. Den förväntas införas från och med den 1 januari 2019. Flera landsting har redan permanentat funktionen. För att funktionen ska få önskvärd effekt behövs tid, kompetens och ledningens stöd att utföra det beslutade uppdraget vilket inte alltid är fallet.

Staten har även uppdragit åt landstingen att varje landsting ska ha en försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare som stöd till verksamheten. Detta saknas i Landstinget Blekinge trots att ett idogt rekryteringsarbete har genomförts. En försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare har en viktig roll för både läkarkollegor, rehabkoordinatorer och processledare som ansvarar för processutvecklingen. Försäkringsmedicin ska också ingå i handledningen för blivande ST-läkare. Kunskapsområdet försäkringsmedicin handlar om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada samspelar med socialförsäkringen samt tillhörande överväganden och åtgärder. Utbildningar i försäkringsmedicin är obligatoriska för ST-läkare och ska även ges till AT-läkare och rehabiliterande professioner. Under perioden har utbildning skett för ST-läkare och planering av utbildningen för AT-läkare pågår. Eftersom landstinget saknar försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare som kan vara med och hålla utbildningarna är det problematiskt att genomföra dessa.

Digitalisering är ytterligare en beståndsdel för att vårdenheten systematiskt ska kunna utveckla och förbättra kvaliteten, planera, leda, följa upp, och utvärdera arbetet med sjukskrivning och rehabilitering. För att möjliggöra effektivare intygshantering pågår införande av de statliga myndigheternas intygsutvecklarapplikation, Webcert. Flera nya intyg digitaliseras i samband med detta.

En stor kompetensutvecklingsaktivitet genomfördes gemensamt av Landstinget Blekinge och Försäkringskassan i form av en konferens ”Är det sjukt att må dåligt?”. Målgruppen var de berörda aktörerna, det vill säga länets arbetsgivare, hälso- och sjukvård och politiker i länet. Flera nationella föreläsare deltog och målet med konferensen var att uppnå en samsyn om vad ett effektivt och kvalitetssäkert sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbete innebär.

8.13 Patientmiljarden – Förbättra tillgänglighet och samordning i hälso- och sjukvården

Syftet med *patientmiljarden* är förbättrad tillgänglighet och samordning i hälso- och sjukvården. Överenskommelsen omfattar två huvudområden; stärkt vårdgaranti inom primärvården och patientkontrakt i första hand för patienter med omfattande och komplexa behov.

En handlingsplan är inlämnad till SKL med planerade aktiviteter för att kunna uppfylla den nya vårdgarantin, patienter i primärvården ska erbjudas bedömning hos legitimerad personal inom tre dagar. Landstingets tidigare utredning ”Rätt använd kompetens” används som stöd på vägen mot förändrade arbetssätt i primärvården.

Väntetidsuppföljningen i landstinget utvecklas så att den speglar den nya vårdgarantin. Ett utvecklingsarbete för att ensa begrepp och registrering av data som ligger till grund för nationell rapportering pågår och primärvårdsförvaltningen deltar i SKL:s stödjande nätverk. Utbildningsinsatser för att diagnoskoda i primärvården planeras för hösten.

Landstinget ska skapa förutsättningar så att patienten själv ska kunna välja tid till besök/behandling. Tidbok på nätet breddinförs som ett led för att kunna välja tid.

8.14 Goda förutsättningar för vårdens medarbetare - Personalmiljarder

Blekingesjukhuset driver ett aktivt arbete under samlingsbegreppet hälsosam arbetstid. I detta arbete kartläggs vilka modeller för schemaläggning som används idag, och genomförs ett antal workshops med vårdavdelningschefer kring att finna optimala arbetstider som i sin tur påverkar den upplevda arbetsbördan. Det pågår även arbete med ett projekt kring bemannings- och fördelningstal på vårdavdelningar där det har kartlagts vem som gör vad på respektive vårdavdelning. Detta har matchats med Socialstyrelsens riktlinjer kring vem som får göra vad i vården. Genom ett antal workshops har det utarbetats möjliga indikatorer för vårdtyngd, vilka används som underlag för bemanningstal på vårdavdelningarna. Blekingesjukhuset har även utvecklat ett workshop-program som löper under hela 2018 för samtliga första linjen-chefer inom sjukhuset för kompetensutveckling kring: arbetsgivarrollen, arbetsmiljö, utvecklingssamtal, lönesättning, rehabilitering, omorganisation, ersättningsregler, arbetstidslagstiftning etc. för att stärka ledarskapet. Det är totalt 10 workshops under året.

Arbetet med LUVA-avdelningar för sjuksköterskestudenter har fortsatt, med stöd från mentorer och handledare inom Blekingesjukhuset. Introduktionsprogrammet för nyutexaminerade sjuksköterskor, där 10 procent av arbetstiden förläggs till coachstöd, reflexionsgrupper med mentor samt föreläsningar, har ytterligare utvecklats.

I primärvården har ett antal utvecklingsområden identifierats och arbetsgrupper har tillsatts för att driva arbetet inom respektive område. Exempel på område är e-hälsa och digitalisering, nya arbetssätt, läkarförsörjning och psykisk hälsa.

Inom psykiatri och habilitering har man jobbat mer systematiskt med att arbeta fram karriärvägar för psykologer inom psykiatrin och fysio- och arbetsterapeuter inom habiliteringen. Fortsätta arbete sker med att jobba fram planer för fysio- och arbetsterapeuter inom psykiatrin och psykiatrisjuksköterskor.

BUP arbetar aktivt med att förbättra arbetsmiljön genom omstrukturering av arbetssätt och arbetsuppgifter och de kommer även att införa ”temperaturmätning” tre gånger per år för att följa upp arbetsmiljön för medarbetarna.

Se även under avsnitten Arbetsmiljö och hälsa samt Viktiga händelser, effekter/resultat, inom kompetensförsörjningsområdet.

8.15 Kortare väntetider i cancervården

I april infördes tre nya standardiserade vårdförlopp; buksarkom, neuroendokrina buktumörer och vulvacancer, helt i enlighet med vår antagna handlingsplan. Detta är mer sällsynta cancerformer och påverkas av den nationella och regionala ansvarsfördelningen av behandlingar i landet. Införandet skedde därför i samklang med södra sjukvårdsregionens landsting och regioner. Kvalitetssäkring av utdata från de redan införda vårdförloppen sker allt eftersom och utifrån givna resultat görs ständiga förbättringar i processerna. Möjligheterna till införande av allmän tarmcancerscreening för åldrarna 60-84 år enligt Socialstyrelsens rekommendation håller på att utredas i landstinget, med stöd av Regionalt cancercentrum syd. Verktyget ”Min vårdplan” är ett stöd för både patient och vårdpersonal i behandlingsprocessen och landstinget deltar i en nationell pilot för att digitalisera denna funktion på plattformen Stöd och behandling. Införandet planeras i november.

Övrigt

8.16 Region Blekinge

I projektet Region Blekinge 2019 löper arbetet i enlighet med projektplan. Avstämning sker kontinuerligt i styrgrupp på tjänstepersonsnivå utifrån en aktivitetslista. Under första delen av 2018 har underlag för att fatta övergripande beslut på politisk nivå tagits fram. Det som återstår är styrande dokument som arbetsordning, reglementen, delegationsordningar, arvodesregler och regler för partistöd. Under hösten är det framförallt mer praktiska aktiviteter kring sammanslagningen av personal och verksamhet som är fokusområden.

I februari beslutade landstingsfullmäktige om en varumärkesstrategi för nya Region Blekinge. Därefter har vi tagit fram en varumärkesmanual och den är nu beslutad av landstingsdirektören. Manualen är till skillnad från strategin ett operativt dokument som beskriver hur regionens kommunikation ska utformas i olika kanaler och aktiviter. Under hösten kommer fokus att vara på genomförande av planen och anpassningar till det nya varumärket, ett arbete som är omfattande och kommer pågå under minst ett par års tid.

Arbete med att informera olika målgrupper om regionbildningen pågår också. Inför valet har fokus varit på att informera invånarna om att valet i september är till den nya regionen som har ett bredare fokus än landstinget.

8.17 Övrigt

Klarspråk

Under 2017 påbörjade landstingsdirektörens stab ett förbättringsarbete som ska bidra till att kvaliteten på politiska beslutsdokument är hög. En omfattande utbildningsinsats genomfördes under fjolåret och under våren har en fördjupningskurs genomförts för handläggare som skriver många beslutsunderlag. Under hösten kommer vi också att göra en mätning av politiska beslutsdokument för att se i vilken grad utbildningsinsatsen inom klarspråk har lett till en förbättring.

BILAGA 1 – EKONOMISK REDOVISNING DELÅRSBOKSLUT AUGUSTI 2018 INKLUSIVE NOTFÖRTECKNING

Resultaträkning

Mnkr	Not	Utfall 2018-08-31	Budget 2018-08-31	Avvikelse 2018-08-31	Utfall 2017-08-31	Årsbudget 2018	Prognos 2018	Årsbokslut 2017
Verksamhetens intäkter	1	524,8	502,7	22,1	459,6	754,1	810,0	747,8
Verksamhetens kostnader	2	-3 699,1	-3 691,2	-7,9	-3 546,6	-5 539,6	-5 668,9	-5 473,9
Avskrivningar /Nedskrivningar	3	-138,7	-142,3	3,6	-128,2	-213,5	-212,8	-198,1
Verksamhetens nettokostnader		-3 312,9	-3 330,8	17,8	-3 215,2	-4 999,0	-5 071,7	-4 924,3
Skatteintäkter	4	2 418,0	2 424,3	-6,3	2 339,3	3 636,4	3 627,0	3 524,5
Generella statsbidrag	5	913,9	915,4	-1,5	864,8	1 373,1	1 360,7	1 324,6
Finansiella intäkter	6	62,0	32,5	29,5	42,8	48,8	118,8	50,8
Finansiella kostnader	7	-36,5	-30,9	-5,6	-37,0	-46,3	-53,7	-52,5
Resultat efter skatteintäkter och finansnetto		44,5	10,6	33,9	-5,2	13,0	-19,0	-77,0
Extraordinära poster		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Avsättningar och reserveringar		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Periodens resultat		**44,5**	**10,6**	**33,9**	**-5,2**	**13,1**	**-19,0**	**-77,0**

Balansräkning

Mnkr	Not	2018-08-31	2017-08-31	2017-12-31
Tillgångar				
Anläggningstillgångar				
Mark och byggnader	8	1 434,1	1 248,1	1 263,0
Maskiner och inventarier	9	303,9	302,3	312,6
Finansiella anläggningstillgångar	10	23,8	23,9	23,9
Summa anläggningstillgångar		*1 761,9*	*1 574,2*	*1 599,4*
Omsättningstillgångar				
Förråd		82,2	83,3	83,1
Kortfristiga fordringar	11	268,9	246,6	308,3
Kortfristiga placeringar	12	1 432,4	1 463,5	1 444,6
Kassa och bank	13	182,1	200,2	265,7
Summa omsättningstillgångar		*1 965,7*	*1 993,6*	*2 101,7*
Summa tillgångar		**3 727,5**	**3 567,8**	**3 701,1**
Eget kapital, avsättningar och skulder				
Eget kapital	14	1 237,3	1 264,7	1 192,9
Avsättn för pensioner	15	1 710,7	1 566,3	1 599,7
Långfristiga skulder	16	0,6	0,7	0,7
Kortfristiga skulder	17	778,9	736,1	907,8
Summa skulder och eget kapital		**3 727,5**	**3 567,8**	**3 701,1**
Ställda säkerheter och ansvarsförbindelse				
Borgensförbindelse	18	94,2	96,7	94,2
Pensionsförpliktelse	19	2 712,4	2 792,1	2 716,3
Operationell leasing	20	5,7	8,9	7,7

Kassaflödesanalys

Mnkr	**Utfall 2018-08-31**	**Utfall 2017-08-31**	**Utfall 2017-12-31**
Den löpande verksamheten			
Periodens resultat	44,5	-5,2	-77,0
(+) Avskrivningar	138,7	128,2	198,1
(+) Nedskrivningar/utrangeringar	0,5	0,1	0,7
(+ / -) Avsättningar	111,0	72,9	106,6
(+ / -) Övriga ej likviditetspåverkande poster	0,0	0,0	0,0
(-) Ökning / (+) Minskning kortfristiga fordringar	39,4	76,4	14,7
(-) Ökning / (+) Minskning förråd	0,9	-8,0	-7,7
(-) Minskning / (+) Ökning kortfristiga skulder	-128,9	-161,7	10,1
Kassaflöde från den löpande verksamheten	*206,1*	*102,9*	*245,5*
Investeringsverksamhet			
(-) Investeringar i byggnader och inventarier	-301,9	-137,4	-233,3
(-) Ökning / (+) Minskning av finansiella anläggningstillgångar	0,1	0,0	0,1
Kassaflöde från investeringsverksamheten	-301,8	-137,4	-233,2
Finansieringsverksamhet			
(+) Ökning / (-) Minskning långfristiga skulder	-0,1	0,0	0,0
(-) Ökning / (+) Minskning långfristiga fordringar	0,0	0,1	0,0
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	-0,1	0,1	0,0
Förändring likvida medel	-95,8	-34,4	12,2
Likvida medel vid periodens början	1 710,3	1 698,1	1 698,1
Likvida medel vid periodens slut	**1 614,5**	**1 663,7**	**1 710,3**

Redovisningsprinciper

Delårsbokslutet upprättas i enlighet med lagen om kommunal redovisning (1997:614), rekommendationer från Rådet för kommunal redovisning (RKR) och god redovisningssed.

Att lagen om kommunal redovisning och rekommendationer från Rådet för kommunal RKR följs innebär bland annat:

- intäkter redovisas i den omfattning det är sannolikt att de ekonomiska tillgångarna kommer att tillgodogöras landstinget och intäkterna kan beräknas på ett tillförlitligt sätt
- fordringar upptas till de belopp de beräknas inflyta
- tillgångar och skulder upptas till anskaffningsvärde
- värdering av kortfristiga placeringar görs till det lägsta av verkligt värde och anskaffningsvärdet

I de fall landstinget gör avsteg från ovanstående redovisas det i texten som följer.

Byte av redovisningsprincip

Byte av redovisningsprincip får som regel endast ske om bytet krävs för anpassning till lagstiftning eller redovisningsrekommendation. Om så inte är fallet kan ett byte ändå äga rum om den nya principen på goda grunder kan anses leda till en klart mer rättvisande redovisning av resultat och ställning och om den inte står i strid med rekommendation utgiven av RKR.

Byte av redovisningsprincip bör i normalfallet ske från ingången av nytt räkenskapsår så att samma principer tillämpas i delårsrapporter och i årsbokslut.

Jämförelsestörande poster

Jämförelsestörande poster är resultatet av händelser eller transaktioner som inte är extraordinära men som är viktiga att uppmärksamma vid jämförelser med andra perioder.

Posterna konteras enligt L-bas i redovisningen men i resultatuppföljningen särredovisas posten på egen rad eller i not för att tydliggöra att så skett och för att en korrekt jämförelse ska kunna ske.

Periodisering

Periodisering sker för att ge en rättvisande bild av landstingets resultat och finansiella ställning för den aktuella perioden. Det innebär att utgifter kostnadsförs det år då förbrukning sker och inkomster intäktsförs det år som intäkten genereras.

Konsekvensprincipen, väsentlighetsprincipen och försiktighetsprincipen, vilka i viss mån modifierar huvudprincipen, tillämpas i förekommande fall. Eventuella avvikelser kommenteras under respektive rubrik.

Konkurrensneutralitet för folktandvården

Folktandvården följer Statskontorets krav på transparens- och särredovisning. Kravet innebär att korsfinansierad tandvård inte får förekomma. Mer detaljerad information finns i folktandvårdens transparensbokslut.

INTÄKTER

Skatteintäkter

Den preliminära slutavräkningen för skatteintäkter baseras på Sveriges kommuner och landstings (SKL) prognos från augusti i enlighet med rekommendation RKR 4.2.

Statsbidrag

Specialdestinerade och riktade statsbidrag redovisas i resultaträkningen tillsammans med övriga verksamhetsanknutna intäkter. De periodiseras i normalfallet till den period där kostnaderna som statsbidraget avser är bokförda.

Generella statsbidrag redovisas i resultaträkningen tillsammans med bidrag och avgifter i utjämningssystemen i posten generella statsbidrag. De redovisas normalt enligt kontantmetoden, vilket innebär att de redovisas vid utbetalning. Bidrag för läkemedelsförmånen redovisas också i posten generella statsbidrag.

Övriga intäkter

Vid behov kommenteras om avvikelse från rekommendation RKR 18 eller andra särskilda händelser.

Årets investeringsbidrag bokförs som intäkter.

KOSTNADER

Lönekostnader

Lönekostnader för timanställda, kostnad för övertid, jour och beredskap och tillägg för obekväm arbetstid avseende augusti månad bokförs huvudsakligen i september. Då variationerna mellan åren inte bedöms vara stor bör detta inte påverka resultatet nämnvärt.

Hyres- och leasingavtal

- *Finansiell leasing:* Landstinget har inga finansiella leasingavtal.
- *Operationell leasing:* Landstinget redovisar samtliga leasingavtal som operationella leasingavtal.

Nedskrivningar

Nedskrivning av fordringar redovisas i not till balansräkningen.

Avskrivningstider

Avskrivningarna beräknas på anläggningstillgångarnas anskaffningsvärde. För varje anläggning bestäms relevant avskrivningstid med den ekonomiska livslängden som grund. Byggnader och byggnadsinventarier som anskaffats 2014 eller tidigare och som har varit föremål för komponentavskrivning skrivs av på restvärdet. Byggnaderna har från och med 2014 delats upp i komponenter med olika nyttjandeperiod.

Den normala avskrivningstiden för olika typer av anläggningstillgångar är:

- byggnader: 20-50 år
- markanläggningar: 10-50 år
- byggnads- och markinventarier: 7-20 år
- it-utrustning och programvaror: 4-5 år

- medicinteknisk utrustning: 4-10 år
- övriga inventarier: 3-10 år.

Aktier, andelar, konst och pågående arbeten upptas i balansräkningen till ursprungligt anskaffningsvärde och blir inte föremål för avskrivning.

Avskrivningsmetod
I normalfallet tillämpas linjär avskrivning, det vill säga lika stora nominella belopp varje år. Avskrivning påbörjas när tillgången tas i bruk. Avskrivning påbörjas månaden efter anskaffningen. Avskrivning görs månadsvis.

ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR
Materiella tillgångar
En materiell anläggningstillgång är en fysisk tillgång avsedd för stadigvarande bruk. Vid redovisning av materiella tillgångar följs RKR 11.4.

En anskaffning som i övrigt uppfyller kriterierna för investering, ska bokföras som investering endast under förutsättning att utgiften uppgår till minst ett halvt basbelopp och att nyttjandeperioden är minst tre år.

Anläggningstillgångarna värderas i balansräkningen till anskaffningsvärdet med avdrag för ackumulerade avskrivningar.

Utrustningen värderas var för sig sedan 2006. Utrustning införskaffad dessförinnan värderas enligt inköpets totala värde.

Finansiella anläggningstillgångar
Enligt RKR 20 ska finansiella tillgångar klassificeras som anläggningstillgångar då syftet med innehavet är att tillgången ska innehas eller brukas stadigvarande.

Medel som kontinuerligt är föremål för köp och försäljning och som är tillgängliga för att möta löpande utbetalningar ska klassificeras som omsättningstillgångar.

OMSÄTTNINGSTILLGÅNGAR
Omsättningstillgångar värderas som huvudprincip till det lägsta av anskaffningsvärdet och det verkliga värdet. Med det verkliga värdet avses försäljningsvärde efter avdrag för beräknad försäljningskostnad.

Kundfordringar och övriga kortfristiga fordringar
Fordringar värderas till de belopp varmed de beräknas inflyta.

Värdering av kortfristiga placeringar görs till det lägsta av verkligt värde och anskaffningsvärdet med stöd av landstingets placeringspolicy. Aktie- respektive obligationsportfölj värderas var för sig.

Lager och förråd
Lager och förråd värderas till det lägsta av anskaffningsvärdet och det verkliga värdet på balansdagen.

EGET KAPITAL, SKULDER OCH AVSÄTTNINGAR

Eget kapital

Folktandvårdens, den offentliga primärvårdens och de politiska partiernas över- och underskott överförs till kommande år som en del av eget kapital. Social investeringsfond är en del av eget kapital.

Personalskulder

Landstingets skuld till personalen för semester, övertid, jour och beredskap (årets löneläge) inklusive upplupna arbetsgivaravgifter (nästa års arbetsgivaravgift vid årsskifte) redovisas som kortfristiga skulder.

Pensioner

Pensionsskulden är den framtida skuld som landstinget har till arbetstagare och pensionstagare. Den modell som används är den så kallade blandmodellen, som skiljer på pensionsrätter intjänade före och efter 31 december 1997. Pensioner intjänade från och med 1998 redovisas som avsättning i balansräkningen. Pensionsförmåner som intjänats före 1998 redovisas som ansvarsförbindelse utanför balansräkningen.

Avsättning och ansvarsförbindelse beräknas på individnivå för all personal av pensionsbolaget Skandia. I beräkningarna ingår personer som omfattas av KAP-KL, AKAP-KL och tidigare avtal. Pensionsåtagandet för aktiva politiker integreras i resultatet av skuld och kostnad. Beräkningarna påverkas bland annat av reallöneutveckling, inflation och statslåneränta. Värdering av pensionsförpliktelser görs med tillämpning av RIPS 17, SKL:s modell för pensionsskuldsberäkning.

För den kommunala sektorn gäller från 1998 att en pensionsavgift, som är en andel av den anställdes lön, ska avsättas varje år. Landstingsfullmäktige beslutade att hela pensionsavgiften avsätts som individuell del eller avgiftsbestämd ålderspension. Denna redovisas som upplupen kostnad under kortfristiga skulder.

Övriga avsättningar

Avsättningar redovisas i balansräkningen i enlighet med RKR 10.2 som innebär att det ska finnas en legal förpliktelse till följd av inträffade händelser, att det är troligt att en reglering ska ske och att en tillförlitlig beräkning kan göras.

SAMMANSTÄLLD REDOVISNING

Enligt bestämmelserna i den kommunala redovisningslagen ska årsredovisningen även omfatta den verksamhet som bedrivs i bolagsform. Enligt RKR 8.2 är landstinget skyldigt att upprätta sammanställd redovisning. Enligt rekommendationen kan de företag vars verksamhet är av obetydlig omfattning, vilket definieras som företag där landstingets del av omsättning och omslutning är mindre än två procent av skatteintäkter och statsbidrag, undantas från den sammanställda redovisningen. När företag av obetydlig omfattning tagits bort återstår endast Region Blekinge att konsolidera. Landstinget har därför gjort bedömningen att en sammanställd redovisning vid sidan av landstingets redovisning inte tillför ytterligare väsentlig information.

Noter till resultaträkning

Not 1 Verksamhetens intäkter

Mnkr	Utfall 2018-08-31	Utfall 2017-08-31
Patientavgifter	92,0	97,4
Försäljning av hälso- och sjukvård	124,0	124,9
varav tandvård	17,7	17,8
Utbildning	1,2	1,4
Medicinska tjänster	14,2	12,9
Försäljning av andra varor och tjänster	132,2	126,1
Erhållna bidrag	155,7	91,7
Övriga intäkter	5,6	5,2
Summa intäkter	**524,8**	**459,6**

Not 2 Verksamhetens kostnader

Mnkr	Utfall 2018-08-31	Utfall 2017-08-31
Löner och ersättningar till personal	1 352,9	1 297,0
Pensionskostnader	244,6	214,7
varav pensionsutbetalningar	108,8	105,4
varav skuldförändring	65,8	42,3
Sociala avgifter	484,3	458,1
Övriga personalkostnader	109,9	123,9
Köp av verksamhet	414,0	397,8
varav köpt vård	295,0	301,7
Läkemedel	358,8	346,9
Sjukvårdsartiklar m m	124,4	120,7
Material och varor	102,5	99,0
Lämnade bidrag	161,0	153,8
Lokal och fastighetskostnader	60,1	52,0
Övriga kostnader	286,5	282,6
Summa kostnader	**3 699,1**	**3 546,6**

Not 3 Avskrivningar

Mnkr	Utfall 2018-08-31	Utfall 2017-08-31
Byggnader och mark	80,2	74,0
Maskiner och inventarier	58,5	54,2
Summa avskrivningar	**138,7**	**128,2**

Not 4 Skatteintäkter

Mnkr	Utfall 2018-08-31	Utfall 2017-08-31
Förskott 2017		2 357,0
Prognos avräkning 2017		-22,4
Justeringspost 2016		4,7
Förskott 2018	2 425,2	
Prognos avräkning 2018	0,3	
Justeringspost 2017	-7,5	
Summa	**2 418,0**	**2 339,3**

Not 5 Generella statsbidrag

Mnkr	Utfall 2018-08-31	Utfall 2017-08-31
Inkomstutjämningsbidrag	540,2	534,5
Kostnadsutjämningsbidrag	22,0	30,7
Läkemedelsförmånen	307,8	288,7
Regleringsavgift	-32,2	-41,9
Strukturbidrag	53,2	52,7
Generella statsbidrag riktade	22,9	0,0
Summa	**913,9**	**864,8**

Not 6 Finansiella intäkter

Mnkr	Utfall 2018-08-31	Utfall 2017-08-31
Ränta placerade medel	3,4	5,4
Ränta placerade pensionsmedel	8,0	12,0
Bonus	0,1	0,3
Vinst försäljning aktier och obligationer	31,0	6,8
Utdelning aktier, aktiefonder pensionsmedel	14,0	12,4
Återbäring fondavgifter	4,7	4,7
Försäljning av elcertifikat	0,5	-0,1
Övriga finansiella intäkter	0,4	1,4
Summa	**62,0**	**42,8**

Not 7 Finansiella kostnader

Mnkr	**Utfall 2018-08-31**	**Utfall 2017-08-31**
Finansiella kostnad för pensioner	29,2	20,6
Förlust vid avyttring av aktier och obligationer	0,0	4,2
Övriga räntekostnader	0,0	0,2
Övriga finansiella kostnader	0,6	0,4
Nedskrivning ränteportfölj	6,6	11,5
Summa	**36,5**	**37,0**

Noter till balansräkning

Not 8 Mark och byggnader

Mnkr	**2018-08-31**	**2017-08-31**
Ackumulerat anskaffningsvärde		
Årets ingående balans	3 358,4	3 214,1
Nyanskaffningar	251,4	88,6
Utgående ackumulerat anskaffningsvärde	*3 609,8*	*3 302,7*
Ackumulerade avskrivningar		
Årets ingående balans	2 095,5	1 980,5
Årets avskrivning	80,2	74,0
Utgående ackumulerade avskrivningar	*2175,7*	*2054,5*
Utgående bokfört värde	**1 434,1**	**1 248,1**

Not 9 Maskiner och inventarier

Mnkr	**2018-08-31**	**2017-08-31**
Ackumulerat anskaffningsvärde		
Årets ingående balans	906,2	854,0
Nyanskaffningar	50,5	48,8
Försäljningar/utrangeringar	-3,9	-4,4
Utgående ackumulerat anskaffningsvärde	*952,8*	*898,4*
Årets ingående balans	593,5	546,2
Årets avskrivning	58,5	54,2
Försäljningar/utrangeringar	-3,4	-4,3
Utgående ackumulerade avskrivningar	*648,6*	*596,1*
Utgående bokfört värde	**303,9**	**302,3**

Not 10 Finansiella anläggningstillgångar

Mnkr	2018-08-31	2017-08-31
Aktier i dotterbolag	0,7	0,7
Övriga andelar	22,5	22,6
Långfristiga fordringar	0,6	0,6
Summa	**23,8**	**23,9**

Not 11 Kortfristiga fordringar

Mnkr	2018-08-31	2017-08-31
Kundfordringar	67,4	66,6
Statsbidragsfordringar	78,9	79,2
Övriga fordringar	27,4	20,6
Upplupna skatteintäkter	0,3	4,8
Förutbetalda kostnader/upplupna intäkter	94,9	75,4
Summa	**268,9**	**246,6**

Not 12 Kortfristiga placeringar

Mnkr	Bokfört värde 2018-08-31	Bokfört värde 2017-08-31	Markn.värde 2018-08-31	Markn.värde 2017-08-31
Aktier och aktiefonder	395,5	381,4	553,5	481,1
Räntebärande instrument	20,0	57,0	20,1	57,4
Räntefonder	1 051,7	1 053,0	1 017,7	1 025,4
Nedskrivning värdepapper	-34,7	-27,9		
Summa	**1 432,4**	**1 463,5**	**1 591,3**	**1 563,9**

Specifikation av kortfristiga placeringar

Mnkr	Bokfört värde 2018-08-31	Bokfört värde 2017-08-31	Markn.värde 2018-08-31	Markn.värde 2017-08-31
Pensionsplacering	1 149,1	1 127,3	1 326,0	1 245,3
Övrig placering	283,3	336,1	265,3	318,6
	1 432,4	**1 463,5**	**1 591,3**	**1 563,9**

Not 13 Kassa och bank

Mnkr	2018-08-31	2017-08-31
Kassa och bank	145,2	198,4
Pensionsmedel	36,9	1,8
Summa	**182,1**	**200,2**

Beviljad checkräkningskredit uppgår till 100 miljoner kronor.

Not 14 Eget kapital

Mnkr	2018-08-31	2017-08-31
Ingående eget kapital	1 192,8	1 269,9
Årets resultat	44,5	-5,2
Utgående eget kapital	**1 237,3**	**1 264,7**

Not 15 Avsättningar för pensioner

Pensionerna redovisas enligt blandmodellen vilket innebär att den gamla pensionsskulden (skulden före 1998) tillsammans med årets förändring och löneskatten tas upp som en ansvarsförbindelse i balansräkningen.

Mnkr	2018-08-31	2017-08-31
Ingående pensionsavsättning	1 287,4	1 201,6
Pensionsutbetalningar	-23,1	-14,3
Nyintjänadpension	99,6	59,4
Ränte- och basbeloppsuppräkning	12,8	13,1
Övrigt	0,0	0,8
Utgående pensionsavsättning	**1 376,7**	**1 260,5**
Löneskatt	**334,0**	**305,8**
Total pensionavsättning	**1 710,7**	**1 566,3**
Utredningsgrad/Aktualiseringsgrad	95,0%	94,0%

Pensionsavsättningen innefattar visstidspension för förtroendevalda med 1 person.

Not 16 Långfristiga skulder

Mnkr	2018-08-31	2017-08-31
Ingmanska fonden	0,6	0,7
Summa	**0,6**	**0,7**

Not 17 Kortfristiga skulder

Mnkr	2018-08-31	2017-08-31
Leverantörskulder	216,7	165,7
Personalens källskatt	52,2	50,6
Statsbidragskulder	63,9	77,7
Upplupna semesterlöner	109,0	107,5
Förutbetalda skatteintäkter	23,9	37,8
Upplupna kostnader/förutbetalda intäkter	244,2	234,8
Övriga kortfristiga skulder	69,0	61,9
Summa	**778,9**	**736,1**

Not 18 Borgensförbindelse

Mnkr	2018-08-31	2017-08-31
Borgensförbindelse Transitio AB	**94,2**	**96,7**

Not 19 Pensionsförpliktelse

Mnkr	2018-08-31	2017-08-31
Pensionsförpliktelse som inte upptagits bland skulderna eller avsättningar	2 182,9	2 247,0
Särskild löneskatt	529,6	545,1
Summa	**2 712,4**	**2 792,1**

Not 20 Operationell leasing

Mnkr	2018-08-31	2017-08-31
Framtida kostnader för leasing		
Inom ett år	3,4	5,1
Senare än ett år men inom fem år	2,2	3,8
Senare än fem år	0,0	0,0
Summa	**5,7**	**8,9**
Betalningar under året på avtal som fortfarande är löpande		
Inventarier och utrustning	1,4	1,6
Fordon	2,7	4,3
Summa	**4,1**	**5,9**

LANDSTINGET BLEKINGE

Bilaga 2 – Personalstatistik

Utförd arbetstid inkl jour och beredskap, övertid, mertid och timanställningar i årsarbetare perioden jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.1 Ledningsarbete	108,8	53,5	**162,3**	113,6	60,2	**173,8**	4,8	6,7	**11,5**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	264,3	72,6	**336,9**	278,2	75,1	**353,3**	13,9	2,5	**16,4**
1.3 Medicinska sekreterare	227,7	3,2	**230,8**	235,8	3,2	**239,0**	8,1	0,1	**8,1**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	111,9	153,0	**264,9**	117,3	154,1	**271,4**	5,4	1,1	**6,5**
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	82,2	78,6	**160,8**	90,9	87,3	**178,2**	8,7	8,7	**17,4**
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	26,9	12,2	**39,1**	27,7	8,2	**35,9**	0,8	-4,0	**-3,2**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	995,1	150,9	**1 146,1**	989,7	149,7	**1 139,4**	-5,4	-1,3	**-6,7**
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	526,5	94,1	**620,5**	548,3	98,2	**646,5**	21,8	4,1	**25,9**
2.6 Vård/omsorm m.fl: Sjukhustekniker/lab.personal	93,9	20,9	**114,8**	91,9	20,5	**112,4**	-2,0	-0,4	**-2,4**
3.0 Tandvårdsarbete	192,1	30,3	**222,5**	174,1	23,4	**197,5**	-18,0	-6,9	**-24,9**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	127,2	34,5	**161,7**	130,6	33,3	**163,9**	3,4	-1,2	**2,2**
5.0 Socialt och kurativt arbete	51,7	0,0	**51,7**	55,3	3,2	**58,5**	3,6	3,2	**6,8**
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	30,0	8,1	**38,1**	31,3	8,6	**39,8**	1,3	0,5	**1,8**
7.0 Teknikarbete	33,5	119,7	**153,2**	32,0	127,3	**159,2**	-1,5	7,6	**6,0**
8.0 Hantverkararbete m.m.	8,8	72,4	**81,2**	8,6	69,2	**77,7**	-0,3	-3,2	**-3,5**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	179,0	44,1	**223,1**	168,9	42,2	**211,1**	-10,1	-1,9	**-12,0**
Saknas	0,0	0,1	**0,1**	0,0	0,1	**0,1**	0,0	0,0	**0,0**
Total [årsarbetare]	**3 059,6**	**948,2**	**4 007,7**	**3 094,0**	**963,7**	**4 057,6**	**34,4**	**15,5**	**49,9**

LANDSTINGET BLEKINGE

Övertid i årsarbetare jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.1 Ledningsarbete	0,22	0,14	**0,37**	0,21	0,14	**0,36**	-0,01	0,00	**-0,01**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	0,51	0,12	**0,63**	0,40	0,15	**0,55**	-0,11	0,03	**-0,08**
1.3 Medicinska sekreterare	2,32	0,12	**2,45**	1,08	0,03	**1,12**	-1,24	-0,09	**-1,33**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	0,02	0,00	**0,02**	0,02	0,00	**0,02**	0,00	0,00	**0,00**
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	0,22	0,11	**0,33**	0,16	0,08	**0,24**	-0,06	-0,03	**-0,09**
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	0,03	0,00	**0,03**	0,00	0,00	**0,00**	-0,03	0,00	**-0,03**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	19,02	6,11	**25,13**	17,48	5,11	**22,60**	-1,54	-1,00	**-2,54**
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	5,52	2,19	**7,71**	6,51	1,95	**8,46**	0,99	-0,24	**0,75**
2.6 Vård/omsorm m.fl: Sjukhustekniker/lab.personal	1,34	0,13	**1,47**	0,82	0,12	**0,94**	-0,52	-0,01	**-0,53**
3.0 Tandvårdsarbete	0,49	0,05	**0,54**	0,61	0,07	**0,68**	0,13	0,02	**0,14**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	0,07	0,01	**0,08**	0,10	0,00	**0,11**	0,03	-0,01	**0,03**
5.0 Socialt och kurativt arbete	0,00	0,00	**0,00**	0,01	0,00	**0,01**	0,01	0,00	**0,01**
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	0,13	0,00	**0,13**	0,15	0,03	**0,18**	0,02	0,03	**0,05**
7.0 Teknikarbete	0,26	2,88	**3,14**	0,16	3,03	**3,19**	-0,10	0,15	**0,04**
8.0 Hantverkararbete m.m.	0,03	0,37	**0,39**	0,10	0,54	**0,64**	0,07	0,17	**0,25**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	0,75	0,30	**1,05**	0,66	0,27	**0,93**	-0,08	-0,03	**-0,11**
Total [årsarbetare]	**30,93**	**12,54**	**43,47**	**28,48**	**11,53**	**40,01**	**-2,45**	**-1,01**	**-3,46**

LANDSTINGET BLEKINGE

Mertid i årsarbetare jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.1 Ledningsarbete	0,02	0,02	**0,03**	0,04	0,06	**0,11**	0,03	0,05	**0,08**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	0,47	0,00	**0,47**	0,34	0,00	**0,34**	-0,14	0,00	**-0,14**
1.3 Medicinska sekreterare	0,35	0,00	**0,35**	0,26	0,00	**0,26**	-0,09	0,00	**-0,09**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	0,11	0,07	**0,18**	0,18	0,00	**0,18**	0,08	-0,07	**0,01**
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	0,03	0,04	**0,07**	0,12	0,06	**0,18**	0,10	0,02	**0,11**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	4,10	0,78	**4,87**	3,65	0,76	**4,42**	-0,44	-0,01	**-0,46**
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	1,80	0,40	**2,20**	1,72	0,34	**2,06**	-0,08	-0,06	**-0,14**
2.6 Vård/omsorm m.fl: Sjukhustekniker/lab.personal	0,17	0,03	**0,19**	0,13	0,01	**0,14**	-0,04	-0,01	**-0,05**
3.0 Tandvårdsarbete	0,89	0,18	**1,07**	0,71	0,08	**0,79**	-0,18	-0,10	**-0,28**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	0,20	0,00	**0,21**	0,15	0,00	**0,15**	-0,05	0,00	**-0,05**
5.0 Socialt och kurativt arbete	0,04	0,00	**0,04**	0,01	0,00	**0,01**	-0,02	0,00	**-0,02**
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	0,22	0,00	**0,22**	0,13	0,04	**0,17**	-0,09	0,04	**-0,05**
7.0 Teknikarbete	0,02	0,02	**0,03**	0,01	0,01	**0,02**	-0,01	-0,01	**-0,02**
8.0 Hantverkararbete m.m.	0,00	0,02	**0,02**	0,00	0,03	**0,03**	0,00	0,01	**0,01**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	0,21	0,04	**0,25**	0,11	0,04	**0,15**	-0,10	0,00	**-0,10**
Total [årsarbetare]	**8,60**	**1,61**	**10,21**	**7,57**	**1,45**	**9,02**	**-1,03**	**-0,16**	**-1,19**

LANDSTINGET BLEKINGE

Timavlönade i årsarbetare jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.1 Ledningsarbete	0,00	0,00	**0,00**	0,01	0,00	**0,01**	0,01	0,00	**0,01**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	2,78	0,99	**3,77**	3,55	0,77	**4,32**	0,77	-0,22	**0,55**
1.3 Medicinska sekreterare	6,01	0,14	**6,15**	5,42	0,03	**5,45**	-0,59	-0,11	**-0,70**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	4,09	11,37	**15,45**	5,30	11,79	**17,08**	1,21	0,42	**1,63**
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	0,00	0,03	**0,03**	0,04	0,09	**0,13**	0,04	0,07	**0,10**
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	0,87	0,48	**1,34**	0,68	0,85	**1,54**	-0,18	0,38	**0,19**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	12,17	2,95	**15,12**	16,52	2,45	**18,96**	4,35	-0,50	**3,84**
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	17,76	6,30	**24,05**	21,93	8,48	**30,41**	4,17	2,19	**6,36**
2.6 Vård/omsorm m.fl: Sjukhustekniker/lab.personal	0,56	0,17	**0,73**	0,50	0,07	**0,57**	-0,06	-0,10	**-0,16**
3.0 Tandvårdsarbete	1,62	0,43	**2,05**	0,85	0,19	**1,04**	-0,77	-0,24	**-1,01**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	0,36	0,06	**0,41**	0,39	0,04	**0,43**	0,04	-0,02	**0,02**
5.0 Socialt och kurativt arbete	0,88	0,00	**0,88**	0,91	0,00	**0,91**	0,04	0,00	**0,03**
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	0,00	0,00	**0,00**	0,13	0,04	**0,16**	0,13	0,04	**0,16**
7.0 Teknikarbete	0,20	0,39	**0,59**	0,00	0,89	**0,89**	-0,20	0,50	**0,31**
8.0 Hantverkararbete m.m.	0,23	1,22	**1,45**	0,24	1,71	**1,95**	0,01	0,49	**0,50**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	5,26	1,93	**7,18**	5,04	2,23	**7,26**	-0,22	0,30	**0,08**
Total [årsarbetare]	**52,76**	**26,45**	**79,21**	**61,49**	**29,64**	**91,13**	**8,73**	**3,18**	**11,91**

LANDSTINGET BLEKINGE

Frånvaro i årsarbetare per frånvarohuvudgrupp jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Frånvarogrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
01 Sjukfrånvaro	213,64	29,43	**243,06**	211,46	33,98	**245,43**	-2,18	4,55	**2,37**
02 Tf Vård av barn	32,72	6,66	**39,38**	38,96	7,90	**46,86**	6,24	1,23	**7,48**
03 Semester	480,01	131,59	**611,60**	489,12	136,61	**625,73**	9,11	5,03	**14,14**
04 Föräldraledighet	201,55	21,96	**223,51**	212,68	24,31	**236,99**	11,13	2,35	**13,48**
05 Utbildning	78,00	20,93	**98,93**	79,72	18,14	**97,86**	1,72	-2,79	**-1,07**
06 Fackligt uppdrag	4,71	1,02	**5,73**	6,61	0,94	**7,56**	1,90	-0,07	**1,82**
07 Övr.frånvaro m lön	60,36	40,64	**101,01**	55,15	39,69	**94,84**	-5,21	-0,95	**-6,16**
08 Övr.frånvaro u lön	47,60	16,03	**63,63**	44,31	20,56	**64,87**	-3,29	4,53	**1,24**
09 Flexledighet	32,20	10,05	**42,26**	32,11	10,57	**42,69**	-0,09	0,52	**0,43**
10 Sem i timmar	1,78	0,34	**2,11**	1,71	0,36	**2,07**	-0,07	0,02	**-0,04**
Total [årsarbetare]	**1 152,58**	**278,64**	**1 431,22**	**1 171,83**	**293,07**	**1 464,90**	**19,25**	**14,43**	**33,68**

Sjukfrånvaro i procent av ordinarie arbetstid, för månads- och timavlönade jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

År	2017			2018			Förändring		
Kön	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
Sjukfrånvaro i % av ordinarie arbetstid	6,5%	2,8%	**5,7%**	6,1%	3,2%	**5,5%**	-0,4%	0,4%	**-0,2%**

Extern personalrörlighet i procent (exklusive pensionsavgångar) jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
Externa avgångar	3,0%	2,8%	**3,0%**	3,5%	3,3%	**3,5%**	0,5%	0,5%	**0,5%**

LANDSTINGET BLEKINGE

Totalt antal anställda 2018-07-31

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.1 Ledningsarbete	118	56	**174**	125	61	**186**	7	5	**12**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	338	77	**415**	360	87	**447**	22	10	**32**
1.3 Medicinska sekreterare	317	3	**320**	305	5	**310**	-12	2	**-10**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	138	165	**303**	143	165	**308**	5	0	**5**
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	124	100	**224**	126	109	**235**	2	9	**11**
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	36	16	**52**	37	12	**49**	1	-4	**-3**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	1 358	181	**1 539**	1 337	176	**1 513**	-21	-5	**-26**
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	758	129	**887**	769	136	**905**	11	7	**18**
2.6 Vård/omsorm m.fl: Sjukhustekniker/lab.personal	121	26	**147**	118	25	**143**	-3	-1	**-4**
3.0 Tandvårdsarbete	263	37	**300**	238	33	**271**	-25	-4	**-29**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	175	44	**219**	172	40	**212**	-3	-4	**-7**
5.0 Socialt och kurativt arbete	69	0	**69**	72	4	**76**	3	4	**7**
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	38	11	**49**	39	9	**48**	1	-2	**-1**
7.0 Teknikarbete	39	135	**174**	40	136	**176**	1	1	**2**
8.0 Hantverkararbete m.m.	13	96	**109**	13	87	**100**	0	-9	**-9**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	255	61	**316**	233	63	**296**	-22	2	**-20**
Total [anställda]	**4 160**	**1 137**	**5 297**	**4 127**	**1 148**	**5 275**	**-33**	**11**	**-22**

LANDSTINGET BLEKINGE

Antal tillsvidareanställda 2018-07-31

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.1 Ledningsarbete	118	56	**174**	125	61	**186**	7	5	**12**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	310	67	**377**	332	74	**406**	22	7	**29**
1.3 Medicinska sekreterare	280	3	**283**	284	3	**287**	4	0	**4**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	135	160	**295**	137	156	**293**	2	-4	**-2**
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	73	47	**120**	81	52	**133**	8	5	**13**
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	26	11	**37**	33	10	**43**	7	-1	**6**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	1 331	177	**1 508**	1 320	173	**1 493**	-11	-4	**-15**
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	592	88	**680**	610	89	**699**	18	1	**19**
2.6 Vård/omsorm m.fl: Sjukhustekniker/lab.personal	115	21	**136**	110	20	**130**	-5	-1	**-6**
3.0 Tandvårdsarbete	249	33	**282**	222	27	**249**	-27	-6	**-33**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	162	35	**197**	164	37	**201**	2	2	**4**
5.0 Socialt och kurativt arbete	66	0	**66**	69	4	**73**	3	4	**7**
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	35	10	**45**	37	8	**45**	2	-2	**0**
7.0 Teknikarbete	37	129	**166**	39	130	**169**	2	1	**3**
8.0 Hantverkararbete m.m.	9	69	**78**	9	61	**70**	0	-8	**-8**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	186	31	**217**	180	34	**214**	-6	3	**-3**
Total [tillsvidareanställda]	**3 724**	**937**	**4 661**	**3 752**	**939**	**4 691**	**28**	**2**	**30**

LANDSTINGET BLEKINGE

Antal visstidsanställda (månadsavlönade) 2018-07-31

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	28	10	**38**	28	13	**41**	0	3	**3**
1.3 Medicinska sekreterare	37	0	**37**	21	2	**23**	-16	2	**-14**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	3	5	**8**	6	9	**15**	3	4	**7**
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	51	53	**104**	45	57	**102**	-6	4	**-2**
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	10	5	**15**	4	2	**6**	-6	-3	**-9**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	27	4	**31**	17	3	**20**	-10	-1	**-11**
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	166	41	**207**	159	47	**206**	-7	6	**-1**
2.6 Vård/omsorm m.fl: Sjukhustekniker/lab.personal	6	5	**11**	8	5	**13**	2	0	**2**
3.0 Tandvårdsarbete	14	4	**18**	16	6	**22**	2	2	**4**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	13	9	**22**	8	3	**11**	-5	-6	**-11**
5.0 Socialt och kurativt arbete	3	0	**3**	3	0	**3**	0	0	**0**
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	3	1	**4**	2	1	**3**	-1	0	**-1**
7.0 Teknikarbete	2	6	**8**	1	6	**7**	-1	0	**-1**
8.0 Hantverkararbete m.m.	4	27	**31**	4	26	**30**	0	-1	**-1**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	69	30	**99**	53	29	**82**	-16	-1	**-17**
Total [visstidsanställda]	**436**	**200**	**636**	**375**	**209**	**584**	**-61**	**9**	**-52**

LANDSTINGET BLEKINGE

Kanslienheten	2018-10-10	Ärendenummer	2018/01220
Helene Håkansson		Dokumentnummer	2018/01220-2

Till Landstingsstyrelsen

Delårsrapport augusti 2018 landstingsdirektörens stab

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen beslutar

1. Att godkänna delårsrapport augusti 2018 för landstingsdirektörens stab

Sammanfattning

Landstingsdirektörens stab överlämnar delårsrapport augusti 2018 till landstingsstyrelsen. Insatser för att nå inriktningsmålen inom samtliga målområden pågår.

Landstingsdirektörens stab prognostiserar en positiv budgetavvikelse på 1,0 mkr. Det är en förbättring jämfört med tidigare lämnad prognos (per mars) med 1,0 mkr.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Bilaga

- Delårsrapport augusti 2018

Delårsrapport augusti 2018

Landstingsdirektörens stab/landstingsstyrelsen

september 2018

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning 4

2 Framtidens hälso- och sjukvård 5

3 Fokusområde 6

3.1 Inhyrd personal avseende period 1 januari – 31 juli 2018 6

3.2 Utbildningskostnader och resekostnader för möten och konferenser 7

4 Målområde – God hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa 10

4.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling 10

4.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges arbete för en bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa 12

4.3 Inriktningsmål: Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter 14

4.4 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge erbjuder en trygg och säker hälso- och sjukvård 15

4.5 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge erbjuder en hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus 16

5 Målområde - Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer 18

5.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar 19

5.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar 20

6 Målområde - Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter 21

6.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare 21

6.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö 22

6.3 Statistikuttag för perioden 1 januari – 31 juli 2018 22

6.4 Arbetsmiljö och hälsa 24

6.5 Viktiga händelser, effekter/resultat, inom kompetensförsörjningsområdet 24

6.6 Värdegrundsarbete 24

7 Målområde – Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi 25

7.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll 25

7.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering 26

7.3 Ekonomisk uppföljning 26

Förvaltningens ackumulerade resultat per augusti 2018 26

Intäkter 27

Personalkostnader 27

Driftskostnader 29

7.4 Prognosförklaring 29

8 Prioriterade områden 30
8.1 En nära sjukvård 30
8.2 Personalrekrytering 30
8.3 Kvalitetssäkrad cancerprocess 31
8.4 Barn och ungdomars psykiska hälsa 31
8.5 Digitalisering 31
8.6 Professionsmiljarden - Personalmiljarder - Patientmiljarden 31
8.7 Insatser inom psykisk hälsa-området 33
8.8 Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärka insatser för kvinnors hälsa 33
8.9 En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 33
8.10 Patientmiljarden – Förbättra tillgänglighet och samordning i hälso- och sjukvården 34
8.11 Region Blekinge 34
8.12 Övrigt 35

1 Sammanfattning

Prognosen för Landstingsdirektörens stab som lämnas per augusti för 2018 är +1,0 mkr. Det är en förbättring jämfört med tidigare lämnad prognos (per mars) med 1,0 mkr.

Av totalt 22 indikatorer är det

- 14 som bedöms som gröna/uppfyllt
- 4 gula/åtgärder pågår och utvecklingen går i önskad riktning
- 4 röda/inte uppfyllt.

Förberedelse och aktiviteter för sammanslagning av landstinget och nuvarande Region Blekinge pågår och påverkar samtliga områden inom landstingsdirektörens stab.

Principer för ekonomistyrning håller på att arbetas fram. Principerna finns inte nedtecknat och samlat sedan tidigare, arbetet planeras vara färdigt under året. En förändring och utveckling av landstingets hantering och arbete med internkontroll pågår och planeras vara färdigt inför 2019 års arbete med internkontroll.

En lägesrapport för Framtidens hälso- och sjukvård med förslag till fortsatt färdplan har sammanställts och det finns förslag på uppdragsdokument för utveckling av strategin ”koncentration av vård”. Det pågår flera aktiviteter inom de prioriterade områdena.

Landstingsdirektörens stab stödjer förvaltningarna i deras arbete med att minska användandet av inhyrd personal och deltar också i den nationella projektledningen för att driva på arbetet med att bli oberoende av inhyrd personal.

Årets löneöversyn är avslutad med alla utom tandläkarna, där förhandlingar på nationell nivå fortfarande pågick.

Upphandlingen av ett kompetenssystem, som är en central del i att utveckla landstingets arbete med kompetensutveckling och kompetensplanering, har genomförts och implementering har påbörjats.

Under året har förbättringsarbetet och utbudet av information på Blekinges sidor på 1177 intensifierats.

Etableringen av en ny webborganisation som ska säkerställa en långsiktig förvaltning och utveckling av landstingets webbplatser och bidra till att innehållet håller en hög kvalitet.

Landstingsledningens utvalda strategier har använts i planeringsprocessen för 2019. Under första halvåret har dock fokus i landstingets ledningsgrupp legat på ekonomiska åtgärder på kort sikt och arbete med regionbildningen varför vidare fördjupat arbete med strategiska initiativ inte har kunnat startas upp. Under andra halvåret kommer regionbildning fortsatt ha en hög prioritet och strategier behöver uppdateras för att omfatta hela Region Blekinges verksamhet. Därför skjuts arbetet med uppföljning av strategiska initiativ till 2019.

Utveckling av landstingets integrerade ledningssystem och gemensam modell för processorientering pågår. Framtagande av en gemensam modell för processorientet arbetssätt är påbörjad.

Upphandling av nytt vårdinformationsstöd (FVIS) och utveckling av gemensamma metoder för verksamhetsutveckling och planering inför implementering fortlöper i samverkan med övriga landsting och regioner i SUSSA.

Kommissionen för jämlik hälsa i Blekinge presenterade sin slutrapport på lanstingsstyrelsens möte i januari. Landstingsstyrelsen beslutade bland annat att kommissionens förslag ska beaktas i arbetet med Regionplanen 2019.

2 Framtidens hälso- och sjukvård

En lägesrapport för Framtidens hälso- och sjukvård med förslag till fortsatt färdplan har sammanställts och det finns förslag på uppdragsdokument för utveckling av strategin ”koncentration av vård”.

Utveckling av nya vårdmiljöer pågår där en samordning av de pågående stora byggprojekten; Trossö vårdcentral, psykiatrins hus och nya block på sjukhusområdet i Karlskrona ses som viktigt. Löpande intern och extern kommunikation om ombyggnationerna pågår och behöver fortgå eftersom arbetet har stor påverkan både på medarbetare och på patienter eller besökande.

Inom barn och ungas behov har en kartläggning av barn och ungas hälsa genomförts. Dialog mellan skola, socialtjänst, mödrahälsovård och barnhälsovård kring utveckling av familjecentraler pågår i olika kommuner i länet. En behovsanalys kring barn och unga med övervikt och fetma har påbörjats. Identifierade behov av samverkan och tidiga insatser för psykisk hälsa har lett till att en ansökan beviljats om att få delta i ett treårigt nationellt utvecklingsarbete kring tidiga och samordnade insatser för barn och unga.

Inom området ”Äldres behov” fortsätter arbetet med att identifiera de som söker mest vård och analysera om det finns bättre sätt att stödja dessa personer. Ett hälsoprogram för seniorer och bildande av mobila team med geriatrisk kompetens har påbörjats. En behovsanalys av palliativ vård i livets slutskede med förslag på åtgärder presenterades vid planeringsdialogen i april.

Riktlinjen för utveckling av personcentrerad vård (PCV) i landstinget Blekinge har reviderats. Fokus under perioden har varit att stödja till verksamheternas utvecklingsarbeten samt att sprida kunskap om personcentrerad vård. Information om PCV till invånarna finns nu på landstingets externa hemsida. Landstinget Blekinge har deltagit i SKLs kartläggning av PCV i Sverige och utvecklingscentrum för personcentrering har deltagit på konferensen utvecklingskraft med budkavlen ”Gå i patientens skor”. Dokumentation och metodbok i Personcentrerad vård har påbörjats.

Programgruppen för Framtidens hälso- och sjukvård har varit delaktiga i utformning av ny organisation och nya arbetssätt för hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Blekinge. De beslutade strategierna och inriktningsbesluten har varit vägledande.

3 Fokusområde

3.1 Inhyrd personal avseende period 1 januari – 31 juli 2018

3.1.1 Uppföljning av årsarbetare och kostnader

Landstingsdirektörens stab har inte använt inhyrd personal under perioden, men har arbetat för att stödja förvaltningarna i deras arbete med att minska användandet av inhyrd personal. Landstinget deltar också i den nationella projektledningen för att driva på arbetet med att bli oberoende av inhyrd personal. För Landstinget som helhet minskade användandet av inhyrd personal januari-juni med 12,7 årsarbetare, från 73,0 till 60,3 årsarbetare jämfört med samma period 2017. Det är framförallt inhyrningen av läkare som minskar och minskningen gäller samtliga tre förvaltningar; -11 % i primärvården, -30 % inom psykiatrin och -31 % vid Blekingesjukhuset.

Januari till juni minskade inhyrningen av sjuksköterskor med 4,0 årsarbetare vid Blekingesjukhuset men ökade samtidigt i Primärvården i ungefär samma omfattning.

Totalt minskade inhyrningen vid samtliga förvaltningar både i använd tid och räknat i kronor. Den största minskningen står Blekingesjukhuset och psykiatrin för, medan primärvårdens minskning är marginell, minskade hyrläkarkostnader möts av ökade kostnader för hyrsjuksköterskor.

I skrivande stund finns inte säkrade siffror för juli avseende inhyrd personal, men tendensen är fortfarande positiv. Psykiatrin fortsätter att minska kostnader jämfört med 2017, Blekingesjukhuset hade ett högre användande än tidigare i år, men lägre än juli 2017, framför allt vad gäller hyrsjuksköterskor och primärvården använde hyrläkare i lägre utsträckning än juli 2017.

3.1.2 Uppföljning av lokal handlingsplan oberoende av inhyrd personal – Landstinget Blekinge

Under året implementerades ett nytt ramavtal med bemanningsföretag i syfte att effektivisera upphandling och samtidigt få en lägre timkostnad.

Fokus under året har varit att säkerställa att underlag för uppföljning och beslut tas fram så snabbt som möjligt och håller hög kvalité. Detta för att kunna beskriva och göra prognoser över kostnadsutvecklingen och skapa en större medvetenhet inför beslut hos såväl chefer som gör avrop och chefer som fattar beslut i samband med särskild prövning.

Förvaltningen har även arbetat fram arbetssätt kring presentation om anställningsförmåner som särskilt riktar sig till hyrläkare intresserade av anställning i landstinget Blekinge.

När det gäller resultat kan konstateras att inhyrningen har minskat, men det beror inte på någon enskild åtgärd. Störst betydelse har hälso- och sjukvårdsförvaltningarnas egna handlingsplaner och åtgärder, men uppföljningen håller god kvalité och några hyrläkare har anställts.

3.1.3 Kostnadsminskning

De minskade kostnaderna märks inte fullt ut i ekonomisystemet då fakturahanteringen gjordes på ett annat sätt under 2017 än idag.

Efter genomförd revidering av siffrorna för 2017 konstateras en minskning av kostnaderna för inhyrd personal med ca 12,5 miljoner kr januari-juni 2018 jämfört med samma period 2017. Det är framför allt Blekingesjukhuset och psykiatrin som minskat sina kostnader för inhyrd personal, men även primärvården har minskat sina kostnader under perioden.

Under juli 2018 fortsatte kostnaderna att minska, jämfört med juli 2017, men siffrorna för juli är något osäkra och ett belopp kan inte preciseras. Säkert är att kostnaderna för hyrsjuksköterskor vid Blekingesjukhuset minskade kraftigt och att kostnaderna för hyrläkare i primärvården minskade jämfört med juli 2017 och mer än tidigare månader i år.

Det är svårt att göra en prognos över de beslutade kostnadsminskningarna, men kostnaderna för inhyrd personal 2018 kommer att vara lägre än kostnaderna för 2017.

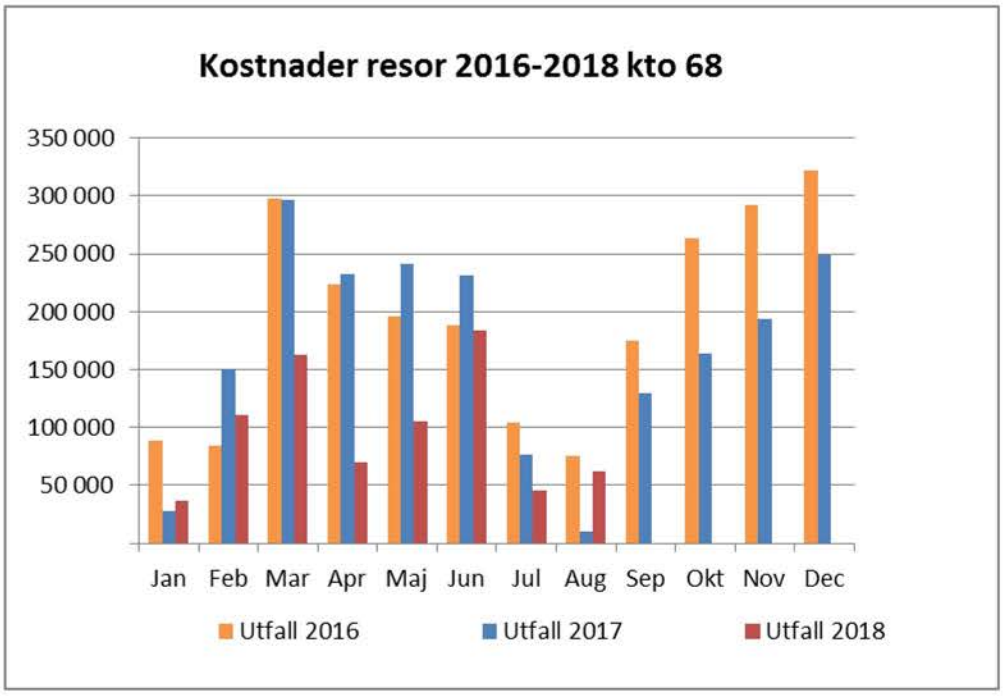
3.2 Utbildningskostnader och resekostnader för möten och konferenser

Landstinget står 2018 i ett så kallat ekonomiskt stabsläge, d.v.s. stark restriktivitet gäller rådande exempelsvis utbildningar, resor, förbrukningsmaterial, konferenser, mm. Landstingsdirektörens stab har där valt ut ett antal områden som kommer att redovisas nedan för att belysa de områden där stort fokus på kostnadsutvecklingen gäller. Redovisningen är jämfört mot budget och jämfört med föregående år för att se utvecklingen.

Resor

Radetiketter	UTFALL Ack	BUDGET Ack	BUDGET Ack Diff	UTFALL Fg År Ack	Avv ack fg år
5 Drift	**777 735**	**1 689 593**	**911 859**	**1 269 380**	**491 645**
681 Biljetter	569 513	1 166 609	597 095	944 884	375 370
683 Hotell och logi, Sverige	185 642	514 375	328 733	282 980	97 338
684 Hotell och logi, utlandet	22 133	5 065	-17 068	38 382	16 249
689 Övriga resekostnader	447	3 545	3 098	3 134	2 688
Totalsumma	**777 735**	**1 689 593**	**911 859**	**1 269 380**	**491 645**

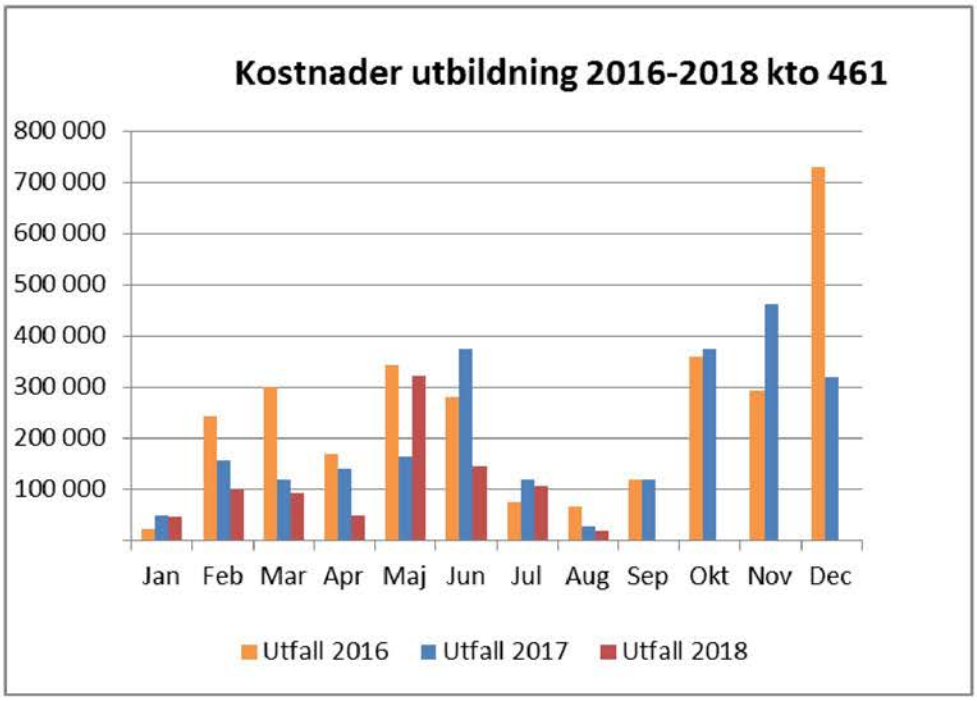
Det ackumulerade utfallet per augusti 2018 avseende resekostnader är 778 tkr, vilket är 39 % lägre än den bokförda kostnaden för resor under samma period 2017. Den genomsnittliga kostnaden per månad för resor var 192 tkr under 2016 och 167 tkr under 2017. Under 2016 och 2017 har den bokförda kostnaden för resor varit lägst under januari respektive juli och augusti.



Utbildning

Radetiketter	UTFALL Ack	BUDGET Ack	BUDGET Ack Diff	UTFALL Fg År Ack	Avv ack fg år
4 Kostnader	**879 647**	**809 435**	**-70 213**	**1 150 956**	**271 308**
4 Kostnader för personal	**879 647**	**809 435**	**-70 213**	**1 150 956**	**271 308**
46 Övriga personalkostnader	879 647	809 435	-70 213	1 150 956	271 308
46110 Konferenskostnader	698 246	725 200	26 954	756 040	57 794
46130 Föreläsare, för personal	61 250	73 333	12 083	239 658	178 408
46150 Utbildningskostnader	120 152	10 901	-109 250	155 258	35 106
Totalsumma	**879 647**	**809 435**	**-70 213**	**1 150 956**	**271 308**

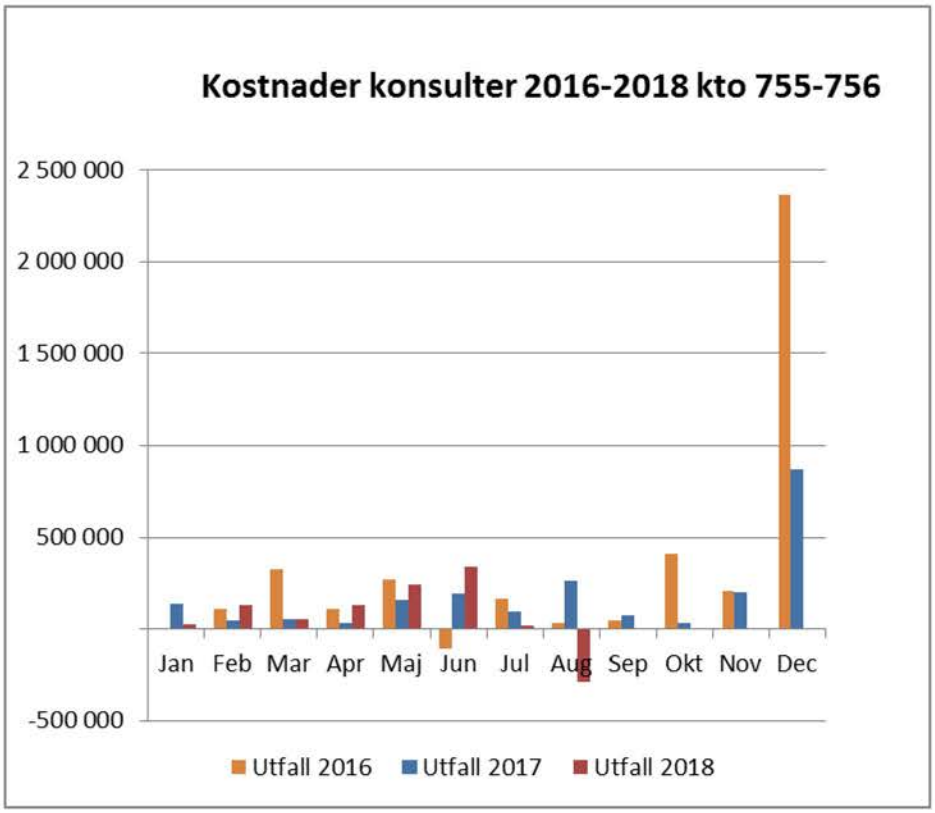
Det ackumulerade utfallet per augusti 2018 avseende utbildningskostnader är 880 tkr, vilket är 24 % lägre än den bokförda kostnaden för utbildning för samma period 2017. Den genomsnittliga kostnaden per månad för utbildning var 250 tkr under 2016 och 202 tkr under 2017. Under 2016 och 2017 har den bokförda kostnaden för utbildning varit lägst under januari respektive juli och augusti medan de varit högst under sista kvartalet.



Konsulter

Radetiketter	UTFALL Ack	BUDGET Ack	BUDGET Ack Diff	UTFALL Fg År Ack	Avv ack fg år
75510 Konsultarvoden för speciella u	57 000	295 017	238 017	270 000	213 000
75564 Konsulter, ventilation	100 591		-100 591	98 305	-2 287
75590 Konsulter, övrigt	360 226	1 362 180	1 001 954	588 103	227 878
75610 Uppdragsutbildningar	128 841	400 000	271 159	20 625	-108 216
Totalsumma	**646 658**	**2 057 197**	**1 410 539**	**977 033**	**330 376**

Det ackumulerade utfallet per augusti 2018 avseende konsultkostnader är 647 tkr, vilket är 34 % lägre än den bokförda kostnaden för konsulter under samma period 2017. Under augusti månad har ombokning gjorts avseende kostnader som rör den pågående regionbildningen (505 tkr). Dessa kostnader belastar förvaltning 19 Landstingsgemensamt. Denna ombokning förklarar skillnaden mellan belopp redovisade i månadsrapport juli jämfört med månadsrapport augusti, vilket även framgår i diagramet nedan. Kostnader för interna utbildningskonsulter kommer att mötas av intäkt i samma storleksordning. Den genomsnittliga kostnaden per månad för konsulter var 327 tkr under 2016 och 180 tkr under 2017. Under 2016 och 2017 har den bokförda kostnaden för konsulter varit högst under december månad.



4 Målområde – God hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa

Landstinget Blekinge ska erbjuda en trygg och säker hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus. Verksamheternas insatser ska planeras, samordnas och genomföras strukturerat och målinriktat, för en jämlik och tillgänglig vård. Detta i sin tur kräver att tillgången till kompetens i organisationen planeras och anpassas efter invånarnas behov av hälso- och sjukvård.
Landstingets samtliga verksamheter har även ett brett uppdrag i det förebyggande folkhälsoarbetet, där kunskap om invånarnas behov är en central faktor. En viktig förutsättning är samverkan med övriga samhället och dess aktörer. Formerna för denna samverkan ska ständigt utvecklas.
Att vi arbetar systematiskt och regelbundet med patientsäkerhet är grundläggande för tilliten till hälso- och sjukvården. Andra avgörande omständigheter är bemötande och upplevelsen av vårdkvaliteten generellt.
Landstingets verksamheter ska bidra till att stärka förtroendet för landstinget genom ett ständigt förbättringsarbete inom sina respektive ansvarsområden.
Målområdet god hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa innehåller fem inriktningsmål:

- *Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling.*
- *Landstinget Blekinges arbete för en bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa.*
- *Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter.*
- *Landstinget Blekinge erbjuder en trygg och säker hälso- och sjukvård.*
- *Landstinget Blekinge erbjuder en hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus.*

4.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Andel strategiska initiativ som följs upp regelbundet i landstingets ledningsgrupp	Saknas	75 %	0	Fokus på regionbildning har inneburit att detta mål prioriterats ner.
Antal etablerade vårdprocesser enligt gemensam processmodell	0	3	0	Fokus på regionbildning har inneburit att detta mål prioriterats ner.

4.1.1 Uppföljning av nämndens mål

De huvudsakliga framgångsfaktorerna för landstingsdirektörens stab inom målet är:

- Leda, stödja och följa upp landstingets strategiarbete
- Utveckla processorientering i landstinget
- Leda och samordna nämndernas initiativ för ökad tillgänglighet (uppsiktsplikt)

Landstingets väntetidssamordnare stödjer nämnder och förvaltningar i att förbättra tillgängligheten genom att delta i Blekingesjukhusets operationsstyrelse och tillgänglighetsforum. Under året har utbildningar genomförts på Blekingesjukhuset för att öka kunskapen om hur applikationer kan användas för att förbättra tillgängligheten. Utbildning har även hållits för de vårdadministrativa cheferna och ytterligare nyckelpersoner.

Utveckling av de standardiserade vårdförloppen inom cancervården fortskrider enligt plan och tre nya vårdförlopp har införts i samklang med övriga södra hälso- och sjukvårdsregionen.

De aktiviteter som pågår 2018 enligt Landstingets handlingsplan för e-hälsa håller tidplanen. Handlingsplanen kommer att revideras under september eftersom förvaltningsresurser saknas, speciellt för 1177 Vårdguidens e-tjänster och Plattformen Stöd och Behandling. Dessa är avgörande för att kunna utbilda och stödja verksamheten i att öka utbudet av e-tjänster. e-Hälsolyftet genomförs inom varje förvaltning. Intresset är stort från verksamheten men för att nå målbilden krävs förvaltningsresurser. Breddinförandet av webbtidbok är igång liksom stöd för digital artrosskola.

1177.se är vår primära källa för patientinformation till patienter och invånare. Besöksstatistik från första och andra kvartalet i år visar också att webbplatsens betydelse hela tiden växer och att antalet besök ökar. Med tanke på webbplatsens genomslagskraft är det därför angeläget att kvaliteten är hög både nationellt och på det regionala material som vi ansvarar för.

Under året har förbättringsarbetet och utbudet av information på Blekinges sidor intensifierats. Bland annat har informationen om vuxenpsykiatrin förbättrats. Vidare har informationen till gravida digitaliserats och det finns nu ett särskilt tema-område som riktar sig till gravida i Blekinge. Internt arbetar vi också för att öka användningen av 1177.se i vårdmötet.

Det pågår också ett förberedande arbete inför migreringen av 1177.se till en ny teknisk plattform. Bland annat har all information på de regionala sidorna inventeras och registreras för att migreringen ska kunna genomföras. Plattformsbytet kommer att innebära en väsentlig kvalitetshöjning både för besökare men också för de som publicerar information i plattformen.

Under året har vi också slutfört etableringen av en ny webborganisation. Webborganisationen ska säkerställa en långsiktig förvaltning och utveckling av landstingets webbplatser och bidra till att innehållet håller en hög kvalitet

Landstingsledningens utvalda strategier har använts i planeringsprocessen för 2019. Under första halvåret har dock fokus i landstingets ledningsgrupp legat på ekonomiska åtgärder på kort sikt och arbete med regionbildningen varför vidare fördjupat arbete med strategiska initiativ inte har kunnat startas upp. Under andra halvåret kommer regionbildning fortsatt ha en hög prioritet och strategier behöver uppdateras för att omfatta hela Region Blekinges verksamhet. Därför skjuts arbetet med uppföljning av strategiska initiativ till 2019.

Utveckling av landstingets integrerade ledningssystem och gemensam modell för processorientering pågår. Framtagande av en gemensam modell för processorientet arbetssätt är påbörjad. Landstingsledningen beslöt i mars om en del i en huvudprocesskarta där de övergripande nivåerna av huvudprocesser är definierade för hälso- och sjukvården. Dock återstår arbete för att processena ska vara fullt etablerade enligt gemensam processmodell. Utveckling av patientprocesser samordnas med de landsting inom SUSSA som gemensamt planerar för ett nytt vårdinformationsstöd. Arbetet bedöms inte kunna slutföras under 2018. Utveckling av ledning- och stödprocesser har ännu inte påbörjad.

4.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges arbete för en bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Andel patienter som tillfrågats om ohälsosamma levnadsvanor	Utgångsvärde 2017	10 %	PV 9,6 % BLS 6,4 % PSH uppföljning saknas	Utvecklingen går i rätt riktning på två förvaltningar. Inom psykiatrin och habilitering saknas möjlighet att följa upp.
Andel av målen i handlingsplanen för barnkonventionen som följs upp regelbundet	Saknas	100 %	Handlingsplan antogs i maj. Implementeringsarbete pågår. Inte möjligt att utvärdera i nuläget.	Det finns stor risk att vi inte når målet då planen antogs först i maj även om några av målen sannolikt följs upp.

4.2.1 Uppföljning av nämndens mål

De huvudsakliga framgångsfaktorerna för landstingsdirektörens stab inom målet är:

- Leda, stödja och följa upp det hälsofrämjande arbetet i vården
- Leda, stödja och följa upp implementering av barnkonventionens intentioner
- Omsätta förslag från kommissionen för jämlik hälsa.

En handlingsplan är framtagen för fortsatt implementering av Socialstyrelsens reviderade riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Kontinuerliga utbildningsinsatser om prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor samt motiverande intervjuer (MI) har genomförs för personal. Två utbildningsdagar om opioider har genomförts i samarbete med Blekingesamverkan mot droger.

Rapport om levnadsvanemottagningens verksamhet är klar och visar på signifikanta förbättringar av patienternas fysiska värden såväl som ett kostnadseffektivt arbetssätt både ur ett individuellt, hälso- och sjukvårdsekonomiskt och samhällsekonomiskt perspektiv. Projektet pågår fram till årsskiftet och beslut om fortsatt verksamhet och finansiering ska hanteras i budgetprocessen 2019.

Den regionala folkhälsogruppen har i dialog med regionchefsgruppen tydliggjort gruppens roll och funktion. Folkhälsogruppen tillsammans med regionchefsgruppen föreslår att den nuvarande länsgemensamma folkhälsopolicyn förlängs

Kommissionen för jämlik hälsa i Blekinge presenterade sin slutrapport på lanstingsstyrelsens möte i januari. Landstingsstyrelsen beslutade bland annat att kommissionens förslag ska beaktas i arbetet med Regionplanen 2019. Kommissionens arbete är därmed slutfört.

Representanter för arbetsgruppen våld i nära relationer har informerat primärvårdens ledningsgrupp om bland annat årets handlingsplan och om de material som finns på intranätet. Samverkan har etablerats med samverkansgruppen mot doping i Blekinge kring en dag om ”Maskulinitet, doping och relationsvåld”. Höstens föreläsningsdag med tema ”Unga, genus och jämställdhet” är planerad.

Förslaget till Funktionshinderpolitisk policy för blivande Region Blekinge är godkänd av Länshandikapprådet. Policyn är framtagen av en arbetsgrupp av politiker och representanter från olika brukarorganisationer och avser år 2019 – 2021. Policyn framhåller behovet av en förstärkt personcentrering för vissa grupper.

Handlingsplan för jämställdhet i Landstinget Blekinge 2018-2020 är beslutad i landstingsfullmäktige.

Strategi och handlingsplan för landstingets arbete med FN:s konvention om barnets rättigheter håller på att förmedlas i organisationen. Under året har intresset ökat för att få information och kunskaper kring barnkonventionen.
Landstinget sammankallar länets nätverk för barn och elevers hälsa, som arbetar för att förstärka och systematisera det förebyggande och hälsofrämjande samarbetet mellan kommunen och landstinget. Nätverket följer bland annat utvecklingen av det nationella kvalitetsregistret för elevhälsans medicinska insatser, EMQ, och hoppas att länets kommuner väljer att ansluta sig till registret, för att på ett mer systematiskt sätt kunna arbeta med riktade insatser och kvalitetsförbättringar.

Enkäten ”Hälsa på lika villkor 2018”, HLV, har skickats till 7341 invånare i åldern 16-84 år. Kommunikationsinsatser för att påverka svarsfrekvensen i positiv riktning är genomförda. Efter bearbetning av landstinget kommer en folkhälsorapport att publiceras i mars 2019.

Insatser kopplade till sociala investeringar pågår för fullt. Överenskommelsen mellan SKL och Landstinget Blekinge är vägledande och ger stöd i vårt arbete med sociala investeringar. Diskussioner pågår med Olofströms kommun om att delta i en nationell satsning kring fysisk aktivitet för högstadieelever som en gemensam social investering.

Planering inför höstens influensavaccination är gjord. Kommunikationsplan med olika aktiviteter är framtagen.

4.3 Inriktningsmål: Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Antal genomförda utvecklingsinsatser i enlighet med Framtidens Hälso- och sjukvård	Utgångsvärde 2017	Högre än ingångsvärdet2017	Arbetet löper enligt plan	Arbetet löper enligt plan och målet förväntas uppnås
Andel system där information har säkerhetsklassats[1]	10 %	50 %	0	Införande av dataskydds-förordningen har tagit alla resurser vilket innebär att säkerhetsklassning inte kunnat starta.

4.3.1 Uppföljning av nämndens mål

De huvudsakliga framgångsfaktorerna för landstingsdirektörens stab inom målet är:

- Leda, stödja och följa upp insatserna inom ”Framtidens hälso- och sjukvård”
- En god säkerhetskulturorganisation med hög förmåga att hantera oväntade händelser och störningar

En lägesrapport för Framtidens hälso- och sjukvård med förslag till fortsatt färdplan har sammanställts och det finns förslag på uppdragsdokument för utveckling av strategin ”koncentration av vård”.

I Södra Sjukvårdsregionens utvecklingsprojekt om arbetsfördelning (sedan maj omdöpt till Samarbete för bättre vård) deltar landstingets medarbetare i samtliga delprojekt. Flera av delprojekten leder till att vård kan komma att flyttas till Blekinge från omgivande regioner.

Bildande av mobila team med geriatrisk kompetens har påbörjats och två vårdcentraler har påbörjat att identifiera sina ”mångbesökare” med syfte att bättre möta deras behov.

Dialog mellan skola, socialtjänst, mödrahälsovård och barnhälsovård kring utveckling av familjecentraler pågår med olika kommuner i länet.

Frågor som avser Nationell Patientenkät samordnas i staben och vi deltar i Sveriges Kommuner och Landstings nationella nätverk. Inom nätverket hanteras utveckling, samordning och upphandling. Under året har staben deltagit i förberedelserna för att kunna genomföra mätning av patientens upplevelse av kvalitét i vården vid Blekingesjukhuset, Psykiatrin, Primärvården och Akutmottagningen. Resultaten är publicerade och utgör ett underlag för förbättring och utveckling.

Hälso- och sjukvårdsbarometern undersöker hur befolkningen uppfattar Hälso- och sjukvården. Staben deltar i det nationella nätverket som leds från Sveriges Kommuner och Landsting vars uppgift är att samordna och utveckla området.

[1] Indikator avser klassificering av information och innebär inte att information saknar säkerhetsskydd idag.

En regional webbpanel bestående av befolkningsföreträdare har skapats i samarbete med region Skåne, Kronoberg och södra Halland och på uppdrag av Södra Regionvårdsnämnden. Panelen har använts för frågor till befolkningen som är kopplade till regionalt samarbete. Panelen används för gemensamma frågor i Södra sjukvårdsregionen men kan också användas för landstings/regionsspecifika frågor för respektive deltagande landsting/region. Uppdraget är inte begränsat till hälso- och sjukvårdsfrågor. En första undersökning har redovisats under året.

Att hantera och säkerställa ett systematiskt säkerhetsarbete med hög förmåga syftar till att säkerställa skydd för det som är skyddsvärt i organisationen. Att skapa förutsättningar för det arbetet har verkställts genom att skapa förmågor och resurser för att jobba med de av landstingsfullmäktige definierade strategiska mål för säkerhet som gäller för landstinget.

4.4 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge erbjuder en trygg och säker hälso- och sjukvård

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
Andel enheter inom Blekingesjukhuset, Hälsovalet samt på Psykiatri- och habiliteringsförvaltningens slutenvårdsenheter där egenkontrollprogram ”Vårdhygienisk standard” med efterföljande hygien/konsultrond har genomförts.	Saknas	100 %	6 %	Målvärdet kommer inte att nås. Åtgärder pågår och utvecklingen går framåt.	Vårdhygien

4.4.1 Uppföljning av nämndens mål

De huvudsakliga framgångsfaktorerna för landstingsdirektörens stab inom målet är:

- Leda och stödja utvecklingen av ett gemensamt ledningssystem för kvalitet
- Förankra patientsäkerhetspolicyn samt genomföra aktiviteter och åtgärder utifrån handlingsplanen för patientsäkerhet
- Leda och stödja införande av ett nytt vårdinformationsstöd
- God säkerhetskultur och en gemensam säkerhetsprocess inom Landstinget Blekinges verksamheter

Egenkontroll med ”Vårdhygienisk standard” har genomförts av sex enheter under året, samtliga inom sjukhuset. Efterföljande konsultronder är planerade under hösten. Flera enheter genomförde egenkontrollen under hösten 2017, vilket innebär att de troligtvis gör nästa egenkontroll vid samma tidpunkt 2018. I egenkontrollen ingår övergripande aspekter såsom kompetens hos personalen, mätning av följsamheten till basala hygienrutiner, vårdrelaterade infektioner samt antibiotikaanvändning. Vidare ingår om det finns förutsättningar för följsamhet av de basala hygienrutinerna, t.ex. placeringen av handsprit, handskar och plastförkläden. Andra angelägna vårdhygieniska områden som ingår är städning, där verksamheterna kan lägga till lokala frågor.

Strama-besök har inte kunnat genomföras som planerat. Läkemedelskommittén och Patientsäkerhetsavdelningens apotekare har i samband med sina besök på vårdcentralerna

informerat inom området. Förskrivningen av olämpliga läkemedel till patienter äldre än 75 år har under de senaste åren minskat.

Riktlinjer, rutiner och tekniska lösningar för klagomålshanteringen håller på att utarbetas. Översyn av IT-stöd för avvikelser och förbättringar fortgår.

Ett förslag till handlingsplan för patientsäkerhet har tagits fram och beslut får tas i den nya hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Aktiviteter för att förebygga vårdskador sker genom anmälningsärenden, händelseanalyser och besök på enskilda arbetsplatser.

Utveckling av landstingets ledningssystem pågår och en målbild är förankrad med landstingsdirektörens ledningsgrupp. Under hösten ska ett ramverk för det integrerade ledningssystemet tas fram där det bland annat definieras vilka standards som kommer att användas för de olika ingående ledningssystemen. Arbetet med behovs- och kravanalys för det integrerade ledningssystemet skjuts framåt ett år på grund av resurssituationen.

Upphandling av nytt vårdinformationsstöd (FVIS) och utveckling av gemensamma metoder för verksamhetsutveckling och planering inför implementering fortlöper i samverkan med övriga landsting och regioner i SUSSA.

Framtagande av en gemensam modell för processorientet arbetssätt inom landstinget är påbörjad. Landstingsledningen beslöt i mars om en del i en huvudprocesskarta där de övergripande nivåerna av huvudprocesser är definierade för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Utvecklingen av lednings-och stödprocesser är inte påbörjad. Utvecklingen av patientprocesser samordnas med SUSSA-landstingen och därmed påverkas Blekinges tidplan. En generisk patientprocess är beslutad inför det fortsatta gemensamma utvecklingsarbetet i SUSSA.

En framgångsfaktor i hantering av kriser är väl fungerande kommunikation. För att stärka landstingets förmåga i händelse av en kris har kommunikationsfunktionen tagit fram en handbok i kriskommunikation. Handboken innehåller checklistor och rutiner som ska bidra till att kommunikationsarbetet fungerar väl. Det finns också en uppdaterad utbildningsplan som vi följer för att säkra en god kriskommunikationsförmåga. Vidare har vi tagit fram en rutin för informationspåverkan.

4.5 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge erbjuder en hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Antal enheter inom landstinget som har påbörjat införande av personcentrerad vård	2	10	Arbetet löper enligt plan	Arbetet löper enligt plan och målet förväntas uppnås
Antal genomförda behovsanalyser ur befolkningsperspektiv	0	2	Arbetet löper enligt plan	Arbetet löper enligt plan och målet förväntas uppnås

4.5.1 Uppföljning av nämndens mål

De huvudsakliga framgångsfaktorerna för landstingsdirektörens stab inom målet är:

- Leda, stödja och följa upp personcentrerat förhållningssätt i vården
- Leda, stödja och följa upp insatserna inom ”Framtidens hälso- och sjukvård”
- Leda, stödja och följa upp en processorienterad verksamhetsutveckling

Samverkansmodell för planering och informationsöverföring mellan Landstinget Blekinge och länets kommuner (SAMSPEL) innebär att en samordnad individuell plan ska upprättas när den enskilde har behov av insatser som behöver samordnas från mer än en vård- och omsorgsgivare, även internt inom en och samma huvudman.

Den fortsatta implementeringen av SAMSPEL har integrerats med utvecklingsarbetet kring *Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.* Revidering av SAMSPEL för att möta kraven i den nya lagen beräknas vara klar under september.

I lagen anges att den särskilt ska främja att patienter med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter att behandlande läkare bedömt att patienten är utskrivningsklar. Detta syfte har uppnåtts i Blekinge. Andel vårdplatser med utskrivningsklara patienter var i juli 1,6 % att jämföra med 7,7 % juli 2017. Huvuddelen av patienterna skrivs nu ut samma dag som de bedömts utskrivningsklara.

För kontinuerlig information och erfarenhetsutbyte deltar representanter från avdelningen för kunskapsstöd i två olika nätverk samordnade av Sveriges kommuner och landsting.

Utbildningsaktiviteter har genomförts för nyckelpersoner i verksamheterna i hantering av verktyget Prator. Utbildning om den nya processen har skett förvaltningsspecifikt. Det finns ett stort påtalat behov av övergripande, gemensam utbildning men resurser har saknats för att möta behovet. Utbyta av erfarenheter av de nya rutinerna har bland annat skett i den länsgemensamma ”Rutingruppen”. Erfarenheterna bekräftar behovet av en övergripande utbildningsinsats.

En utvecklingsledare, finansierad med riktade stimulanspengar, har anställts med huvuduppdrag att under hösten genomföra kommun- och landstingsgemensamma utbildningsinsatser kring SAMSPEL och den nya utskrivningsprocessen. Som ytterligare stöd till verksamheterna kommer en webbutbildning med motsvarande inriktning att färdigställas under hösten.

I samverkan med den nationella satsningen kring psykisk hälsa planeras en utbildning med specifik inriktning på Samordnad individuell plan, (SIP) att genomföras.

Via Sveriges kommuner och landsting ingår Landstinget Blekinge tillsammans med Ronneby kommun i ett pilotarbete för att ta fram ett välfungerande digitalt stöd för dokumentation av processen kring SIP. Syftet är att ta fram ett verktyg där planen inte bara är tillgänglig för de olika huvudmännens personal utan även för den enskilde via e-tjänst. Planeringsarbetet har av juridiska skäl dragit ut på tiden, men det praktiska genomförandet startar troligen under september.

LSVO och berörda verksamhetsgrupper har ansvar för att följa effekterna av den förändrade utskrivningsprocessen. En uppföljningsapplikation med indikatorer enligt rekommendationer från Sveriges kommuner och landsting har tagits fram. Resultaten förmedlas månadsvis till ansvariga via LSVO. Ambitionen är att etablera en automatiserad process. Bristande resurser inom Landstingsservice (AFO Informatik) har inneburit att ännu inte kunnat realiseras. Preliminärt planeras arbetet att påbörjas under september. Eftersom denna uppföljning utgör

underlag för ett eventuellt betalningsansvar för kommunerna är säkerheten i dataleverensen av största vikt.

Blekinge kompetenscenter har fått i uppdrag att genomföra en utvärdering av den förändrade utskrivningsprocessen. Denna ska spegla såväl patient/brukarperspektivet som verksamhets- och personalperspektiv.

Personcentrering se avsnitt 2, Framtidens hälso- och sjukvård.

Framtagande av en gemensam modell för processorientet arbetssätt är påbörjad. Landstingsledningen fattade i mars beslut om en del i en huvudprocesskarta där de övergripande nivåerna av huvudprocesser är definierade för hälso- och sjukvården. Dock återstår arbete för att processena ska vara fullt etablerade enligt gemensam processmodell. Utveckling av patientprocesser samordnas med de landsting inom SUSSA som gemensamt planerar för ett nytt vårdinformationsstöd. Arbetet bedöms inte kunna slutföras under 2018. Utveckling av ledning- och stödprocesser har ännu inte påbörjad.

5 Målområde - Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer

Landstinget ska vara en trovärdig aktör i det regionala miljö- och hållbarhetsarbetet genom att främja en god hälsa och aktivt arbeta för friska livsmiljöer. Miljö- och hållbarhetsplanen och målen i landstingsplanen ska bidra till ett offensivt arbetssätt. Vi följer upp miljöprestandan, utvecklingen och måluppfyllelsen löpande och systematiskt. Redovisningen sker öppet för landstingets intressenter i årsredovisningens miljö- och hållbarhetsbokslut. Landstinget ska systematisera och integrera miljö- och hållbarhetsarbetet på alla nivåer och det ska genomsyra hela vår verksamhet och våra processer. Våra medarbetare ska stimuleras att ta ansvar och initiativ som går i en hållbar riktning. Vi ska eftersträva ständiga miljö- och hållbarhetsförbättringar i enlighet med landstingets miljö- och hållbarhetsplan, och det ska vara en naturlig del av all planering och allt kvalitets- och utvecklingsarbete. Det är särskilt viktigt att ta hänsyn till dessa frågor i besluts- och investeringsprocessen. Landstinget står inför omfattande investeringar i fastigheter under kommande planperiod, vilket gör detta till ett extra viktigt fokusområde. Långsiktigt hållbara beslut och investeringar kan göra stor positiv skillnad för kommande generationers möjligheter till en hållbar utveckling.
Genom att särskilt föra fram hälsoperspektivet inom ramen för aktiva regionala utvecklingsinsatser ska landstinget bidra till länets utveckling och skapa förutsättningar för ett hållbart samhälle och en god livsmiljö. Ett av landstingets viktigaste verktyg för att bidra till en hållbar utveckling är att använda miljö- och hållbarhetskrav i leverantörsledet vid upphandling. Att vi väljer material, produkter och tjänster utifrån ett miljö- och hållbarhetsperspektiv är en naturlig del i verksamheten. Vi ställer hållbarhetskrav på samtliga leverantörer och följer systematiskt upp att de följs. Det styrs och följs upp genom miljö- och hållbarhetsplanens införande.
Målområdet aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer innehåller två inriktningsmål:

- *Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar.*
- *Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar, enligt miljöledningsstandarden ISO 14001:2015.*

5.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
Antal genomförda externa miljö- och hållbarhetsrevisioner i leverantörsledet för medicinteknik	0	1			Miljöchef
Implementering av miljö- och hållbarhet i investeringsprocessen	Ej infört	Infört			Miljöchef samt ekonomichef
Rutiner och arbetssätt som säkerställer att miljö- och hållbarhetshänsyn vägs in i beslut	Ej infört	Infört			Miljöchef

5.1.1 Uppföljning av nämndens mål

De huvudsakliga framgångsfaktorerna för landstingsdirektörens stab inom målet är:

- Leda, stödja och följa upp landstingets miljö och hållbarhetsplan
- Rutiner och arbetssätt som säkerställer att miljö- och hållbarhetshänsyn vägs in i beslut
- Kompetens, resurser och mandat som säkerställer god funktion på miljö- och hållbarhetsområdet

En revision av en extern leverantör inom medicinteknik är inplanerad och ska genomföras under september. Efter revisionen är indikatorn uppfylld.

Miljö och hållbarhetsperspektivet integreras till viss del i landstingets investeringsprocesser genom att hänsyn tas till Landstinget Blekinges miljö och hållbarhetsplan samt genom det pågående arbetet med utveckling av nya riktlinjer för ny- och ombyggnation av fastigheter. För att målet ska uppnås behöver riktlinjen för investeringsprocesser och investeringsbeslut förtydligas med avseende på hur miljö och hållbarhetsperspektivet ska inkluderas.

Arbetet med att se över hur miljö- och hållbarhetshänsyn vägs in i beslut har påbörjats men arbetet beräknas inte vara klart under 2018.

5.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
Förvaltningsspecifik miljöstrategi för Landstingsdirektörens stab, i enlighet med miljö- och hållbarhetsplanen samt ISO 14 001:2015	Saknas	Framtagen			Miljöchef
Antal genomförda interna miljörevisioner i folktandvården och den offentliga primärvårdens förvaltningar, enligt ISO 14001:2015	0	2			Miljöchef

5.2.1 Uppföljning av nämndens mål

De huvudsakliga framgångsfaktorerna för landstingsdirektörens stab inom målet är:

- Leda och stödja utvecklingen av koncernövergripande ledningssystem för kvalitet och för miljö

Implementeringen av miljöledningssystemet på Landstingsdirektörens stab är påbörjad. Miljöstrategin för Landstingsdirektörens stab förväntas blir klar under sista delen av året.

Internrevisioner för folktandvården och den offentliga primärvården är planerade att genomföras, för folktandvården i oktober månad och offentlig primärvård i november månad. Därmed förväntas indikatorn att uppnås.
En intern informationskampanj med syftet att få medarbetare i Landstinget Blekinge att åka kollektivt har genomförts i samarbete med Blekingetrafiken.

6 Målområde - Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter

Landstinget Blekinge ska vara en attraktiv arbetsgivare. Ett systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete, utifrån arbetsplatsnära behov och förutsättningar, ska bidra till goda villkor för lärande, delaktighet och en sammanhållen värdegrund.
Ett gott medarbetarskap ska prioriteras, med fokus på genomförda medarbetarsamtal och kompetensutveckling. Landstinget ska erbjuda heltidstjänstgöring och verksamheterna ska arbeta för jämställda villkor och fler heltidarbetande.
Medarbetarnas engagemang i förbättrings- och utvecklingsarbetet ska tas tillvara genom utrymme för dialog och processer för ökad delaktighet. Den interna kommunikationen är ett viktigt redskap för kunskapsspridning om organisation, utvecklingsprocesser, verksamhetsmål och resultat.
Det övergripande målområdet engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter innehåller två inriktningsmål:

- *Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare*
- *Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö*

6.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
Index för hållbart medarbetar-engagemang (HME) för landstingsdirektörens stab	Utgångsvärde 2017 72,9	Oförändrat eller högre	Mätning görs i oktober så utfall per augusti saknas	Med initierat utvecklingsarbete på flera enheter så förväntas målet att uppnås	Medarbetarundersökning som genomförs i oktober
Värdegrundsindex för landstingsdirektörens stab	Utgångsvärde 2017 57,9	Oförändrat eller högre	Mätning görs i oktober så utfall per augusti saknas	Flera enheter har initierat värdegrunds-arbete	Medarbetarundersökning som genomförs i oktober
Andel chefer i landstingsdirektörens stab med kompetensförsörjnings-planer för sin avdelning/enhet	Utgångsvärde 2017 50 %	100 %	Alla chefer har inte gjort kompetens-försörjningsplaner för sina avdelningar än.	Bedömningen är att samtliga chefer inom landstingsdirektörens stab har kompetens-försörjningsplan för sin avdelning vid årets slut	Manuell uppföljning

6.1.1 Uppföljning av nämndens mål

Landstingsdirektörens stab hade vid medarbetarundersökningen i november 2017 ett försämrat resultat av HME vilket resulterat i att flera enheter under året satt igång eller intensifierat utvecklingsarbete för att komma till rätta med de brister som identifierats.

I januari 2018 genomfördes en workshop för landstingsdirektörens stabs chefer i att ta fram kompetensförsörjningsplan i samverkan med medarbetarna vilket ger förutsättningar och kunskap till cheferna att göra kompetensförsörjningsplaner.

Med dessa insatser så förväntas målet att uppnås.

6.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
Index för arbetsmiljö för landstingsdirektörens stab	Utgångsvärde 2017 AMI 70,1	Oförändrat eller högre	Följs upp i årsredovisningen	Flera av avdelningarna på Landstingsdirektörens stab har initierat arbete för att förbättra arbetsmiljön	Medarbetarundersökning

6.2.1 Uppföljning av nämndens mål

Indexet för arbetsmiljö har minskat från föregående mätning och det som identifierats är att medarbetarna framför allt upplever en hög arbetsbelastning.
Flera av enheterna inom landstingsdirektörens stab har initierat utvecklingsarbeten för att förbättra arbetsmiljön för medarbetarna. Man har tagit hjälp av såväl landstingshälsan som av extern handledare.

Under år 2018 har arbetet med bildandet av Region Blekinge intensifierats och stora delar av Landstingsdirektörens stab berörs av denna omorganisation. Omorganisationer medför många gånger oro och osäkerhet hos berörda medarbetare vilket kan komma att påverka resultatet av index för HME och AMI.

6.3 Statistikuttag för perioden 1 januari – 31 juli 2018

Utförd arbetstid inkl jour och beredskap, övertid, mertid och timanställningar i årsarbetare perioden jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	4,6	3,9	**8,6**	4,7	4,4	**9,1**	0,1	0,4	**0,5**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	60,4	20,1	**80,5**	64,9	23,5	**88,4**	4,4	3,4	**7,8**
1.3 Medicinska sekreterare	1,9	0,0	**1,9**	1,9	0,0	**1,9**	0,0	0,0	**0,0**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	1,2	2,5	**3,7**	1,9	2,2	**4,1**	0,7	-0,3	**0,4**
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	0,0	0,1	**0,1**	0,0	0,0	**0,0**	0,0	-0,1	**-0,1**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	3,8	1,6	**5,4**	2,6	1,2	**3,8**	-1,2	-0,4	**-1,6**
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	0,4	0,0	**0,4**	0,4	0,0	**0,4**	0,0	0,0	**0,0**
2.6 Vård/omsorm m.fl: Sjukhustekniker/lab.personal	3,6	0,9	**4,5**	4,1	0,8	**4,9**	0,5	-0,2	**0,4**
3.0 Tandvårdsarbete	0,4	0,0	**0,4**	0,4	0,0	**0,4**	0,0	0,0	**0,0**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	1,0	0,6	**1,6**	0,7	0,2	**0,9**	-0,3	-0,4	**-0,7**
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	3,4	0,9	**4,3**	3,3	0,9	**4,2**	-0,1	0,1	**-0,1**
7.0 Teknikarbete	0,0	0,3	**0,3**	0,0	0,0	**0,0**	0,0	-0,3	**-0,3**
8.0 Hantverkararbete m.m.	0,0	0,0	**0,0**	0,0	0,0	**0,0**	0,0	0,0	**0,0**
Total [årsarbetare]	**80,7**	**30,9**	**111,6**	**84,8**	**33,1**	**118,0**	**4,2**	**2,2**	**6,4**

Den utförda arbetstiden har ökat med 6,4 årsarbetare i jämförelse med samma period 2017. Det är främst inom utvecklingsenheten och Kompetenscentrum som ökningen skett. Den utförda arbetstiden har ökat även inom andra enheter. Bland annat har säkerhetsstrateg och arkivarie rekryterats till kanslienheten.

Övertid i årsarbetare jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	0,02	0,00	**0,02**	0,00	0,00	**0,00**	-0,02	0,00	**-0,02**
1.3 Medicinska sekreterare	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	**0,00**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	0,00	0,00	**0,01**	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	**-0,01**
Total [årsarbetare]	**0,02**	**0,00**	**0,02**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**-0,02**	**0,00**	**-0,02**

Mertid i årsarbetare jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	0,19	0,00	**0,19**	0,02	0,00	**0,02**	-0,18	0,00	**-0,18**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	0,00	0,00	**0,00**	0,01	0,00	**0,01**	0,01	0,00	**0,01**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	0,02	0,00	**0,02**	0,00	0,00	**0,00**	-0,02	0,00	**-0,02**
Total [årsarbetare]	**0,21**	**0,00**	**0,21**	**0,03**	**0,00**	**0,03**	**-0,18**	**0,00**	**-0,18**

Timavlönade i årsarbetare jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	0,08	0,04	**0,12**	0,65	0,00	**0,65**	0,57	-0,04	**0,53**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	0,29	0,83	**1,12**	0,44	0,80	**1,25**	0,15	-0,02	**0,13**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	0,00	0,41	**0,41**	0,00	0,30	**0,30**	0,00	-0,12	**-0,12**
8.0 Hantverkararbete m.m.	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	**0,00**
Total [årsarbetare]	**0,37**	**1,29**	**1,66**	**1,09**	**1,10**	**2,19**	**0,72**	**-0,19**	**0,54**

Frånvaro i årsarbetare per frånvarohuvudgrupp jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Frånvarogrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
01 Sjukfrånvaro	4,27	0,29	**4,56**	5,39	0,75	**6,14**	1,12	0,46	**1,59**
02 Tf Vård av barn	0,62	0,05	**0,68**	0,80	0,16	**0,96**	0,18	0,11	**0,28**
03 Semester	14,67	4,25	**18,92**	15,43	4,19	**19,61**	0,76	-0,06	**0,69**
04 Föräldraledighet	3,41	0,23	**3,65**	3,90	0,59	**4,49**	0,49	0,35	**0,84**
05 Utbildning	0,44	0,05	**0,49**	0,85	0,04	**0,89**	0,41	-0,01	**0,40**
06 Fackligt uppdrag	0,23	0,00	**0,23**	0,16	0,00	**0,16**	-0,07	0,00	**-0,07**
07 Övr.frånvaro m lön	1,90	1,28	**3,18**	1,27	0,20	**1,47**	-0,63	-1,08	**-1,71**
08 Övr.frånvaro u lön	1,21	0,00	**1,21**	1,03	0,17	**1,20**	-0,18	0,17	**-0,01**
09 Flexledighet	1,44	0,39	**1,83**	2,04	0,41	**2,45**	0,60	0,02	**0,62**
10 Sem i timmar	0,06	0,03	**0,08**	0,11	0,02	**0,13**	0,06	0,00	**0,05**
Total [årsarbetare]	**28,24**	**6,57**	**34,82**	**30,98**	**6,54**	**37,51**	**2,73**	**-0,04**	**2,70**

Den totala frånvaron har ökat med 2,7 årsarbetare i jämförelse med samma period föregående år. Det är främst sjukfrånvaron som har ökat och det är några längre sjukfall som står för den största ökningen.

Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro, för månads- och timavlönade jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

År	2017			2018			Förändring		
Kön	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
Sjukfrånvaro i % av ordinarie arbetstid	5,3%	0,9%	**4,2%**	5,5%	1,9%	**4,5%**	0,2%	1,0%	**0,3%**

Extern personalrörlighet i procent (exklusive pensionsavgångar) jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

År	2017			2018			Förändring		
Kön	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
Externa avgångar	0,0%	3,6%	**0,8%**	4,0%	0,0%	**3,0%**	4,0%	-3,6%	**2,2%**

Totalt antal anställda 2018-07-31

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	5	4	**9**	5	5	**10**	0	1	**1**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	82	24	**106**	87	29	**116**	5	5	**10**
1.3 Medicinska sekreterare	2	0	**2**	2	0	**2**	0	0	**0**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	1	1	**2**	1	1	**2**	0	0	**0**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	3	1	**4**	3	1	**4**	0	0	**0**
2.6 Vård/omsorm m.fl: Sjukhustekniker/lab.personal	5	1	**6**	5	1	**6**	0	0	**0**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	1	0	**1**	1	0	**1**	0	0	**0**
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	4	1	**5**	4	1	**5**	0	0	**0**
Total [anställda]	**103**	**32**	**135**	**108**	**38**	**146**	**5**	**6**	**11**

Antalet anställda har ökat med 11 och det är främst utvecklingsenheten och komptenscentrum som står för ökningen.

Antal tillsvidareanställda 2018-07-31

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	5	4	**9**	5	5	**10**	0	1	**1**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	78	19	**97**	79	25	**104**	1	6	**7**
1.3 Medicinska sekreterare	2	0	**2**	2	0	**2**	0	0	**0**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	1	1	**2**	1	1	**2**	0	0	**0**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	3	1	**4**	3	1	**4**	0	0	**0**
2.6 Vård/omsorm m.fl: Sjukhustekniker/lab.personal	5	1	**6**	5	1	**6**	0	0	**0**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	1	0	**1**	1	0	**1**	0	0	**0**
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	4	1	**5**	4	1	**5**	0	0	**0**
Total [tillsvidareanställda]	**99**	**27**	**126**	**100**	**34**	**134**	**1**	**7**	**8**

Antal visstidsanställda (månadsavlönade) 2018-07-31

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	4	5	**9**	8	4	**12**	4	-1	**3**
Total [visstidsanställda]	**4**	**5**	**9**	**8**	**4**	**12**	**4**	**-1**	**3**

6.4 Arbetsmiljö och hälsa

Under året har ett fokus för arbetsmiljöarbetet varit att, i samarbete med landstingshälsan, implementera ett projekt för tidiga rehabiliteringsinsatser, Hälsofrämjande stöd (HFS). Projektet syftar till att skapa verktyg och arbetssätt som underlättar för chefer att snabbt kunna erbjuda rehabiliteringsinsatser till medarbetare som visar tecken på ohälsa och det bedöms att risken är hög att ohälsan kommer att leda till sjukfrånvaro om inte åtgärder vidtas. En utvärdering av projektet, som finansieras av SKL, kommer att göras i november.

För att fler chefer ska gå den obligatoriska arbetsmiljöutbildningen har, i samarbete med landstingshälsan, ett förslag till reviderat innehåll och upplägg tagits fram. Förslaget kommer att stämmas av i verksamheten och samverkas under året och målet är att den nya arbetsmiljöutbildningen ska hållas för första gången våren 2019.

I den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet som färdigställdes i början av året konstateras bland annat att inte någon chef i landstinget returnerat arbetsmiljöuppgifter, att riskbedömningar av daglig verksamhet tillämpas och håller god kvalité. Vidare konstateras att hanteringen av arbetsmiljöfrågor i samverkan bör förbättras och att implementeringen av ett nytt inrapporteringssystem för arbetsmiljöhändelser (IA-systemet) varit framgångsrikt men att antalet inrapporterade händelser bör öka ytterligare. Under året har arbetsgrupper inlett arbetet med att ta fram förslag till rutiner för hur arbetsmiljöfrågor ska hanteras i samverkan, åtgärder för att ytterligare öka antalet inrapporterade arbetsmiljöhändelser och höja kvalitén på utredningar av arbetsmiljöhändelser.

6.5 Viktiga händelser, effekter/resultat, inom kompetensförsörjningsområdet

Inom avdelningen för kunskapsstöd så har medarbetare lånats ut till högre prioriterade landstingsövergripande uppdrag. Rekryteringen för att ersätta dessa tjänster har inte lyckats fullt ut. Det innebär en mindre bemanning inom några områden som är mycket kännbar för flera medarbetare inom avdelningen. För att delvis lösa situationen har en administrativ sekreterare kopplats till avdelningen.

Kommunikationsenheten har två vakanser och rekrytering pågår. Mot bakgrund av regionbildningen, anpassning till nytt varumärke, behovet av kommunikationsstöd i samband med omorganisationen är läget ansträngt. Kommunikationsenheten har därför gått igenom alla uppdrag och gjort en prioritering för att skapa en god arbetsmiljö.

Upphandlingen av ett kompetenssystem med kurskatalog är avslutad och ett stort arbete har lagts under årets första månader för att få detta i hamn. Grade/LUVIT har vunnit upphandlingen och nu efter sommaren har implementeringsfasen gått igång. De utsedda pilotavdelningarna har satts i arbete och kompetenssystemet kommer att implementeras i flera steg. Under hösten 2018 kommer den nya kurskatalogen att gå i produktion i samtliga verksamheter i Landstinget Blekinge. Landstinget Blekinge har valt att kalla det nya kompetenssystemet för Kompetenskompassen.

6.6 Värdegrundsarbete

Landstingsdirektörens stab har under perioden arbetat med att stärka värdegrunden som en del av arbetsgivarvarumärket. Utifrån handlingsplanen för hur Landstinget Blekinge ska bli en attraktivare arbetsgivare har ett flertal aktiviteter genomförts. Fokus har varit att arbeta med den interna stoltheten över att arbeta i Landstinget Blekinge, eftersom stolta medarbetare är de som

bäst sprider en positiv bild av landstinget som arbetsgivare. Ett flertal ambassadörer identifierades, och har blivit en del av marknadsföringen av landstingets arbetsgivarvarumärke. Ett nytt koncept för platsannonser togs fram, och en intern kampanj genomfördes. Kampanjen bygger på vardagsberättelser från verksamheten där värdegrundens ledstjärnor finns med, och som arbetsplatser kan använda som inspiration för att hitta sina egna berättelser.

7 Målområde – Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi

Landstinget ska enligt kommunallagen ha en god ekonomisk hushållning och bedriva verksamheten på ett kostnadseffektivt och ändamålsenligt sätt. God ekonomisk hushållning är en förutsättning för en långsiktigt stabil ekonomi som ger oss möjlighet att ge invånarna en god hälso- och sjukvård, och samtidigt ha utrymme att möta framtidens utmaningar.
Budgeten är landstingets huvudsakliga styrinstrument. Ett aktivt utvecklingsarbete med tydliga rutiner för uppföljning och kontroll av budgetföljsamhet är därför en viktig del i arbetet för att kvalitetssäkra beslutsunderlag och följa upp ekonomiska effekter av fattade beslut.
Investeringar utgör en betydelsefull påverkan på vår verksamhet och ekonomi. Landstinget har därför en väl utvecklad investeringsprocess och upprättar årligen en femårig investeringsplan. Investeringarna i planen prioriteras enligt gällande verksamhetsmål och inriktningsbeslut och innehåller driftsekonomiska effekter av respektive investering.
För att garantera att landstinget bedriver god ekonomisk hushållning och inte skjuter kostnader på framtiden som då drabbar kommande generationer, har det övergripande målet om en långsiktigt stabil ekonomi brutits ner i två inriktningsmål:

- *Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll.*
- *Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering.*

7.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll

Indikatorer enligt landsstingsstyrelsens verksamhetsplan:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Budgetföljsamhet för Landstingsdirektörens stab	Ej relevant	Ingen eller positiv resultatavvikelse jämfört med budget		
Genomförd KPP-analys för vårdförvaltningarna	Saknas	Genomfört	Alla vårdförvaltningar har genomfört en analys av KPP 2017	Bedömningen är att målet uppfylls.

7.1.1 Uppföljning av nämndens mål

De huvudsakliga framgångsfaktorerna för Landstingsdirektörens stab inom målet är:

- En verksamhet som är anpassad till budget
- Tydliga uppdrag till samtliga chefer
- Ändamålsenlig ekonomisk uppföljning

7.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Fastställda ekonomistyrprinciper	Saknas	Fastställda	Påbörjat	Arbetet är påbörjat och utgångspunkt är att det ska vara färdigt under december
Förändrad internkontrollplan inför verksamhetsår 2019	Befintlig	Fastställd		Det kommer inte att finnas någon övergripande internkontrollplan för 2019. Varje nämnd gör sin egen plan som landstingsstyrelsen har övergripande ansvar för.

7.2.1 Uppföljning av nämndens mål

De huvudsakliga framgångsfaktorerna för landstingsdirektörens stab inom målet är:

- Skapa en helhetssyn i landstinget inom ekonomiområdet
- Bedriva ett aktivt internkontrollarbete
- Leda, stödja och följa upp landstingets ekonomiska strategiarbete
- Bidra med stöd vid förändringsarbete

7.3 Ekonomisk uppföljning

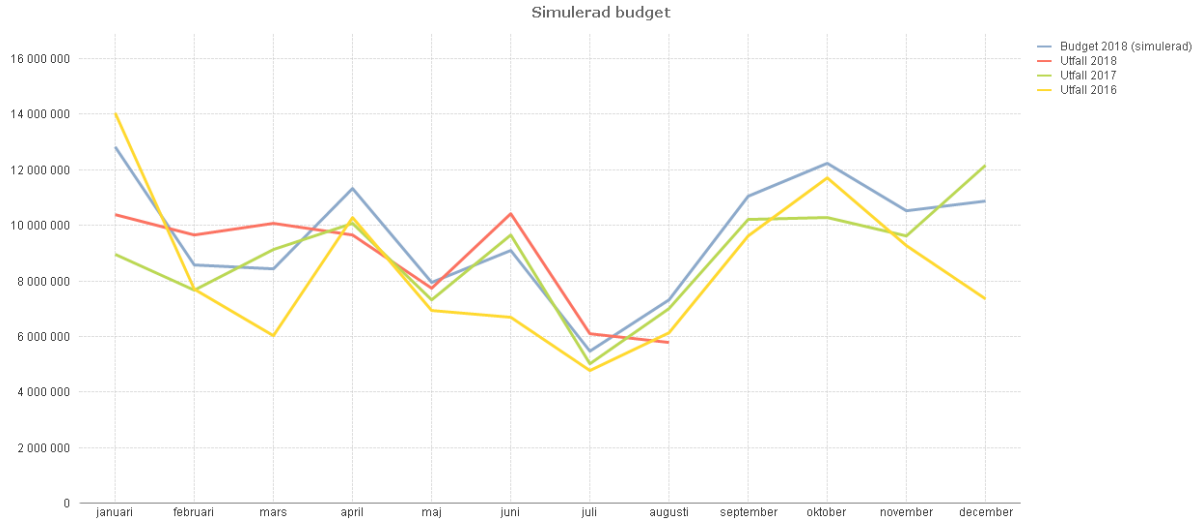
Förvaltningens ackumulerade resultat per augusti 2018

Radetiketter	UTFALL Ack	BUDGET Ack	BUDGET Ack Diff	UTFALL Fg År Ack	Avv ack fg år
⊞3 Intäkter	-4 962	-3 351	1 611	-7 118	-2 157
⊞4 Personal	57 264	57 147	-117	52 703	-4 561
⊞5 Drift	17 527	23 298	5 771	19 215	1 689
⊞8 Avskrivningar	29	68	39	30	
⊞9 Finansen	4		-4	6	2
Totalsumma	**69 862**	**77 162**	**7 300**	**64 836**	**-5 027**

Landstingsdirektörens stabs ackumulerade utfall per augusti 2018 är som tabellen ovan visar 69,9 mnkr, vilket är 7,3 mnkr lägre än budgeterat (budget inläst jämt över 2018). I landstingsdirektörens stab ingår Blekinge kompetenscentrums projektverksamhet och verksamheten inom RC Syd, vilka alla är externt intäktsfinansierade verksamheter. Därför är dessa verksamheter exkluderade i månadsrapporten för att ge en mer rättvisande bild av förvaltningens resultat och prognos.

Historiskt (2016 och 2017) har nettoresultatet varit lägre under sommarmånaderna. Justeras budget för 2018 utifrån denna historik är utfallet jämfört med budget per augusti 2018 +3,8 mnkr.

Nedan bild visar det totala utfallet för landstingsdirektörens stab per månad för 2016-2018 samt budget per månad för 2018 utifrån simulering av 2016 och 2017.

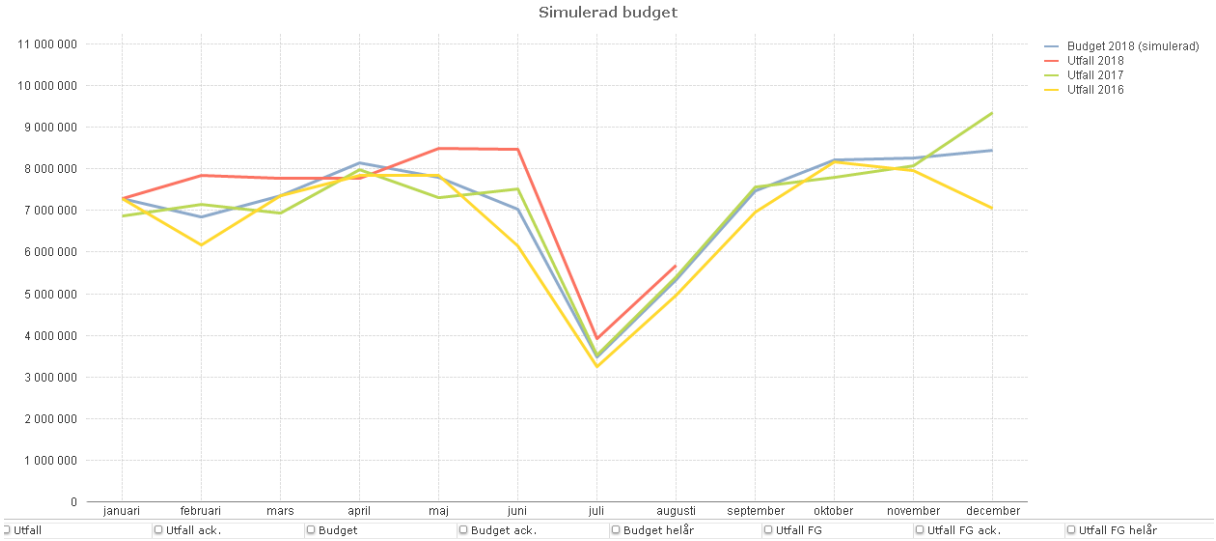


Intäkter

Intäkterna per augusti för landstingsdirektörens stab är per augusti 5,0 mnkr, vilket är 1,6 mnkr högre än budgeterat och -2,2 mnkr lägre än föregående år. Avvikelsen jämfört med budget beror på att de intäkter som finns budgeterade är periodiserad i tolftedelar jämt över 2018. Intäkter för interna uppdragsutbildningar inkommer kontinuerligt under året.

Avvikelsen jämfört med föregående år beror framförallt på att intäkter för balansering av OH-kostnader från externa projekt på kompetenscentrum har gjorts vid olika tidpunkter under året beroende på hur rapporteringstillfällena ligger. För 2018 finns ännu ingen intäkt för OH-kostnader balanserat. Resterande avvikelse beror på att förvaltningen 2017 hade fått en intäkt från Finsam för verksamhetsåren 2015 samt 2016.

Personalkostnader



Ovan bild visar utfallet avseende personalkostnader för landstingsdirektörens stab per månad för 2016-2018 samt budget per månad för 2018 utifrån simulering av 2016 och 2017 års utfall.

Radetiketter	UTFALL Ack	BUDGET Ack	BUDGET Ack Diff	UTFALL Fg År Ack	Avv ack fg år
⊟4 Kostnader	55 900	55 592	-308	51 415	-4 485
⊟4 Kostnader för personal	55 900	55 592	-308	51 415	-4 485
⊞40 Lön arbetad tid	31 830	37 045	5 216	29 144	-2 685
⊞41 Lön ej arbetad tid	6 362	818	-5 544	6 523	161
⊞43 Kostnadsersättn och naturaförm	86		-86	106	20
⊞44 Pensionskostnader	140	167	27	160	20
⊞45 Sociala avg,avg enl lag o avta	17 483	17 562	79	15 481	-2 001
Totalsumma	55 900	55 592	-308	51 415	-4 485

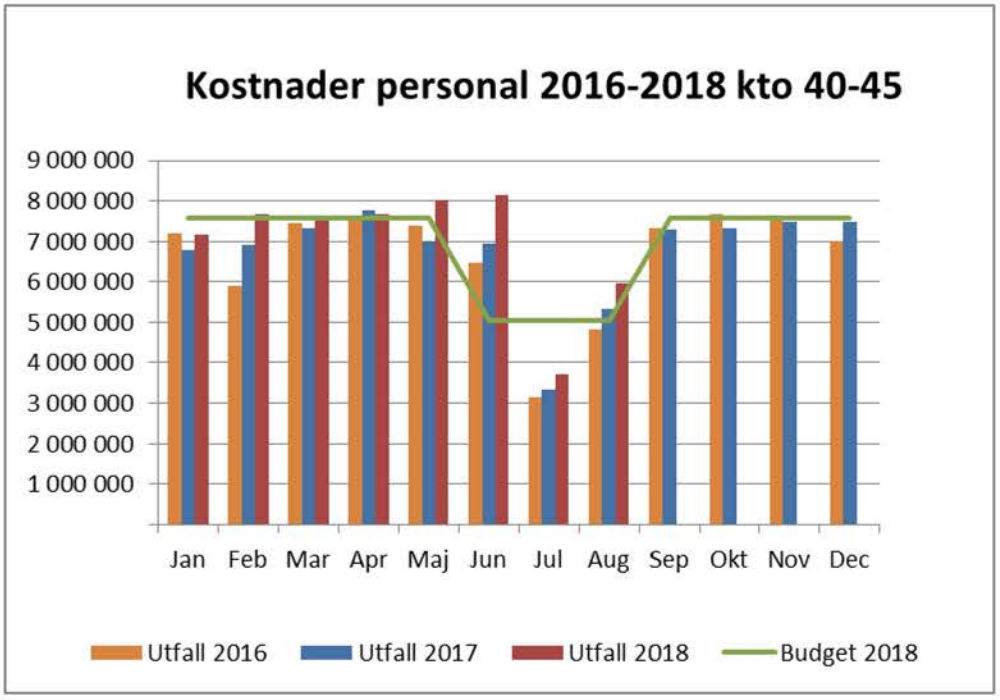
Förvaltningens personalkostnader är per augusti 55,9 mnkr, vilket är -0,3 mnkr högre än budgeterat och -4,5 mnkr högre än för 2017.

Förvaltningens personalkostnader är högre under årets första månader än under sommarmånaderna då den så kallade semestereffekten sänker kostnaden för personal under sommaren. Budgeten är dock periodiserad i månatliga tolftedelar.

Under maj tog landstingsstyrelsen beslut om budgetkompensation för lönerevisionen 2018 motsvarande 1,9 mnkr för kostnadsslag personal. Från och med maj är denna budgetkompensation inarbetad.

Jämfört med samma period 2017 är personalkostnaderna -4,5 mnkr högre. Ca 2,5 mkr beror på ett högre löneläge vilket genererar högre kostnader för sociala avgifter. Den höjda sociala avgiften påverkar jämförelsen med ca 800 tkr. Dessa poster har förvaltningen blivit budgetkompenserad för.

Förvaltningen hade under stora delar av 2017 några budgeterade vakanta tjänster som tillsatts under slutet av 2017 vilket också förklarar skillnaden i utfallet på personalkostnaderna. Från och med maj månad har en ny tjänst tillkommit inom staben vilket bidrar till en högre kostnadsnivå 2018 jämfört med 2017 från maj och framåt.



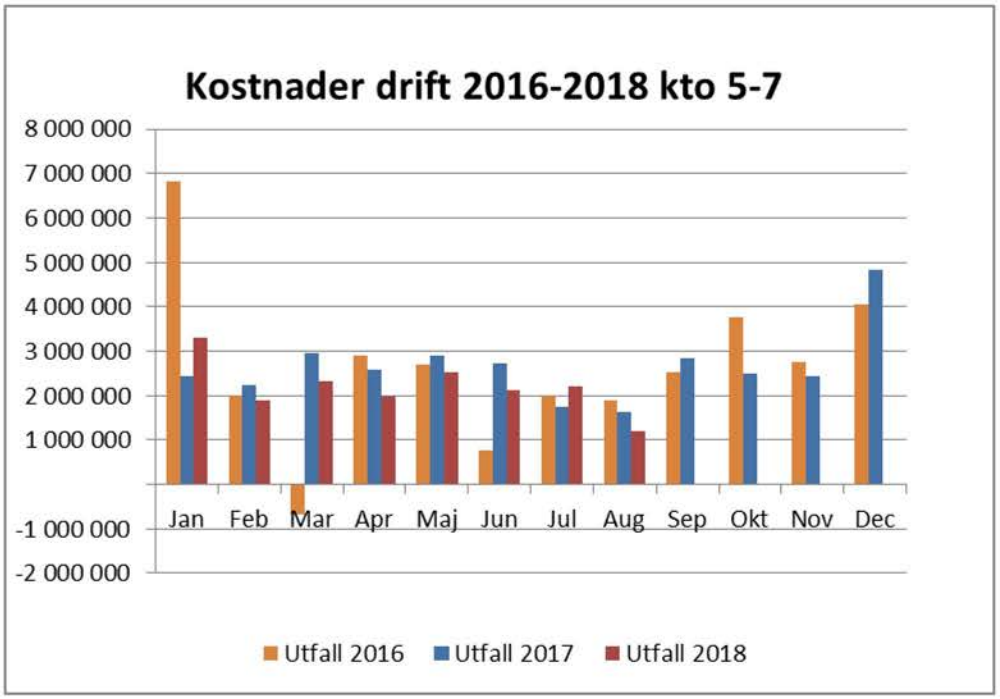
Driftskostnader

Radetiketter	UTFALL Ack	BUDGET Ack	BUDGET A	UTFALL Fg	Avv ack fg
⊟4 Kostnader	17 527	23 298	5 771	19 215	1 689
⊞5 Kostnader för köpt verksamhet	2 360	2 148	-212	2 451	90
⊞6 Övriga verksamhetskostnader	8 356	10 456	2 100	9 787	1 431
⊞7 Övriga verksamhetskostnader	6 810	10 694	3 883	6 977	167
Totalsumma	**17 527**	**23 298**	**5 771**	**19 215**	**1 689**

Driftskostnaderna för landstingsdirektörens stab är per augusti 17,5 mnkr, vilket är +5,8 mnkr lägre än budgeterat och +1,7 mnkr lägre än vid samma period 2017.

Det ärende om omfördelning mellan kontoslagen personal och drift som landstingsfullmäktige beslutade om i april är inarbetad i budget från och med april. Vilket förklarar förändringen i avvikelsen mellan utfall och budget för månadsrapporteringarna februari och mars 2018 jämfört med månadsrapporteringarna därefter 2018.

Under maj tog landstingsstyrelsen beslut om budgetkompensation för lönerevisionen 2018 motsvarande 200 tkr för kostnadsslag drift. Från och med maj är denna budgetkompensation inarbetad.



Bilaga 1: FR1

7.4 Prognosförklaring

Prognosen för landstingsdirektörens stab som lämnas per augusti för 2018 är +1,0 mkr. Det är en förbättring jämfört med tidigare lämnad prognos (per mars) med 1,0 mkr.

Prognosen för intäkter ligger kvar på samma nivå som vid tidigare prognostillfälle.

I prognosarbetet för personalkostnader har en förnyad genomgång av personalstat gjorts för landstingsdirektörens stab. Orsakerna till höjd prognos av personalkostnader inom förvaltningen sedan förra prognosen genomfördes härrör sig framförallt till en tjänst som tillkommit, en löneökning samt snabbare återgång från sjukskrivningar än uppskattat. Dessa delar var vid föregående prognos okända och svåra att förutspå.

Genomgången av kostnader för driften för landstingsdirektörens stab visar lägre kostnader för bland annat utbildning, resor och konsulter. Generellt kan ses en minskning av driftskostnader för drift jämfört med föregående år. Detta är ett resultat av den återhållsamhet man arbetar efter på landstingsdirektörens stab. Effekten av detta arbete var svårbedömt vid föregående prognostillfälle.

8 Prioriterade områden

Landstingsplan och budget 2018-2020

8.1 En nära sjukvård

Deltagit i arbetet med att utforma organisation och inriktning för arbetet i den samlade vårdförvaltningen som kommer att finnas i Region Blekinge från januari 2019.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har i uppdrag att ta fram en ny organisation som är anpassad till nya arbetssätt och framtidens hälso- och sjukvård. Arbetet innebär ett omfattande förankringsarbete. Landstingsdirektörens stab har stöttat uppdrag bland annat genom att ta fram en kommunikationsplan och genomföra löpande kommunikationsinsatser till berörda målgrupper inom vårdförvaltningarna.

8.2 Personalrekrytering

Stora pensionsavgångar och ökad efterfrågan på välfärdstjänster innebär ett fortsatt stort behov av att rekrytera nya medarbetare de kommande åren. För att minska rekryteringsbehovet och öka arbetsgivarens attraktionskraft har arbete inom flera olika områden genomförts i Landstinget Blekinge.

Landstinget arbetar aktivt med arbetsgivarvarumärket för att attrahera och rekrytera nya medarbetare, men framförallt för att behålla nuvarande medarbetare. En av målsättningarna i *Plan för att bli en mer attraktiv arbetsgivare 2017-2022* är att medarbetarna är stolta över att arbeta i landstinget. För att skapa stolthet och vi-känsla initierades en intern stolthetskampanj våren 2018. Kampanjen består av flera moment och pågår under hela 2018. Exempel är chefsverktyg för arbetsplatsträffar med syfte att skapa dialog och stolthet, synliga budskap på intranät och i offentliga rum, artiklar i personaltidningen och ambassadörer i sociala medier. Det har dessutom arbetats fram en ny kommunikativ idé och visuellt koncept för både platsannonsering och strategiskt varumärkesarbete. Landstinget arbetar med planerad och långsiktig varumärkesbyggande annonsering och marknadsföring, som ett komplement till den behovsstyrda platsannonseringen för rekrytering. Framförallt i sociala medier men även på landstingets webbplats, i rörlig media och genom arbete med landstingets ambassadörer.

Landstinget har tecknat ett samverkansavtal med Lunds universitet avseende verksamhets integrerat lärande (VIL) inom läkarutbildningen. I avtalet finns även ambitioner om att utveckla en bredare samverkan mellan parterna, avseende bland annat utbildning på grund- och avancerad nivå, forskarutbildning och forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Landstinget har tagit

emot 9 läkarstudenter från Lunds universitet och kommer framöver att ta emot läkarstudenter varje termin. Läkarstudenterna är viktiga i arbetet att säkra den framtida läkarförsörjningen.

Under perioden genomfördes en preparandkurs för läkare från länder utanför EU/EES. Kursen genomfördes i samarbete med Region Kronoberg och Landstinget Kalmar, från Blekinge var deltagarna de som tidigare gått landstingets snabbspår. Syftet med kursen är att förbereda deltagarna för Socialstyrelsens kunskapsprov som ges under hösten. Ett godkänt kunskapsprov är en förutsättning för att sedan gå in i en praktiktjänstgöring som varar i sex månader. Efter godkänd praktiktjänstgöring kan sedan ansökan göras om svensk läkarlegitimation. Om kunskapsprov och praktiktjänstgöring blir godkända uppskattas tiden för att få svensk läkarlegitimation halveras jämfört med genomsnittstiden, från ca 8 år till ca 4 år. Genom att deltagarna gått både snabbspår och preparandkurs i Blekinge, i landstingets regi, är förutsättningarna goda för att de ska stanna och arbeta i Blekinge när de fått sin legitimation.

8.3 Kvalitetssäkrad cancerprocess

I april infördes tre nya standardiserade vårdförlopp; buksarkom, neuroendokrina buktumörer och vulvacancer, helt i enlighet med vår antagna handlingsplan. Detta är mer sällsynta cancerformer och påverkas av den nationella och regionala ansvarsfördelningen av behandlingar i landet. Införandet skedde därför i samklang med södra sjukvårdsregionens landsting och regioner. Kvalitetssäkring av utdata från de redan införda vårdförloppen sker allt eftersom och utifrån givna resultat görs ständiga förbättringar i processerna. Möjligheterna till införande av allmän tarmcancerscreening för åldrarna 60-84 år enligt Socialstyrelsens rekommendation håller på att utredas i landstinget, med stöd av Regionalt cancercentrum syd. Verktyget ”Min vårdplan” är ett stöd för både patient och vårdpersonal i behandlingsprocessen och landstinget deltar i en nationell pilot för att digitalisera denna funktion på plattformen Stöd och behandling. Införandet planeras i november.

8.4 Barn och ungdomars psykiska hälsa

Primärvårdens första linje verksamhet för barn och ungas psykiska hälsa (tidigare kallat Fyren) finns nu i samtliga kommuner i länet. Verksamhetens medarbetare utgår från Kallinge vårdcentral och finns tillgängliga i övriga kommuner olika dagar i veckan. Verksamheten har gjort en plan för en barnlotsfunktion och förberedelse pågår. Barnlotsen ska lotsa de barn och unga som inte hittat rätt hjälp inom sjukvården.

Landstinget och Blekinges fem kommuner har ansökt och beviljats att delta i ett treårigt nationellt utvecklingsarbete kring tidiga och samordande insatser för barn och unga som Skolverket och Socialstyrelsen bjuder in till. Totalt har 16 utvecklingsarbeten beviljats delta. Utvecklingsarbetet ger god möjlighet till utveckling av en sammanhållen barn- elev- och ungdoms hälsa.

8.5 Digitalisering

Se avsnitt 4.1.1
Riktade statsbidrag på nationell nivå

8.6 Professionsmiljarden - Personalmiljarder - Patientmiljarden

Det övergripande syftet med *professionsmiljarden* är ett bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården genom att skapa förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens medarbetare att öka andelen tid för patientnära arbete och stärka landstingens planering av sina kompetensbehov. Detta ska göras genom att bland annat främja bättre administrativa stöd, effektivare

arbetsfördelning och ändamålsenlig planering. En viss del av professionsmiljarden ska användas för att utbilda specialistsjuksköterskor.

Syftet med *patientmiljarden* är förbättrad tillgänglighet och samordning i hälso- och sjukvården. Överenskommelsen omfattar två huvudområden; stärkt vårdgaranti inom primärvården och patientkontrakt i första hand för patienter med omfattande och komplexa behov.

Personalmiljardens syfte är att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare genom att utveckla medarbetarnas arbetssituation, utveckla ledarskap, arbetsmiljö och ha tillräckligt antal medarbetare med rätt kompetens kombinerat med insatser för att behålla och utveckla medarbetare. Möjlighet till utvecklingsarbete, kapacitets- och produktionsplanering samt verksamhetsstöd är områden som bidrar till att utveckla medarbetare.

De tre överenskommelserna överlappar varandra i flera delar och redovisas gemensamt under denna rubrik.

Landstingets arbete med att konkretisera Framtidens hälso- och sjukvård, förberedelser för att införa framtidens informationssystem (FVIS) kommer att ha stor betydels för att skapa bättre förutsättningar för ett processorienterat arbetssätt och ett kunskapsstöd tillgängligt i det patientnära arbetet. Införandet av personcentrerad vård, som stöds av en gemensam utvecklingsgrupp samordnad av stabens medarbetare, är ett led i patientinvolvering liksom samarbete med patientföreningar och användning av södra regionens gemensamma medborgarpanel för enkätundersökningar.

Resultatet av Blekingesjukhusets satsning på produktions och kapacitetstyrning är bättre tillgänglighet och kortare väntetider till operation. Satsningen fortsättet och involverar nu också Psykiatri och habilitering samt primärvården.

En handlingsplan är inlämnad till SKL med planerade aktiviteter för att kunna uppfylla den nya vårdgarantin, patienter i primärvården ska erbjudas bedömning hos legitimerad personal inom tre dagar. Landstingets tidigare utredning ”Rätt använd kompetens” används som stöd på vägen mot förändrade arbetssätt i primärvården.

Väntetidsuppföljningen i landstinget utvecklas så att den speglar den nya vårdgarantin. Ett utvecklingsarbete för att ensa begrepp och registrering av data som ligger till grund för nationell rapportering pågår och primärvårdsförvaltningen deltar i SKL:s stödjande nätverk. Utbildningsinsatser för att diagnoskoda i primärvården planeras för hösten.

Landstinget ska skapa förutsättningar så att patienten själv ska kunna välja tid till besök/behandling. Tidbok på nätet breddinförs som ett led för att kunna välja tid.

Landstinget har för 2018 ökat det centrala utbildningsanslaget, som huvudsakligen används för utbildningsanställningar till specialistsjuksköterska, med 5,5 mnkr. Landstingsdirektörens stab leder en process där förvaltningarnas behov av utbildningsanställningar identifieras och prioriteras. Utifrån detta fördelas medlen till förvaltningarna som sedan rekryterar till och genomför utbildningsanställningarna.

Introduktionsprogrammet för nyutexaminerade sjuksköterskor ingår nu i ett forskningsprojekt. Syftet är att hitta rätt metod för att underlätta introduktionen till sjuksköterskeyrket, samt minska sjukfrånvaro och personalomsättning, bland annat med hjälp av personcentrerad välbefinnandecoaching alternativt mentorshandledning.

Under perioden har ett arbete påbörjats med att utveckla ledarskapsutbildningarna så att de i högre grad stöttar de strategiska inriktningarna i landstinget samt bidrar till att skapa en attraktivare arbetsgivare.

Upphandlingen av ett kompetenssystem, som är en central del i att utveckla landstingets arbete med kompetensutveckling och kompetensplanering, har genomförts och implementering har påbörjats.

Under första halvåret 2018 har överenskommelser om nattkvot hittills tecknats med Vårdförbundet och Kommunal med syftet att skapa förutsättningar för och öka medarbetarnas möjligheter att få ett långsiktigt hållbart arbetsliv. Detta genom att ge möjlighet till vila och återhämtning i nära anslutning till arbetad tid. I överenskommelserna ingår att följa upp vilka effekter nattkvotsavtalet har för bland annat sjukfrånvaro och övertid. Förslag till nya riktlinjer som ska ge vägledning för en hälsosam arbetstidsförläggning är utarbetade och ska beslutas under hösten 2018.

Inom primärvården har antalet ST-tjänster utökats med 10 stycken, och utbildningsvårdcentralen har permanentats.

Se även under 6.4 hur landstingsdirektörens stab arbetat för att utveckla arbetsmiljö och hälsa i landstinget.

Insatserna inom professionsmiljarden 2017 är redovisade till Socialstyrelsen.

8.7 Insatser inom psykisk hälsa-området

Arbetet med handlingsplanen utifrån statsbidrag Psykisk Hälsa pågår enligt antagen handlingsplan. Olika arbetsgrupper arbetar med uppdragen Information, Psykiatrivecka och studiecirklar, Samordnad Individuell plan, Integrerad vård samt fortsatt analys inför 2019. Nitton medarbetare inom länet har genomgått utbildning i Mental Health First Aid som ett led i arbetet att minska psykisk ohälsa bland barn och unga. En arbetsgrupp har bildats för att ta fram en länsövergripande handlingsplan kring det suicidpreventiva arbetet.

8.8 Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärka insatser för kvinnors hälsa

Under perioden har ett kontaktpersonsmöte anordnats där Blekinge har varit representerade. SKL s intention är att skapa en strategisk plattform för satsningen där inspel från respektive region och landsting är värdefull.

8.9 En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Arbetet med att utveckla och förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdens arbete med att ordinera sjukskrivning och rehabilitering fokuseras nu på att patienten ska ges en personcentrerad och mer sammanhållen vård och behandling för att komma tillbaka till arbete.

En viktig beståndsdel är införandet av rehabiliteringskoordinatorer som strukturerat identifierar och följer upp de patienter som behöver stöd. Koordinatorn arbetar med intern och extern samverkan runt patienten samt ger individuellt stöd. Utvecklingsdialoger har skett mellan

processledare och verksamheter. En ny lag med tillhörande statsbidrag anger att hälso- och sjukvården blir skyldiga att permanenta koordinatorfunktionen. Den förväntas införas från och med den 1 januari 2019.

Staten har även uppdragit åt landstingen att varje landsting ska ha en försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare som stöd till verksamheten. Trots ett idogt rekryteringsarbete har landstinget inte lyckats rekrytera någon försäkringsmedicinsk läkare. En försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare har en viktig roll för läkarkollegor, rehabiliteringskoordinatorer och för processledare med ansvar för processutvecklingen. Försäkringsmedicin ska ingå i handledningen för blivande ST-läkare. Utbildningar i försäkringsmedicin är obligatoriska för ST-läkare och ska också erbjudas AT-läkare och rehabiliterande professioner. Under perioden har utbildning anordnats för ST-läkare och planering för AT-läkare pågår.

Digitalisering är ett ytterligare stöd för att vårdenheten systematiskt ska kunna utveckla och förbättra kvaliteten, planera, leda, följa upp och utvärdera sitt arbete med sjukskrivning och rehabilitering. För en effektivare intygshantering pågår införande av de statliga myndigheternas intygsutvecklarapplikation, Webcert. Flera nya intyg digitaliseras i samband med detta.

En betydande kompetensutvecklingsaktivitet genomfördes gemensamt av Landstinget Blekinge och Försäkringskassan i form av en konferens ”Är det sjukt att må dåligt?” med flera nationella föreläsare. Målgruppen var länets arbetsgivare, hälso- och sjukvård och politiker i länet. Målet med konferensen var att uppnå en samsyn om vad ett effektivt och kvalitetssäkert sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbete innebär.

8.10 Patientmiljarden – Förbättra tillgänglighet och samordning i hälso- och sjukvården

Överenskommelsen omfattar två huvudområden, Stärkt vårdgaranti inom primärvården och patientkontrakt i första hand för patienter med omfattande och komplexa behov.

En handlingsplan har upprättats med hjälp av primärvårdsförvaltningen.
För att kunna uppfylla den nya vårdgarantin, patienter i primärvården ska erbjudas bedömning hos legitimerad personal inom tre dagar, är tidigare utredning om rätt använd kompetens ett hjälpmedel för att utveckla förändrade arbetssätt.

Väntetidsuppföljningen i landstinget utvecklas så att den speglar den nya vårdgarantin. Ett utvecklingsarbete för att ensa begrepp och registrering av data som ligger till grund för nationell rapportering pågår och primärvårdsförvaltningen deltar i SKL:s stödjande nätverk. Utbildningsinsatser för att diagnoskoda i primärvården planeras för hösten.

Rutiner för etablering av fast vårdkontakt ska tas fram-

Landstinget ska skapa förutsättningar så att patienten själv ska kunna välja tid till besök/behandling. Tidbok på nätet breddinförs som ett led för att kunna välja tid.

8.11 Region Blekinge

I projektet Region Blekinge 2019 löper arbetet i enlighet med projektplan. Avstämning sker kontinuerligt i styrgrupp på tjänstepersonsnivå utifrån en aktivitetslista. Under första delen av 2018 har underlag för att fatta övergripande beslut på politisk nivå tagits fram. Det som återstår är styrande dokument som arbetsordning, reglementen, delegationsordningar, arvodesregler och

regler för partistöd. Under hösten är det framförallt mer praktiska aktiviteter kring sammanslagningen av personal och verksamhet som är fokusområden.

I februari beslutade landstingsfullmäktige om en varumärkesstrategi för nya Region Blekinge. Därefter har vi tagit fram en varumärkesmanual och den är nu beslutad av landstingsdirektören. Manualen är till skillnad från strategin ett operativt dokument som beskriver hur regionens kommunikation ska utformas i olika kanaler och aktiviter. Under hösten kommer fokus att vara på genomförande av planen och anpassningar till det nya varumärket, ett arbete som är omfattande och kommer pågå under minst ett par års tid.

Arbete med att informera olika målgrupper om regionbildningen pågår också. Inför valet har fokus varit på att informera invånarna om att valet i september är till den nya regionen som har ett bredare fokus än landstinget.

8.12 Övrigt

Klarspråk
Under 2017 påbörjade landstingsdirektörens stab ett förbättringsarbete som ska bidra till att kvaliteten på politiska beslutsdokument är hög. En omfattande utbildningsinsats genomfördes under fjolåret och under våren har en fördjupningskurs genomförts för handläggare som skriver många beslutsunderlag. Under hösten kommer vi också att göra en mätning av politiska beslutsdokument för att se i vilken grad utbildningsinsatsen inom klarspråk har lett till en förbättring.

Förvaltning:	17 Landstingsdir. Ledningsstab exkl projekt	Period:	augusti 2018	Belopp:	TKR	Ifylld av:	Cecilia Andersson	Datum:	2018-09-06

Kontoslag	UTFALL - ACKUMULERAT			BUDGET - ACKUMULERAT			FÖREG. ÅR - ACKUMULERAT			UTFALL JMF BUDGET			UTFALL JMF FÖREG. ÅR		
	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt
Intäkter	**-4 621**	**-341**	**-4 962**	**-2 267**	**-1 085**	**-3 351**	**-6 425**	**-693**	**-7 118**	**2 354**	**-744**	**1 611**	**-1 804**	**-352**	**-2 157**
Personal	**56 783**	**481**	**57 264**	**57 147**	0	**57 147**	**52 330**	**373**	**52 703**	**364**	**-481**	**-117**	**-4 454**	**-108**	**-4 561**
- Anställda	55 900	0	55 900	55 592	0	55 592	51 415	0	51 415	-308	0	-308	-4 485	0	-4 485
- Inhyrda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- övrigt	883	481	1 364	1 556	0	1 556	915	373	1 288	673	-481	192	32	-108	-76
Drift	**7 962**	**9 568**	**17 531**	**22 213**	**1 085**	**23 298**	**9 638**	**9 584**	**19 222**	**14 251**	**-8 484**	**5 767**	**1 676**	**15**	**1 691**
- Förbrukningsmaterial	733	1 489	2 222	2 740	0	2 740	634	2 460	3 094	2 007	-1 489	518	-99	971	872
- Resor	778	0	778	1 690	0	1 690	1 269	0	1 269	912	0	912	492	0	492
- Information PR	83	0	83	459	0	459	472	0	472	376	0	376	389	0	389
- Köpta tjänster	1 522	2 414	3 936	5 030	1 085	6 115	2 481	1 573	4 054	3 508	-1 330	2 179	959	-841	118
- Post och tele	1 462	584	2 046	2 611	0	2 611	1 814	515	2 330	1 149	-584	565	352	-69	283
- övrigt	3 385	5 081	8 465	9 683	0	9 683	2 967	5 035	8 002	6 298	-5 081	1 218	-418	-45	-463
Kapitalkostnad	**28**	**2**	**29**	**68**	0	**68**	**28**	**2**	**30**	**41**	**-2**	**39**	0	**0**	**0**
TOTALA INTÄKTER	**-4 621**	**-341**	**-4 962**	**-2 267**	**-1 085**	**-3 351**	**-6 425**	**-693**	**-7 118**	**2 354**	**-744**	**1 611**	**-1 804**	**-352**	**-2 157**
TOTALA KOSTNADER	**64 773**	**10 051**	**74 824**	**79 429**	**1 085**	**80 514**	**61 995**	**9 959**	**71 954**	**14 656**	**-8 966**	**5 689**	**-2 778**	**-92**	**-2 870**
NETTORESULTAT	**60 152**	**9 710**	**69 862**	**77 162**	0	**77 162**	**55 570**	**9 266**	**64 836**	**17 010**	**-9 710**	**7 300**	**-4 582**	**-445**	**-5 027**

Landstinget Blekinge
Ekonomirapportering

Formulär FR 1 - Resultatrapport
Prognos - Förvaltning

Förvaltning:	17 Landstingsdir. Ledningsstab exkl projekt	Period:	augusti 2018	Belopp:	TKR	Ifylld av:	Cecilia Andersson	Datum:	2018-09-06

Kontoslag	PROGNOS - HELÅR			BUDGET - HELÅR			FÖREG. ÅR - HELÅR			PROGNOS JMF BUDGET			PROGNOS JMF FÖREG. ÅR		
	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt
Intäkter	**-5 920**	**-2 568**	**-8 488**	**-3 400**	**-1 627**	**-5 027**	**-8 719**	**-1 503**	**-10 222**	**2 520**	**941**	**3 461**	**-2 799**	**1 066**	**-1 733**
Personal	**89 098**	**892**	**89 990**	**85 721**	0	**85 721**	**85 144**	**348**	**85 492**	**-3 377**	**-892**	**-4 268**	**-3 954**	**-544**	**-4 498**
- Anställda	87 773	0	87 773	83 387	0	83 387	81 301	-323	80 978	-4 386	0	-4 386	-6 472	-323	-6 795
- Inhyrda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- övrigt	1 325	892	2 216	2 334	0	2 334	3 843	671	4 513	1 009	-892	117	2 518	-221	2 297
Drift	**18 612**	**14 587**	**33 198**	**33 320**	**1 627**	**34 947**	**16 910**	**14 903**	**31 813**	**14 708**	**-12 960**	**1 748**	**-1 702**	**317**	**-1 386**
- Förbrukningsmaterial	1 230	2 277	3 507	4 110	0	4 110	1 081	3 718	4 799	2 880	-2 277	603	-148	1 441	1 292
- Resor	1 411	0	1 411	2 534	0	2 534	2 005	0	2 005	1 123	0	1 123	593	0	593
- Information PR	2 176	7	2 182	689	0	689	565	8	573	-1 486	-7	-1 493	-1 611	1	-1 609
- Köpta tjänster	4 191	0	4 191	7 545	1 627	9 172	4 879	2 884	7 763	3 354	1 627	4 981	688	2 884	3 572
- Post och tele	2 493	910	3 404	3 917	0	3 917	2 882	773	3 654	1 423	-910	513	388	-137	251
- övrigt	7 111	11 392	18 503	14 525	0	14 525	5 498	7 520	13 019	7 414	-11 392	-3 979	-1 613	-3 872	-5 485
Kapitalkostnad	**41**	**3**	**43**	**103**	0	**103**	**42**	**3**	**44**	**62**	**-3**	**59**	**1**	**0**	**1**
TOTALA INTÄKTER	**-5 920**	**-2 568**	**-8 488**	**-3 400**	**-1 627**	**-5 027**	**-8 719**	**-1 503**	**-10 222**	**2 520**	**941**	**3 461**	**-2 799**	**1 066**	**-1 733**
TOTALA KOSTNADER	**107 751**	**15 481**	**123 231**	**119 143**	**1 627**	**120 770**	**102 095**	**15 254**	**117 349**	**11 393**	**-13 854**	**-2 461**	**-5 655**	**-227**	**-5 882**
NETTORESULTAT	**101 831**	**12 913**	**114 743**	**115 743**	0	**115 743**	**93 376**	**13 751**	**107 127**	**13 913**	**-12 913**	**1 000**	**-8 454**	**839**	**-7 616**

§ 347/18 Ärendenummer: 2018/01220

Delårsrapport augusti 2018 landstingsdirektörens stab

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att godkänna delårsrapport augusti 2018 för landstingsdirektörens stab.

Sammanfattning

Landstingsdirektörens stab överlämnar delårsrapport augusti 2018 till landstingsstyrelsen. Insatser för att nå inriktningsmålen inom samtliga målområden pågår.
Landstingsdirektörens stab prognostiserar en positiv budgetavvikelse på 1,0 mkr. Det är en förbättring jämfört med tidigare lämnad prognos (per mars) med 1,0 mkr.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Delårsrapport augusti 2018 landstingsdirektörens stab.
Bilaga: Delårsrapport augusti 2018 landstingsdirektörens stab/landstingsstyrelsen.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten
David Larsson

2018-09-24

Ärendenummer 2018/01455
Dokumentnummer 2018/01455-1

Till Landstingsstyrelsen

Delårsrapport augusti 2018 Landstingsgemensamt

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

1. Att godkänna delårsrapporten för förvaltning landstingsgemensamt

Sammanfattning

Resultatet per augusti 2018 för förvaltning Landstingsgemensamt är 718 mnkr, vilket motsvarar ett överskott på 20,6 mnkr i jämförelse med budget.

Den positiva avvikelsen beror främst på att det finns budgeterade anslag främst inom centrala personalkostnader som inte betalas ut förrän senare under hösten. Avvikelsen beror också på att intäkten från sjukskrivningsmiljarden finns också bokförd på anslag under landstingsstyrelsen. Intäkten är bokförd i sin helhet (10,6 mnkr) medan kostnaderna som ska täckas är spridda över året. Även statsbidrag för asyl på 2,8 mnkr är tillfälligt bokförda på anslag under landstingsstyrelsen, dessa intäkter ska fördelas till förvaltningarna.

Resultatet för förtroendemannaorganisationen är 1,04 mnkr bättre än budgeterat. Hälsoval avviker positivt med 1,5 mnkr, vilket beror främst på lägre kostnader för hälso- och sjukvårdspeng och läkemedel.

Prognosen efter augusti är 1 109,5 mnkr vilket är 1 200 tkr sämre än budgeterat. Den negativa prognosen jämfört med budget beror främst på att det inom anslag under landstingsstyrelsen finns ofinansierade kostnader för tomställda lokaler och kostnader inom ansvaret för landstingsövergripande. Den negativa avvikelsen minskas av att anslaget för reserv inte förväntas användas samt att intäkterna på ansvaret för bra sjukskrivning förväntas bli 4 mnkr högre än kostnaderna. Även kostnaderna för sysselsättningsbefrämjande åtgärder förväntas bli lägre än budgeterat.

Prognosen för förtroendemannaorganisationen är 0,8 mnkr bättre än budgeterat vilket beror på lägre kostnader för LF, LSAU och LS:ordförande.

Prognosen för Hälsoval Blekinge är ett resultat som är i nivå med budget. Det är beslutat att budgeten 2018 för hälso- och sjukvårdspeng samt till läkemedel ska delas ut till vårdgivarna. Det blir således varken överskott eller underskott för dessa kostnader.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

Bilaga

- Delårsrapport augusti 2018 Landstingsgemensamt.
- Delårsrapport Hälsoval



Delårsrapport augusti 2018

Landstingsgemensamt

september 2018

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning 3

2 Inledning 4

3 Fokusområde 5

3.1 Läkemedel 5
3.2 Tomma lokaler 5
3.2 Inköp av bland annat förbrukningsmaterial 5
3.3 Utbildningskostnader och resekostnader för möten och konferenser 5

4 Målområde – Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi 6

4.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll 6
4.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering 8

5 Finansiell analys 9

5.1 Uppföljning intäkter och kostnader 9
5.2 Prognos mot budget 11

1 Sammanfattning

Resultatet per augusti 2018 för förvaltningen Landstingsgemensamt är 718 mnkr, vilket motsvarar ett överskott på 20,6 mnkr i jämförelse med budget. Tabellen nedan visar utfall, budget, prognos samt avvikelser för respektive basenhet inom förvaltningen.

Landstingsgemensamt	Utfall ack augusti 2018	Budget ack augusti 2018	Budgetavvikelse ack augusti 2018	Utfall ack augusti 2017	Avvikelse ack utfall jmf med augusti 2017	Prognos 2018	Budget 2018	Prognostiserad Budgetavvikelse 2018
182 Politik	11 322	12 362	1 040	10 092	- 1 230	17 735	18 543	808
183 LS Anslag	267 264	285 351	18 087	306 908	39 644	430 417	428 409	- 2 008
225 Hälsoval	439 372	440 885	1 513	421 135	- 18 237	661 328	661 328	0
Totalt:	**717 958**	**738 598**	**20 640**	**738 135**	**20 177**	**1 109 480**	**1 108 280**	**- 1 200**

Resultatet efter augusti 2018 för förtroendemannaorganisationen är 11,3 mnkr vilket är 1 040 tkr lägre än budgeterat.

Anslag under landstingsstyrelsen avviker positivt med 18,1 mnkr efter augusti. Den positiva avvikelsen beror på att det finns budgeterade anslag främst inom centrala personalkostnader som inte betalas ut förrän under hösten. Avvikelsen beror också på att intäkten från sjukskrivningsmiljarden finns också bokförd på anslag under landstingsstyrelsen. Intäkten är bokförd i sin helhet (10,6 mnkr) medan kostnaderna som ska täckas är spridda över året. Även statsbidrag för asyl på 2,8 mnkr är tillfälligt bokförda på anslag under landstingsstyrelsen, dessa intäkter ska fördelas till förvaltningarna.

Hälsoval avviker positivt med 1,5 mnkr. Avvikelsen beror främst på lägre kostnader för hälso- och sjukvårdspeng och läkemedel.

Prognosen efter augusti är 1 109,5 mnkr vilket är 1 200 tkr sämre än budgeterat. Den negativa prognosen jämfört med budget beror främst på att det inom anslag under landstingsstyrelsen finns ofinansierade kostnader för tomställda lokaler och kostnader inom ansvaret för landstingsövergripande. Den negativa avvikelsen minskas av att anslaget för reserv inte förväntas användas samt att intäkterna på ansvaret för bra sjukskrivning förväntas bli 4 mnkr högre än kostnaderna. Även kostnaderna för sysselsättningsbefrämjande åtgärder förväntas bli lägre än budgeterat.

Den positiva prognosavvikelsen för förtroendemannaorganisationen beror på beror på lägre kostnader för LF, LSAU och LS:ordförande.

Prognosen för Hälsoval Blekinge är ett nettoresultat på 661,3 mnkr, vilket är i nivå med budget. Den största delen av kostnaderna för Hälsoval Blekinge är kostnaderna för hälso- och sjukvårdspeng och läkemedel. Det är beslutat att budgeten 2018 för hälso- och sjukvårdspeng samt till läkemedel ska delas ut till vårdgivarna. Det ska således varken bli överskott eller underskott för dessa kostnader.

Utförligare rapport för Hälsoval finns som bilaga till denna delårsrapport

2 Inledning

Förvaltningen Landstingsgemensamt är organiserad i tre basenheter Förtroendemannaorganisation, Anslag under landstingsstyrelsen och Hälsoval. Förtroendemannaorganisationen innehåller kostnader för de förtroendevaldas arvoden, politiska sekreterare och förtroendemannarevision. Anslag under landstingsstyrelsen är kostnader för bidrag till organisationer, kollektivtrafiken, Region Blekinge samt centrala kostnader för öppenvårdsläkemedel, IT och personalpolitiska insatser. Hälsoval är kostnaderna för vårdcentralerna i Blekinge både privata och offentliga.

Inför varje verksamhetsår beslutar Landstingsstyrelsen om budget för förvaltning Landstingsgemensamt. Beslutsunderlaget är ett dokument som kort beskriver och visar budgeterade kostnader för de olika delarna inom förvaltningen. Största delen av förvaltningens verksamhet exklusive hälsoval är bidrag och utbetalningar till externa organisationer som följer avtalade kostnader och anslag. Därför utarbetas ramar och riktlinjer för verksamheten i budgetdokumentet för förvaltning landstingsgemensamt istället, som för övriga förvaltningar, i en verksamhetsplan. I detta delårsbokslut för förvaltning Landstingsgemensamt finns därför endast ekonomisk redovisning/uppföljning, det vill säga övriga målområden kommer inte att redovisas.

3 Fokusområde

3.1 Läkemedel

På förvaltning landstingsgemensamt redovisas centrala öppenvårdsläkemedel. Det är främst kostnader för smittskyddsläkemedel. Förskrivning av dessa läkemedel sker enligt de nationella riktlinjer som finns.

3.2 Tomma lokaler

På ansvaret för koncernkostnader på basenheten anslag under landstingsstyrelsen bokförs kostnaderna för de tomställda lokaler som finns i landstinget. En översyn av de tomställda lokalerna är genomförd enligt beslut i ärendet om åtgärder för ekonomi i balans. Samtliga tomställda lokaler har gåtts igenom med berörda av landstingsservice förvaltningschef. Ett underlag till omfördelning är framtaget och omfördelningen av en del av kostnaderna för lokalerna verkställdes under april, vilket minskade kostnaderna på ansvaret för koncernkostnader med 2,2 mnkr. Även underlag för förslag till försäljning och rivning finns för fortsatt dialog. Regelverket för tomställda lokaler skall revideras i samband med ny hyresmodell.

3.2 Inköp av bland annat förbrukningsmaterial

Förbrukningsmaterial finns under kontogrupp 64. Under kontogrupp 64 finns också dataprogram. Landstingsgemensamts utfall per mars för kontogrupp 64 är 5 991 tkr vilket är 1 750 tkr högre än budgeterat och 2 165 tkr högre än vid samma period 2017. Avvikelsen beror främst på att det inom hälsoval under mars tillkommit interna kostnader på cirka 2 mnkr i helårskostnad för dataprogram som ska analyseras om och hur dessa kostnader ska fördelas ut på vårdcentralerna.

3.3 Utbildningskostnader och resekostnader för möten och konferenser

Kostnaderna för utbildning och konferenser är per mars 1 071 tkr för förvaltning landstingsgemensamt. Utfallet är 133 tkr högre än budgeterat och 65 tkr lägre än för motsvarande period 2017. Budgetavvikelsen finns inom förtroendemannaorganisationen och beror främst på kostnader för en konferens som varit under april samt en konferens för förtroendemannarevisionen i juni.

Resekostnaderna är per augusti 521 tkr, vilket är 120 tkr högre än budgeterat och 65 tkr högre än för motsvarande period 2017.

4 Målområde – Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi

Landstinget ska enligt kommunallagen ha en god ekonomisk hushållning och bedriva verksamheten på ett kostnadseffektivt och ändamålsenligt sätt. God ekonomisk hushållning är en förutsättning för en långsiktigt stabil ekonomi som ger oss möjlighet att ge invånarna en god hälso- och sjukvård, och samtidigt ha utrymme att möta framtidens utmaningar.
Budgeten är landstingets huvudsakliga styrinstrument. Ett aktivt utvecklingsarbete med tydliga rutiner för uppföljning och kontroll av budgetföljsamhet är därför en viktig del i arbetet för att kvalitetssäkra beslutsunderlag och följa upp ekonomiska effekter av fattade beslut.
Investeringar utgör en betydelsefull påverkan på vår verksamhet och ekonomi. Landstinget har därför en väl utvecklad investeringsprocess och upprättar årligen en femårig investeringsplan. Investeringarna i planen prioriteras enligt gällande verksamhetsmål och inriktningsbeslut och innehåller driftsekonomiska effekter av respektive investering.
För att garantera att landstinget bedriver god ekonomisk hushållning och inte skjuter kostnader på framtiden som då drabbar kommande generationer, har det övergripande målet om en långsiktigt stabil ekonomi brutits ner i två inriktningsmål:

- *Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll.*
- *Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering.*

4.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll

Förvaltningen har inför 2018 inte upprättat någon verksamhetsplan och således finns inte heller några förvaltningsspecifika ekonomiska mål. Den målredovisning som redovisas är framtagen utifrån landstingsplanens indikatorer för att landstinget Blekinges verksamhet ska bedrivas med god kostnadskontroll.

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Budgetföljsamhet för förvaltning Landstingsgemensamt	Ej relevant	Ingen eller positiv resultatavvikelse jämfört med budget	Utfallet per augusti för förvaltning landstingsgemensamt är 718 mnkr, vilket är 20,6 mnkr bättre än budgeterat	Förvaltning Landstings-gemensamt prognostiserar ett resultat som är 1,2 sämre än budgeterat
Utveckling av verksamhetens kostnader.	Ej relevant	Lika eller lägre kostnadsut-veckling än i gällande budget	Målvärdet för kostnadsutvecklingen för förvaltningen är att sänka kostnaderna per augusti med 16,9 mnkr. Kostnaderna per augusti är 20,1 mnkr lägre än för samma period 2017.	Det budgeterade målvärdet för kostnadsutvecklingen 2018 för förvaltningen är att sänka kostnaderna med 31,4 mnkr. Prognosen för förvaltningen är att kostnaderna sänks med 13,9 mnkr, vilket är sämre än målvärdet.

4.1.1 Uppföljning

Indikatorerna för inriktningsmålet om att landstinget bedrivs med god kostnadskontroll är bägge uppfyllda per augusti men prognostiseras att inte uppfyllas för 2018.

Orsaken till att indikatorernas målvärden uppfylls per augusti är främst att det inom anslag under landstingsstyrelsen finns anslag som betalas ut senare under året samt lägre kostnader än budgeterat inom hälsoval. Av samma skäl uppfylls även målvärdet för kostnadsutvecklingen.

Förvaltningen prognostiserar ett resultat som är 1,2 mnkr högre än budgeterat vilket gör att målvärdet för budgetföljsamhet inte förväntas uppnås. Den negativa budgetavvikelsen beror främst på att det finns ofinansierade kostnader för tomställda lokaler och landstingsövergripande kostnader inom basenheten anslag under landstingsstyrelsen.

Att målvärdet för kostnadsutvecklingen är att sänka kostnaderna jämfört med 2017 beror främst på en förändring av budgeten för koncernbidrag till landstingsservice som i sin tur beror på en förändring i landstingsservice prissättningsmodell. En större del av landstingsservice kostnader betalas 2018 av brukande förvaltningar i priserna istället för att som 2017 finansieras genom ett koncernbidrag från landstingsgemensamt. Budget för ökade kostnader på grund av den nya prissättningsmodellen har inför 2018 omfördelats från koncernkostnader till brukande förvaltningar. Att kostnadsutvecklingen prognostiseras bli högre än budgeterat beror främst på att det inom ansvaret för koncernkostnader finns ofinansierade kostnader för tomställda lokaler och kostnader inom ansvaret för landstingsövergripande. Det finns också kostnader, för arbetet med exempelvis bra sjukskrivning, som täcks av intäkter från till exempel sjukskrivningsmiljarden istället för av kostnadsbudget. Detta tillsammans gör att kostnadsutvecklingen blir högre än vad som är budgeterat och målet om lika eller lägre kostnader än i gällande budget inte prognostiseras att uppnås.

4.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018
Soliditet	Ej relevant.	Minst 35 %	Finns inga mål för förvaltningen	Följs ej upp av förvaltning landstingsgemensamt
Avkastning på landstingets pensionsplaceringar.	Ej relevant.	Real avkastning på 3 % i genomsnitt under en femårs-period	Finns inga mål för förvaltningen	Följs ej upp av förvaltning landstingsgemensamt

4.2.1 Uppföljning

Följs ej upp av förvaltning landstingsgemensamt

5 Finansiell analys

5.1 Uppföljning intäkter och kostnader

Resultatet efter augusti 2018 för Landstingsgemensamt är 718 mnkr, vilket motsvarar ett ackumulerat budgetöverskott på 20,6 mnkr. Tabellen nedan visar förvaltningens ackumulerade utfall i förhållande till budget och jämfört med samma period 2017 per intäkter, personalkostnader, driftskostnader, kapitalkostnader och finansiella poster.

Landstingsgemensamt	Utfall ack augusti 2018	Budget ack augusti 2018	Budgetavvikelse ack augusti 2018	Utfall ack augusti 2017	Avvikelse ack utfall jmf med augusti 2017
Intäkter	- 17 065	360	17 425	- 17 024	41
Personalkostnader	34 723	46 393	11 670	33 088	- 1 635
Driftskostnader	700 255	691 844	- 8 411	723 113	22 858
Kapitaltjänstkostnader	46	2	- 44	43	- 3
Finansen		-	-	- 1 086	- 1 086
Totalt:	**717 959**	**738 599**	**20 640**	**738 135**	**20 176**

5.1.1 Verksamhetens intäkter

Förvaltningens intäkter finns främst inom anslag under landstingsstyrelsen. Som tabellen visar är intäkterna 17,1 mnkr, vilket är 17,4 mnkr bättre än budgeterat. Skillnaden beror på att den intäkt som landstinget fått från sjukskrivningsmiljarden, liksom tidigare år, är bokförd på ansvaret för bra sjukskrivning men inte finns budgeterad. Intäkten från sjukskrivningsmiljarden är på 10,6 mnkr. Det finns även andra intäkter kopplade till bra sjukskrivning på ca 2,3 mnkr. Det finns också 2,8 mnkr i intäkter från statsbidrag för asylsökande. Dessa intäkter är tillfälligt bokförda centralt på förvaltning landstingsgemensamt och ska senare fördelas ut förvaltningarna. Övriga intäkter är främst lönerersättningar och bidrag för personal kopplat till arbetet med snabbspår och preparandkurs.

5.1.2 Personalkostnader

Personalkostnaderna är per augusti 34,7 mnkr, vilket är 11,7 mnkr bättre än budgeterat men 1,6 mnkr högre än för samma period 2017.

Personal kostnaderna för förtroendemannaorganisationen är 815 tkr lägre än budgeterat men 907 tkr högre än per augusti 2017. Avvikelsen jämfört med samma period 2017 beror främst på högre kostnader för landstingsstyrelsen, och arvoden för gruppmöten. Av skillnaden i personalkostnader jämfört med samma period 2017 beror ca 190 tkr på ett högre löneläge vilket förtroendemannaorganisationen blivit budgetkompenserade för.

Personalkostnaderna för anslag under landstingsstyrelsen var efter augusti 24 mnkr vilket är 10,7 mnkr bättre än budgeterat och 0,7 mnkr högre än för samma period 2017. Den positiva budgetavvikelsen för personalkostnaderna beror främst på att det inom anslag under landstingsstyrelsen finns budget för det centrala utbildningsanslaget som efter politiskt beslut senare under året delas ut till förvaltningarna för att täcka kostnader för vidarutbildningar. Den ackumulerade budgeten per augusti 6,8 mnkr för centrala utbildningsanslaget. Avvikelsen beror också på lägre kostnader för sysselsättningsbefrämjande åtgärder. Det finns under anslag under landstingsstyrelsen en reserv på sammanlagt 7,2 mnkr för 2018. Av den uppbudgeterade reserven

är 2,7 mnkr budgeterade personalkostnader. På reserven finns per augusti inga bokförda personalkostnader.

Skillnaden i personalkostnader jämfört med 2017 beror på 2 mnkr högre kostnader för primärvårdens ST-läkare. Skillnaden beror dels på ett högre löneläge samt högre personalomkostnadspålägg men också på att kostnaderna 2017 var lägre än vad som var budgeterat samt på att primärvården ökat antalet ST-läkare.
Budget för det ökade antalet ST-läkare finns på landstingstyrelsens förfogandeanslag och kommer omfördelas till anslaget för primärvårdens ST-läkare efter politiskt beslut. Att kostnaderna inte ökat mer trots de högre kostnaderna för ST-läkarna beror på att ersättning för sjukskrivningskoordinatorer på 981 tkr hade betalades ut per augusti 2017 från ansvaret för bra sjukskrivning. Utbetalningen för sjukskrivningskoordinatorer är per augusti i år ännu inte gjord.

5.1.3 Läkemedel

På förvaltning landstingsgemensamt redovisas centrala öppenvårdsläkemedel. Det är främst kostnader för smittskyddsläkemedel. Läkemedelskostnaderna är per augusti 40,6 mnkr, vilket är 1,7 mnkr lägre än budgeterat. Avvikelsen beror främst på högre läkemedelsrabatter.

5.1.4 Övriga kostnader

Förtroendemannaorganisationens driftskostnader är 351 tkr högre än för samma period 2017. Skillnaden beror främst på kostnader för skärmplats Blekinge samt radioreklam som inte fanns 2017

Driftskostnaderna för anslag under landstingsstyrelsen var efter augusti 262,1 mnkr vilket är 11 mnkr högre än budgeterat men 40,7 mnkr lägre än för samma period 2017. Att driftskostnaderna är högre än budgeterat beror främst på att det inom anslag under landstingsstyrelsen finns kostnader för tomställda lokaler på 9,4 mnkr som förvaltningen inte har någon budget för (se även under rubriken fokusområde om tomställda lokaler i kapitel 3.2)
Inom ansvaret för bra sjukskrivning finns driftskostnader på sammanlagt 4,7 mnkr som inte finns budgeterade. Kostnaderna är bland annat för FMU-administration och TMU AFU kopplat till bra sjukskrivning samt avgift till Finsam. Kostnaderna på ansvaret för bra sjukskriving täcks av intäkten från sjukskrivningsmiljarden.

På ansvaret för landstingsövergripande kostnader finns driftskostnader på 3,9 mnkr som det inte finns budget för. Kostnaderna som bokförts på ansvaret är hälsoinformation på hemspråk från Ronneby kommun, kostnader för samverkansmodell av läkemedel från SKL, uppföljning av öppna jämförelser från SKL, klinisk behandlingsforskning, kostnad för sjukvårdsbarometern, kostnaden för nationell patientenkät samt medlemsavgift science park.

Även kostnaderna för Blekingetrafiken är per augusti 1,6 mnkr högre än budgeterat. Avvikelsen beror dels på att en del av kostnaderna för blekingetrafiken finns budgeterat på landstingsstyrelsens förfogandeanslag som omfördelas till ansvaret för Blekingetrafiken först efter politiskt beslut och dels på att återbetalningen för 2017 blev 0,25 mnkr lägre än förväntat.

En annan orsak till att driftskostnaderna är högre än budgeterat är att kostnaderna som utbetalats till pensionärsorganisationer och folkhälsoföreningar inte blivit periodiserade. Budgeten för dessa anslag är periodiserad i tolftedelar. Periodiseringsfelet medför att avvikelsen blir ca 1 mnkr högre. Även driftskostnaderna för centrala IT-utvecklingskostnader är högre än budgeterat.

Det finns under anslag under landstingsstyrelsen en reserv på sammanlagt 7,2 mnkr för 2018. Av den uppbudgeterade reserven är 4,5 mnkr budgeterade driftskostnader. På ansvaret finns per augusti endast en utbetalning på 17 tkr till Blekinge nämndemannaförening och en utbetalning på 500 tkr till Blekinge idrottsförbund som bokförda driftskostnader.

Driftskostnaderna är jämfört med 2017 som tabellen ovan visar 40,7 mnkr lägre.
Att driftskostnaderna är så mycket lägre än 2017 beror främst på lägre utbetalning av koncernbidrag till landstingsservice vilket i sin tur beror på en förändring i landstingsservice prissättningsmodell där en större del av landstingsservice kostnader betalas av brukande förvaltningar i priserna istället för finansieras genom ett koncernbidrag från landstingsgemensamt. Budget har inför 2018 omfördelats från koncernkostnader till brukande förvaltningar. Även kostnaderna för centrala öppenvårdsläkemedel är per augusti 4,4 mnkr lägre vilket beror på högre läkemedelsrabatter.

Driftskostnaderna för blekingetrafiken är också högre än för 2017. De högre kostnaderna beror på att de avtalade kostnaderna är högre (indexuppräkning). Även driftskostnaderna inom ansvaret för landstingsövergripande och central IT-utveckling är högre än vid samma period 2017.

5.1.5 Avskrivningar och nedskrivningar

Förvaltning landstingsgemensamt har endast 46 tkr i avskrivningskostnader, vilket är 3 tkr högre än för samma period 2017.

5.2 Prognos mot budget

Landstingsgemensamt	Utfall ack augusti 2018	Prognos 2018	Budget 2018	Prognostiserad Budgetavvikelse 2018
182 Politik	11 322	17 735	18 543	808
183 LS Anslag	267 264	430 417	428 409	- 2 008
225 Hälsoval	439 372	661 328	661 328	0
Totalt:	**717 958**	**1 109 480**	**1 108 280**	**- 1 200**

Prognosen för förvaltning Landstingsgemensamt är som tabellen visar 1 109,5 mnkr vilket är 1,2 mnkr högre än budgeterat.

Prognosen för förtroendemannaorganisationen är en positiv avvikelse på 0,8 mnkr. Prognosen för förtroendemannaorganisationen är en positiv avvikelse på 0,8 mnkr. Avvikelsen beror på lägre kostnader för LF, LSAU och LS:ordförande.

Prognosen för anslag under landstingstyrelsen är 428,4 mnkr vilket är 2 mnkr högre än budgeterat. Den negativa avvikelsen beror främst på att det inom anslag under landstingsstyrelsen finns kostnader för tomställda lokaler som prognostiseras till 14,1 mnkr som förvaltningen inte har någon budget för. En översyn av de tomställda lokalerna ska, enligt beslut i ärendet om åtgärder för ekonomi i balans, genomföras och beslut ska därefter tas om hur dessa ska hanteras (se text i avsnitt om fokusområde ovan).

Kostnaderna på ansvaret för landstingsövergripande prognostiseras till 4,7 mnkr, vilket inte förvaltningen har någon budget för. Kostnaderna som bokförts på ansvaret är exempelvis hälsoinformation på hemspråk från Ronneby kommun, kostnader för samverkansmodell av läkemedel från SKL, uppföljning av öppna jämförelser från SKL, klinisk behandlingsforskning samt kostnader för varumärke i samband med regionbildningen 2019.

Aven kostnaderna för Blekingetrafiken förväntas bli 2,2 mnkr högre än budgeterat. Avvikelsen beror dels på att en del av kostnaderna för blekingetrafiken finns budgeterat på landstingsstyrelsens förfogandeanslag som kan omfördelas till ansvaret för Blekingetrafiken först efter politiskt beslut och dels på att återbetalningen för 2017 blev 0,25 mnkr lägre än förväntat.

Att inte avvikelsen blir större trots ovan nämnda kostnader beror på att av anslaget för reserv på 7,2 mnkr prognostiseras att inte användas mer än 500 tkr till Blekinge idrottsförbund samt 17 tkr till Blekinge nämndemannaförening. Även anslaget för bra sjukskrivning förväntas ge en nettointäkt på 4 mnkr eftersom intäkten från sjukskrivningsmiljarden bokförs på ansvaret för bra sjukskrivning. Även kostnaderna för feriearbetande ungdomar, sysselsättningsbefrämjande åtgärder och medicinsk samverkan förväntas bli lägre än budgeterat.

Prognosen för Hälsoval Blekinge visar på ett nettoresultat på 661,3 mnkr, vilket är i nivå med budget. Den största delen av kostnaderna för Hälsoval Blekinge är kostnaderna för hälso- och sjukvårdspeng och läkemedel. Det är beslutat att budgeten 2018 för hälso- och sjukvårdspeng samt till läkemedel ska delas ut till vårdgivarna. Det ska således varken bli överskott eller underskott för dessa kostnader.

Prognosen för förvaltningen är 1,1 mnkr bättre i jämförelse med budget än prognosen som gjordes i samband med kvartalsrapporteringen per mars. Nedanstående tabell visar vad som skiljer mellan prognosen per mars och prognosen per augusti.

Förvaltning: Landstingsgemensamt	
Rapporteringsmånad: Augusti	**Belopp (Tkr)**
Budgetavvikelse vid föregående rapportering (Tkr)	**-2 322,0**
Lägre kostnader för sysselsättningsbefrämjande åtgärder	1 500,0
Högre landstingsövergripande kostnader	-578,0
Lägre kostnader säkerhetsanslagen	200,0
Summa Budgetavvikelse (Tkr):	**-1 200,0**

Förvaltning:	19 Landstingsgemensamt	Period:	Augusti 2018	Belopp:	TKR	Ifylld av:		Datum:	2018-09-06

Kontoslag	UTFALL - ACKUMULERAT			BUDGET - ACKUMULERAT			FÖREG. ÅR - ACKUMULERAT			UTFALL JMF BUDGET			UTFALL JMF FÖREG. ÅR		
	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt
Intäkter	**-18 052**	**987**	**-17 065**	**360**	0	**360**	**-18 826**	**1 802**	**-17 024**	**18 412**	**-987**	**17 425**	**-774**	**815**	**41**
Personal	**34 440**	**282**	**34 723**	**46 393**	0	**46 393**	**31 873**	**1 215**	**33 088**	**11 953**	**-282**	**11 670**	**-2 567**	**932**	**-1 635**
- Anställda	33 090	0	33 090	41 573	0	41 573	30 300	0	30 300	8 483	0	8 483	-2 790	0	-2 790
- Inhyrda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- övrig personal	1 350	282	1 633	4 820	0	4 820	1 574	1 215	2 788	3 469	-282	3 187	223	932	1 156
Drift	**358 934**	**341 324**	**700 258**	**691 844**	0	**691 844**	**347 584**	**374 444**	**722 028**	**332 910**	**-341 324**	**-8 414**	**-11 350**	**33 120**	**21 770**
Kapitalkostnad	**33**	**10**	**43**	**2**	0	**2**	**33**	**10**	**43**	**-31**	**-10**	**-41**	0	**1**	**1**
TOTALA INTÄKTER	**-18 052**	**987**	**-17 065**	**360**	0	**360**	**-18 826**	**1 802**	**-17 024**	**18 412**	**-987**	**17 425**	**-774**	**815**	**41**
TOTALA KOSTNADER	**393 407**	**341 616**	**735 023**	**738 238**	0	**738 238**	**379 490**	**375 669**	**755 159**	**344 831**	**-341 616**	**3 215**	**-13 917**	**34 053**	**20 136**
NETTORESULTAT	**375 354**	**342 603**	**717 958**	**738 598**	0	**738 598**	**360 664**	**377 471**	**738 135**	**363 243**	**-342 603**	**20 640**	**-14 691**	**34 868**	**20 177**

Landstinget Blekinge
Ekonomirapportering

Formulär FR 1 - Resultatrapport
Prognos - Förvaltning

Förvaltning:	19 Landstingsgemensamt	Period:	Augusti 2018	Belopp:	TKR	Ifylld av:		Datum:	2018-09-06

Kontoslag	PROGNOS - HELÅR			BUDGET - HELÅR			FÖREG. ÅR - HELÅR			PROGNOS JMF BUDGET			PROGNOS JMF FÖREG. ÅR		
	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt
Intäkter	**-17 230**	**1 500**	**-15 730**	**540**	0	**540**	**-17 520**	**2 440**	**-15 080**	**17 770**	**-1 500**	**16 270**	**-290**	**940**	**650**
Personal	**64 168**	**2 926**	**67 094**	**69 784**	0	**69 784**	**49 057**	**2 938**	**51 995**	**5 616**	**-2 926**	**2 690**	**-15 111**	**12**	**-15 099**
- Anställda	62 618	0	62 618	62 554	0	62 554	47 110	100	47 210	-64	0	-64	-15 508	100	-15 408
- Inhyrda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- övrig personal	1 550	2 926	4 476	7 230	0	7 230	1 947	2 838	4 785	5 680	-2 926	2 754	397	-88	309
Drift	**534 565**	**523 488**	**1 058 053**	**1 037 953**	0	**1 037 953**	**524 014**	**563 055**	**1 087 068**	**503 388**	**-523 488**	**-20 100**	**-10 551**	**39 566**	**29 015**
Kapitalkostnad	**48**	**14**	**62**	**2**	0	**2**	**50**	**15**	**65**	**-46**	**-14**	**-60**	**2**	**1**	**2**
TOTALA INTÄKTER	**-17 230**	**1 500**	**-15 730**	**540**	0	**540**	**-17 520**	**2 440**	**-15 080**	**17 770**	**-1 500**	**16 270**	**-290**	**940**	**650**
TOTALA KOSTNADER	**598 781**	**526 428**	**1 125 209**	**1 107 740**	0	**1 107 740**	**573 120**	**566 008**	**1 139 128**	**508 959**	**-526 428**	**-17 470**	**-25 661**	**39 579**	**13 919**
NETTORESULTAT	**581 551**	**527 928**	**1 109 479**	**1 108 280**	0	**1 108 280**	**555 600**	**568 447**	**1 124 047**	**526 729**	**-527 928**	**-1 200**	**-25 951**	**40 519**	**14 568**

LANDSTINGET BLEKINGE

Delårsrapport januari – augusti 2018

LANDSTINGET BLEKINGE

Basenhet 225
Hälsoval Blekinge
Ralph Harlid
Planeringsdirektör

2018-11-02

Dnr 2018/01108

Till
Landstingsdirektör
Peter Lilja

Delårsrapport för Hälsoval Blekinge januari – augusti 2018

Härmed överlämnas delårsrapporten för Hälsoval Blekinge, basenhet 225. Resultaten redovisas dels utifrån ett verksamhetsperspektiv och dels utifrån en finansiell uppföljning.

Dag som ovan



Ralph Harlid
Planeringsdirektör

LANDSTINGET BLEKINGE

Innehållsförteckning

Sammanfattning 4

Historik 5

Blekinges befolkning 6

Medborgarnas val 6

Produktion 7

Besök vid vårdenheterna inom Hälsoval Blekinge 7
Läkarbesök 8
Hembesök och hemsjukvårdsbesök av läkare 9
Besök hos läkare med ersättning enligt nationella läkarvårdstaxan 9
Besök hos läkare som blivit upphandlade enligt LOU (Lagen om offentlig upphandling) 9
Fysioterapibesök 10
Besök hos fysioterapeuter med ersättning enligt nationella fysioterapitaxan 11
Besök på grund av psykisk ohälsa inom Hälsoval Blekinge 11
Övriga besök 12
Hälsosamtal och vård till asylsökande 12
Läkarbesök vid jourcentralerna i Blekinge 12
Utomlänsbesök vid vårdenheterna och vård av blekingar utanför länet på primärvårdsnivå 13

Kvalitetsmål 13

Läkemedel 13
Förskrivning av antibiotika 14
Läkemedelsbehandling till äldre 17
Läkarkontinuitet 21
Täckningsgrad 22
Nationell vårdgaranti 23
Nationell patientenkät 24
Barnhälsovården i Blekinge 25
Dialogmöte och hälsovalsråd 26

Ekonomiperspektiv 27

Sammanfattning

Delårsbokslutet för Hälsoval Blekinge visar ett något sämre resultat än tidigare år inom de flesta områden som följts upp.

Antalet förtecknade har ökat hos de privat drivna vårdenheterna medan det minskat hos de offentligt drivna vårdenheterna. Ökningarna eller minskningarna för vårdenheterna är dock förhållandevis små.

Antalet besök i primärvården har totalt minskat med 1 %. De privata har ökat sina besök med 4 % medan de offentligt drivna vårdenheterna minskat sina besök med 3 %. De största förändringarna av besöken är att de offentligt drivna vårdenheternas läkarbesök minskat med drygt 4 % och att de privat drivna vårdenheternas fysioterapibesök ökat med 15 %. Antalet digitala distanskontakter har ökat mycket. Detta gäller både vårdenheternas distanskontakter och blekingarnas distanskontakter utomläns.

För antibiotika noteras en positiv utveckling med minskad förskrivning och mer korrekta antibiotikaval. För läkemedelsbehandling till äldre ses en minskad förskrivning. Variationerna inom länet är dock stora utan att annan orsak kan ses än individuella förskrivningstraditioner.

Täckningsgraden har minskat som ett resultat av att antalet besök inom hälsovalet totalt minskat. Trots ambitionen att flytta vård från sjukhusvård till primärvård så ökar inte andelen besök i primärvården. Tillgängligheten enligt den nationella vårdgarantin visar en negativ utveckling. Blekinges vårdcentraler har allt sämre resultat jämfört med riket. Tillgängligheten till läkare för riket ökar medan den minskar i Blekinge. Tillgängligheten är nu 2,2 % bättre för riket än för Blekinge. Telefontillgängligheten är mycket bra för vissa vårdenheter medan andra uppvisar mycket dålig tillgänglighet. Läkarkontinuiteten för patienter som gjort tre eller flera läkarbesök vid vårdenheten har försämrats. De privat drivna vårdenheterna har bättre läkarkontinuitet än de offentligt drivna.

Alla barn ska erbjudas en jämlik och rättvis barnhälsovård. Uppföljningen visar dock att det nationella programmet för barnhälsovård inte erbjudits fullt ut. Det finns brister avseende både universella och riktade insatser, vilket riskerar att bidra till en ojämlik hälsa i befolkningen. Den elektroniska barnhälsovårdsjournalen, PMO, har införts och används fullt ut för barn födda från den 1 januari 2018.

Hälsovalets nettoresultat i jämförelse med budget är +1,5 mnkr. Motsvarande tid föregående år var nettoresultatet i jämförelse med budget + 2,2 mnkr. Nettoresultatet har ökat med 18,3 mnkr eller 4,3 % mellan åren. Prognosen visar på ett utfall i nivå med budget.

Sammanfattningsvis visar delårsbokslutet att vårdenheterna har svårt att leva upp till kraven i ”Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge”. Orsaken bedöms vara att finansieringen via hälsovalet inte räcker till. Primärvården skall utgöra basen i vården och svara för huvuddelen av invånarnas sjukvårdsbehov. För att klara det krävs god tillgänglighet, kontinuitet, kompetens och ett långtgående ansvar i vårdkedjan. Primärvården står dessutom inför stora förändringar kommande år när strategierna inom framtidens hälso- och sjukvård ska förverkligas. De senaste tre årens utveckling visar att utan en satsning på hälsovalet kommer tillgänglighet och vårdkvalitet inte att förbättras och den nödvändiga transformationen mot nära vård blir svår att förverkliga i Blekinge.

Historik

Hälsoval Blekinge bildades 2010, då Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) infördes. Lagstiftningen innebär att alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet skall ha rätt att etablera sig med offentlig ersättning. Grunderna i vårdvalssystemet skall vara att ersättningen följer den enskildes val av utförare och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. I Landstinget Blekinge används begreppet hälsoval för valfrihetssystemet.

Vid starten av hälsovalet ingick tretton offentligt drivna vårdenheter och sju privat drivna vårdenheter i hälsovalet. Under 2010 tillkom två vårdenheter (Läkarhuset i Karlshamn och Capio Citykliniken i Ronneby), under 2012 valde en vårdgivare att lämna hälsovalet (Hälsoringens vårdcentral i Sölvesborg) och under 2016 övergick två vårdenheter (Tvings läkarmottagning och Bräkne-Hoby vårdcentral) från att vara vårdenhet till att bli filialläkarmottagning istället.

Under årets åtta första månader har tolv offentligt drivna vårdenheter och sju privat drivna vårdenheter avtal eller vårdöverenskommelse med landstinget, om att ingå i hälsovalet. De offentligt drivna vårdenheterna är Trossö vårdcentral, Wämö vårdcentral, Lyckeby vårdcentral, Jämjö vårdcentral, Rödeby vårdcentral och Nättraby vårdcentral, Ronneby vårdcentral, Kallinge vårdcentral, Brunnsgårdens vårdcentral, Samaritens vårdcentral, Sölvesborgs vårdcentral och Olofströms vårdcentral. De privat drivna vårdenheterna är Hälsohuset för alla, Kungsmarkens vårdcentral, Capio Citykliniken, Läkarhuset, Valjehälsan, Familjeläkarna och Läkehjälpen.

Under augusti månad startade Hälsohuset för alla en ny filialmottagning i Vedeby i Karlskrona. Övriga filialmottagningar är Tvings läkarmottagning, Bräkne-Hoby läkaremottagning och Mörrums läkarmottagning.

LANDSTINGET BLEKINGE

Blekinges befolkning

Antalet folkbokförda i Blekinge har ökat med 388 personer under året. Den största ökningen av befolkningen har skett i Karlskrona och Karlshamns kommun, drygt 105 personer, och den minska ökningen av befolkningen har skett i Olofström kommun, drygt 45 personer. Uppgifterna är hämtade från listningssystemet och befolkningsregistret den 20 augusti. Uppgifterna omfattar inte personer som har sekretessmarkering i befolkningsregistret. Antalet förtecknade i augusti samt förändringen under året av antalet personer per kön och femårsgrupp framgår av nedanstående tabell.

Åldersintervall	Befolkning - augusti 2018	därav kvinnor	därav män	Kvinnor - förändring under året	Män - förändring under året
0-5	10 307	5 017	5 290	-8	12
6-10	9 250	4 555	4 695	45	-8
11-15	9 325	4 430	4 895	41	69
16-20	8 717	3 974	4 743	63	25
21-25	9 363	4 094	5 269	-123	-297
26-30	9 972	4 573	5 399	105	65
31-35	8 920	4 195	4 725	82	61
36-40	8 737	4 222	4 515	-27	-28
41-45	9 673	4 717	4 956	-37	36
46-50	10 230	4 933	5 297	-15	-110
51-55	10 825	5 294	5 531	91	90
56-60	9 239	4 458	4 781	-50	101
61-65	9 282	4 718	4 564	-44	-74
66-70	9 961	5 069	4 892	-6	-77
71-75	9 954	5 040	4 914	80	40
76-80	6 966	3 693	3 273	69	100
81-85	4 679	2 576	2 103	24	49
86-90	2 772	1 725	1 047	-20	28
91-110	1 435	981	454	7	29
Summa	159 607	78 264	81 343	277	111

Blekinges befolkning i augusti månad uppdelad i femårsintervall. Antalet invånare samt förändring under året av antalet invånare per kön och femårsgrupp

Medborgarnas val

Vid augusti månads mätning uppgick det totala antalet listade personer, folkbokförda i Blekinge, till 159 607 personer. Av dessa hade 1 483 personer valt en vårdenhet utanför Blekinge. Utomlänslistning av blekingar sker till övervägande del till grannlandstingen och Stockholm. Antalet folkbokförda utanför Blekinge som valt en vårdenhet i Blekinge uppgick till 830 personer.

Av de listade folkbokförda i Blekinge var 114 964 personer (72 %) förtecknade vid en offentligt driven vårdenhet medan 44 619 personer (28 %) var förtecknade vid en privat driven vårdenhet. Under 2018 har andelen förtecknade personer vid de privat drivna vårdenheterna ökat med 746 personer medan antalet förtecknade vid de offentligt drivna vårdenheterna har minskat med 365 personer.

Vårdenhet	Listade augusti	Ökning eller minskning av antalet listade sedan årsskiftet
Samaritens vårdcentral	15 091	191
Lyckeby vårdcentral	13 098	-262
Hälsohuset för alla	11 711	577
Brunnsgårdens vårdcentral	11 587	-33
Kallinge vårdcentral	11 275	66
Ronneby vårdcentral	10 715	66
Sölvesborgs vårdcentral	10 682	-229
Trossö vårdcentral	8 597	-253
Wämö vårdcentral	7 618	-31
Jämjö vårdcentral	7 296	99
Capio Citykliniken	6 872	-73
Rödeby vårdcentral	6 640	68
Nättraby vårdcentral	6 340	13
Valjehälsan	6 265	295
Kungsmarkens vårdcentral	6 190	-106
Olofströms vårdcentral	6 025	-60
Läkarhuset	5 688	-52
Familjeläkarna	4 233	44
Läkehjälpen	3 660	61
Hälsoval Blekinge - övrigt	24	7
Summa	159 607	388

Antalet listade personer vid vårdenheterna augusti månad samt förändringen av antalet förtecknade personer under 2018.

I augusti månad hade 83,2 % av Blekinges befolkning gjort ett aktivt val av vårdenhet. Andelen aktiva val av vårdenhet har minskat marginalt. Under första halvåret har andelen aktiva val minskat med 0,1 %. Antalet har ökat vid de privat drivna vårdenheterna medan det minskat vid de offentligt drivna vårdenheterna. Hos de privat drivna vårdenheterna uppgick andelen aktiva val till 87,9 % medan hos de offentligt drivna vårdenheterna uppgick andelen aktiva val till 81,4 %. Andelen aktiva val är högst i Olofström (90,6 %) och lägst i Ronneby (79,6 %). Andelen aktiva val är också mycket högre hos kvinnor än hos män.

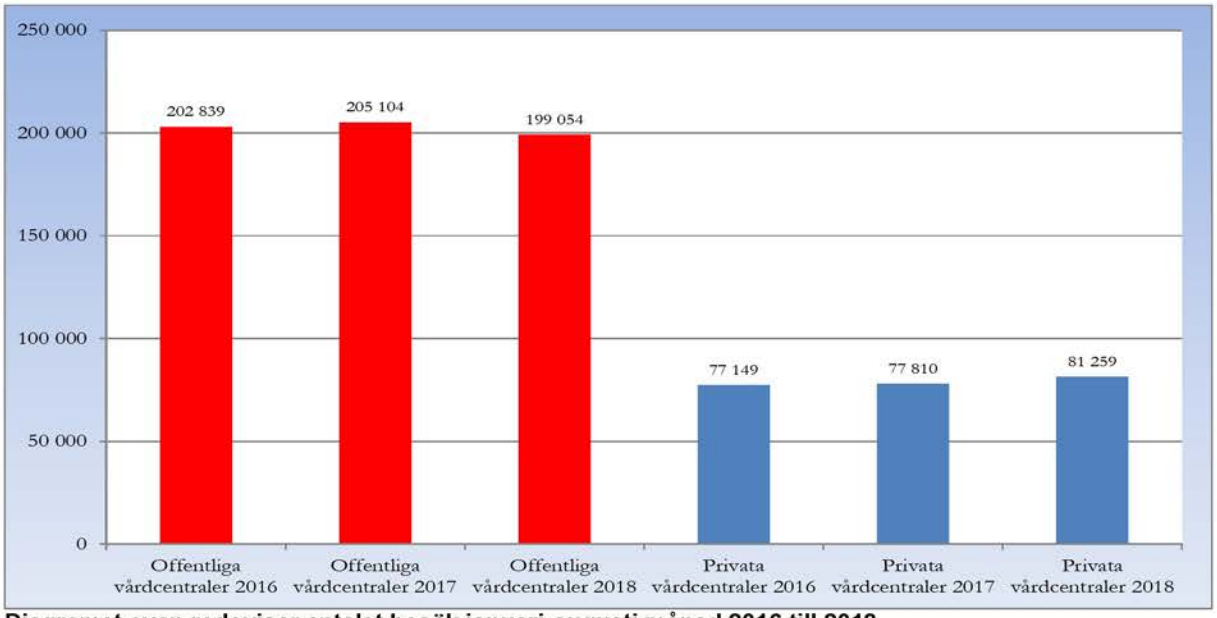
Produktion

Besök vid vårdenheterna inom Hälsoval Blekinge

I antalet besök vid vårdenheterna ingår besök av förtecknade personer, besök av förtecknade personer vid andra vårdenheter och besök av utomläns- och utomlandspersoner. Antalet besök uppgår till 280 313 besök, en minskning med 2 601 besök jämfört med samma period 2017. Besöken hos de offentligt drivna vårdenheterna har minskat med drygt 6 050 besök medan antalet besök hos de privat drivna vårdenheterna har ökat med 3 449 besök. De offentligt drivna vårdenheternas andel av besöken uppgår till 71 %. Andel förtecknade uppgår till 72 % offentligt

drivna vårdenheter och 28 % privat drivna vårdenheter, vilket innebär att de privat drivna vårdenheterna genomför fler besök per förtecknad än de offentligt drivna vårdenheterna.

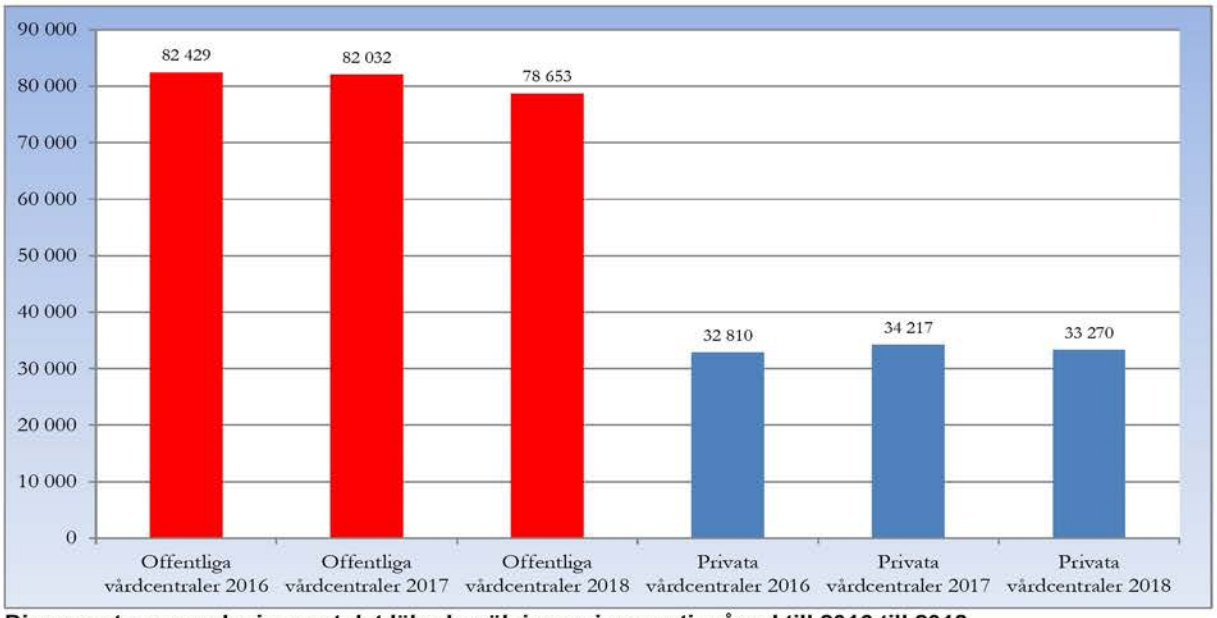
Antalet distanskontakter januari till augusti månad uppgår till 7 947 kontakter. Samtliga distanskontakter har de privata vårdgivarna genomfört. Förra året genomfördes inga distanskontakter.



Diagramet ovan redovisar antalet besök januari-augusti månad 2016 till 2018

Läkarbesök

Antalet läkarbesök uppgår till 111 923 besök, en minskning med 4 326 besök jämfört med samma period 2017. Besöken hos de offentligt drivna vårdenheterna har minskat med 3 379 besök och besöken hos de privat drivna vårdenheterna har minskat med 947 besök. De offentligt drivna vårdenheternas andel av besöken uppgår till 70 %. Andel förtecknade uppgår till 72 % offentligt drivna vårdenheter och 28 % privat drivna vårdenheter, vilket innebär att de privat drivna vårdenheterna genomför fler besök per förtecknad än de offentligt drivna vårdenheterna.



Diagramet ovan redovisar antalet läkarbesök januari-augusti månad till 2016 till 2018

Antalet distanskontakter januari till augusti månad för läkare uppgår till 114 kontakter. Samtliga distanskontakter har de privata vårdgivarna genomfört.

Hembesök och hemsjukvårdsbesök av läkare

Antalet hembesök och antalet hemsjukvårdsbesök i eget boende och vid särskilt boende har ökat kraftigt från 778 besök januari till augusti år 2017 till 1 390 besök samma period år 2018. Den största anledningen till detta är utbyggnaden av läkarbilar i länet. Antalet registrerade hembesök och hemsjukvårdsbesök skiljer sig mycket mellan vårdenheterna. En anledning till detta är att de nya läkarbilarna gör hembesök åt vårdenheter, främst de offentligt driva, så att vårdenheten inte själv behöver göra besöket. Antalet hembesök och hemsjukvårdsbesök har dock också ökat (+ 13,6 %) även om antalet hembesök av läkarbilen räknats bort.

Besök hos läkare med ersättning enligt nationella läkarvårdstaxan

Inga allmänläkare arbetar enligt den nationella läkarvårdstaxan i Blekinge.

Hälsovalsavdelningen handlägger tre läkaretableringar enligt den nationella taxan, två läkare inom ögonsjukvård och en läkare inom ortopedi. Antalet läkarbesök till och med augusti månad uppgår till 2 089 besök vid ögonmottagningarna och till 1 316 besök vid ortopedmottagningen. Antalet besök vid ögonmottagningarna har minskat med 601 besök medan ortopedmottagningen ökat med 3 besök jämfört med samma period 2017.

Besök hos läkare som blivit upphandlade enligt LOU (Lagen om offentlig upphandling)

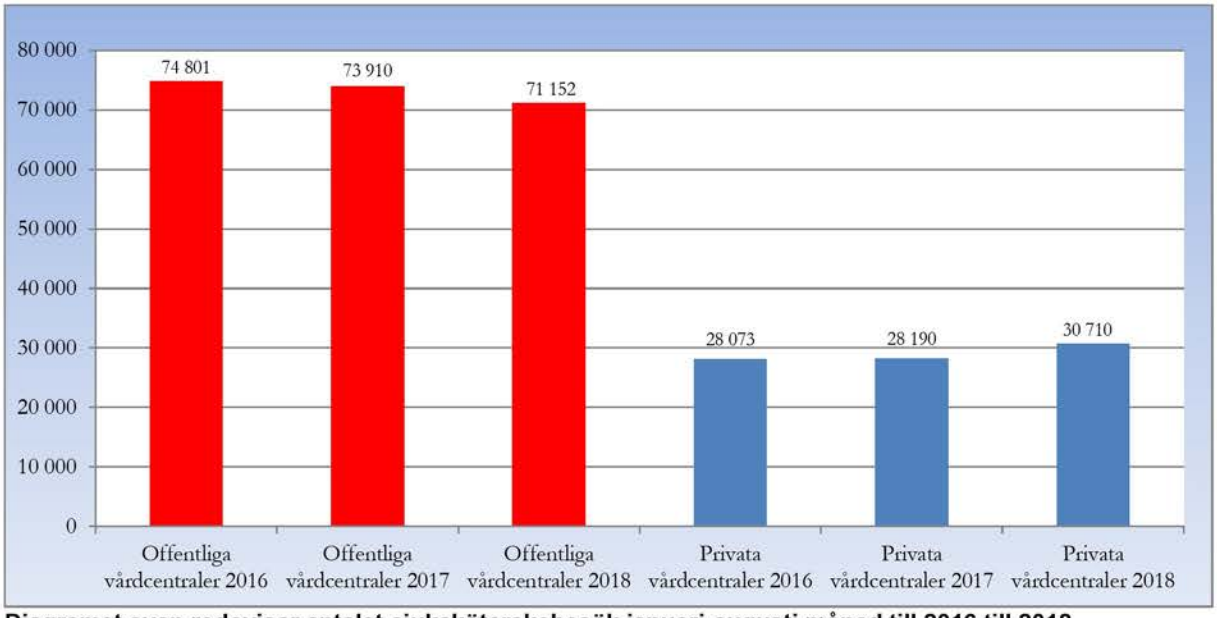
Hälsovalsavdelningen handlägger två läkaretableringar som blivit upphandlade enligt LOU, en läkarmottagning inom gynekologi och en läkarmottagning inom ögonsjukvård. Ögonmottagningen upphandlades under våren 2018. Antalet läkarbesök till och med augusti månad uppgår till 1 572 besök vid gynekologimottagningen och 891 besök vid ögonmottagningen. Antalet besök vid gynekologimottagningen har minskat med 48 besök jämfört med samma period 2017. Hälsovalsavdelningen följde inte upp ögonmottagningen under 2017 och kan därför inte lämna någon uppgift på antalet besök 2017.

Sjuksköterskebesök och distriktssköterskebesök

Redovisningen under denna rubrik omfattar alla sjuksköterskebesök oavsett vilken specialistutbildning sjuksköterskan har som genomförde besöket. I redovisningen kan även samtalsterapi ingå, då den personal som haft besöket varit anställd som sjuksköterska med specialistutbildning inom psykiatri.

Antalet besök uppgår till 101 862 besök, en minskning med 238 besök jämfört med samma period 2017. Besöken hos de offentligt drivna vårdenheterna har minskat med 2 758 besök medan besöken hos de privat drivna vårdenheterna ökat med 2 520 besök. De offentligt drivna vårdenheternas andel av besöken uppgår till 70 %. Andel förtecknade uppgår till 72 % offentligt drivna vårdenheter och 28 % privat drivna vårdenheter, vilket innebär att de privat drivna vårdenheterna genomför fler besök per förtecknad än de offentligt drivna vårdenheterna. Se även redovisning av övriga besök.

Några distanskontakter januari till augusti månad för sjuksköterskor har inte genomförts.

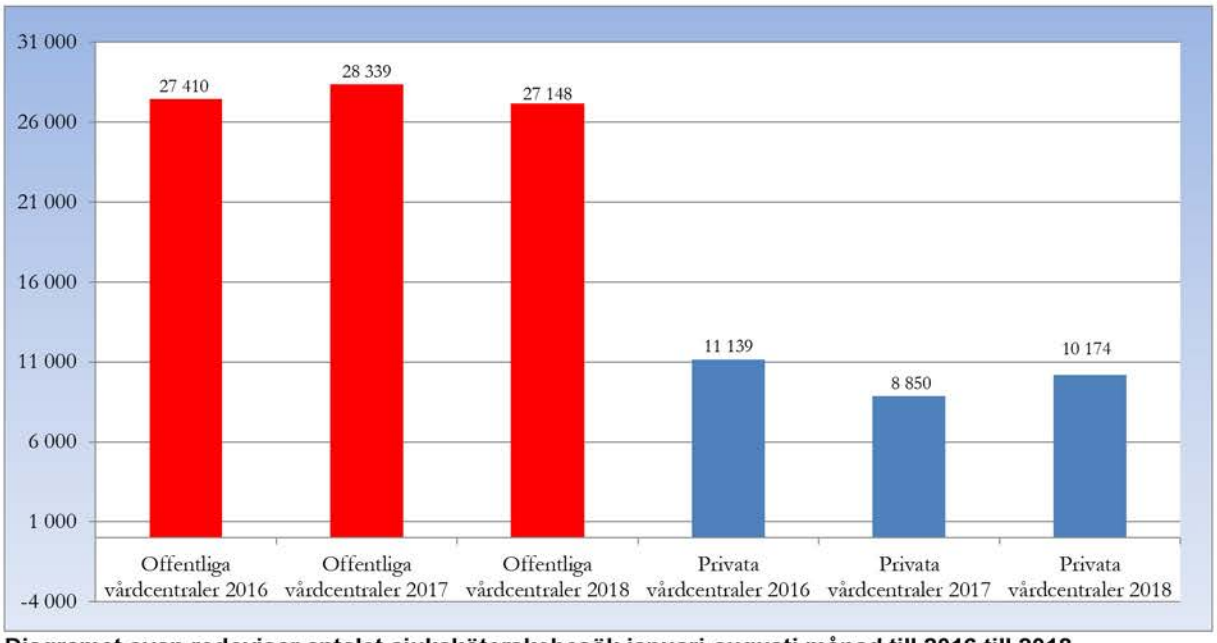


Diagramet ovan redovisar antalet sjuksköterskebesök januari-augusti månad till 2016 till 2018

Fysioterapibesök

Yrkestiteln fysioterapeut var tidigare sjukgymnast, men från och med den 1 januari 2014 ändrades titeln till fysioterapeut. På grund av detta redovisas sjukgymnastikbesöken som fysioterapibesök.

Totalt antal fysioterapibesök uppgår till 37 322 besök, en ökning med 133 besök jämfört med samma period 2017. Besöken hos de offentligt drivna vårdenheterna har minskat med 1 191 besök medan besöken hos de privat drivna vårdenheterna ökat med 1 324 besök. De offentligt drivna vårdenheternas andel av besöken uppgår till 72 %. Andel förtecknade uppgår till 72 % offentligt drivna vårdenheter och 28 % privat drivna vårdenheter, vilket innebär att de privat drivna vårdenheterna och de offentligt drivna vårdenheterna genomför ungefär lika antal besök per förtecknad.



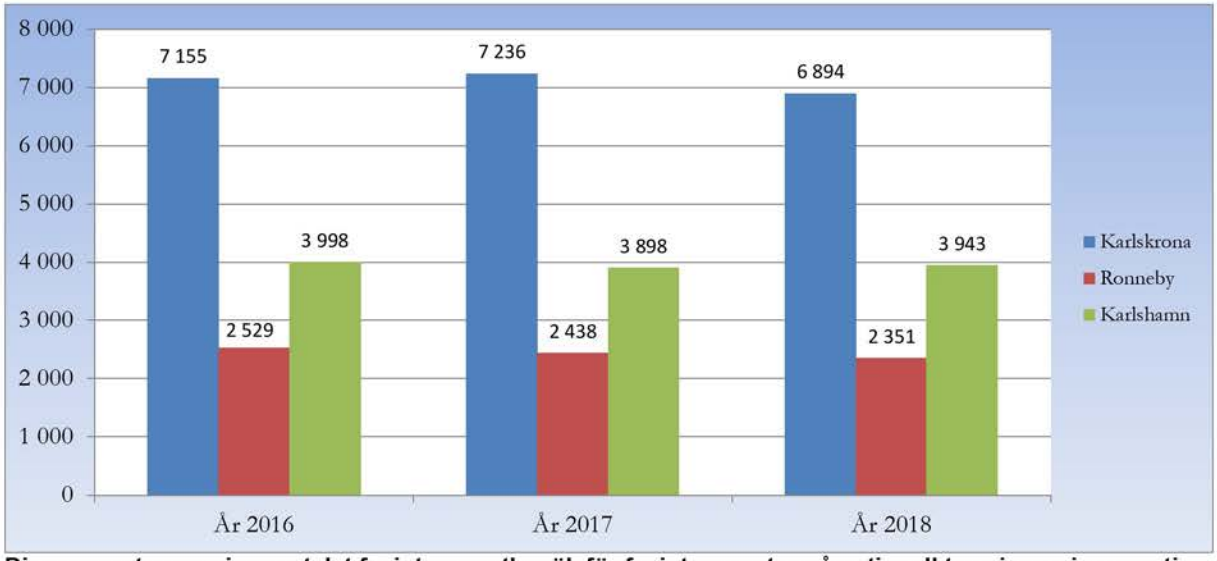
Diagramet ovan redovisar antalet sjuksköterskebesök januari-augusti månad till 2016 till 2018

Antalet distanskontakter januari till augusti månad för fysioterapi uppgår till 7 833 kontakter. Samtliga distanskontakter har de privata vårdgivarna genomfört. Att antalet kontakter är högt beror på att en privat vårdgivare erbjuder fysioterapikontakter (exempelvis artosskola) åt hela Sverige. Andel utomlänskontakter uppgår till 98 %.

Besök hos fysioterapeuter med ersättning enligt nationella fysioterapitaxan

Antalet fysioterapeuter med ersättning enligt den nationella fysioterapitaxan uppgår till tolv fysioterapeuter. Sju fysioterapeuter har sina mottagningar i Karlskrona, tre har sina mottagningar i Ronneby och två har sina mottagningar i Karlshamn. Inga fysioterapeuter med ersättning enligt den nationella fysioterapitaxan har mottagningar i Sölvesborg eller Olofström. En av etableringarna i Karlskrona har under våren upphandlats och en ny vårdgivare beräknas ta över etableringsrätten under oktober.

Antalet besök hos fysioterapeuter med ersättning enligt nationell fysioterapitaxa uppgår till 13 188 besök, vilket är 384 färre besök jämfört med samma period 2017. Anledningen till minskningen är främst att en av etableringarna i Karlskrona byter ägare. Hade inte detta skett hade antalet besök troligtvis istället ökat något.



Diagrammet ovan visar antalet fysioterapeutbesök för fysioterapeuter på nationell taxa januari- augusti 2016 till 2018

Antalet besök per fysioterapeut skiljer sig ganska mycket mellan fysioterapeuterna. Fysioterapeuterna i Karlshamn skiljer sig särskilt mycket gentemot övriga fysioterapeuter. Anledningen kan vara att olika behandlingar tar olika tid eller att efterfrågan på fysioterapibehandlingar varierar mellan kommunerna. Anledningen bör dock följas upp särskilt så snart tid finns för kvalitets- och verksamhetsuppföljning av denna vårdgivargrupp.

Besök på grund av psykisk ohälsa inom Hälsoval Blekinge

Antal besök vid psykisk ohälsa kommer redovisas först i årsberättelsen, då framtagandet av antalet besök kräver, i vissa fall, en manuell redovisning från vårdenheterna. Uppgiften kan inte hämtas direkt ur systemen då det är olika yrkeskategorier som genomför besöken. Många av vårdenheterna har också valt att köpa denna tjänst via underleverantörsavtal. Dessa besök redovisas något senare i journalsystemet, vilket kan göra redovisade uppgifter missvisande.

Övriga besök

När det gäller besök gjorda av andra yrkeskategorier än de ovanstående redovisas dessa i nedanstående diagram.

	Offentligt drivna vårdenheter		Privat drivna vårdenheter	
	År 2017	År 2018	År 2017	År 2018
Arbetsterapeut	2 626	1 896	535	905
Kurator	2 300	3 414	1 639	1 709
Psykolog	1 376	489	746	875
Undersköterska	14 157	16 332	3 017	3 226
Terapeuter	1 131	479	693	480

Diagramet ovan visar antalet besök hos övriga yrkesgrupper januari- augusti 2017 och 2018

När det gäller arbetsterapi är det bara två vårdenheter som har denna kompetens. Det är Karlskrona rehabenhet och Valjehälsan i Sölvesborg. Övriga vårdenheter får köpa denna kompetens från andra vårdgivare.

När det gäller antalet undersköterskebesök hos de offentligt drivna vårdenheterna har dessa besök ökat med ungefär samma antal besök som sjuksköterskebesöken minskat. Detta kan innebära att en förskjutning har skett av besök från sjuksköterkor till undersköterskor.

Hälsosamtal och vård till asylsökande

Antalet hälsosamtal till asylsökande och nyanlända har minskat kraftigt. Under årets åtta första månader genomfördes 113 hälsosamtal. Motsvarande antal för de åtta första månaderna 2017 var 218 hälsosamtal. Fördelningen av hälsosamtalen mellan de offentligt och privat drivna vårdenheterna är att de offentligt drivna vårdenheterna har genomfört 74 % och de privat drivna vårdenheterna har genomfört 26 % av hälsosamtalen 2018. Av hälsosamtalen avsåg 54 % nyanlända medan 46 % avsåg asylsökande.

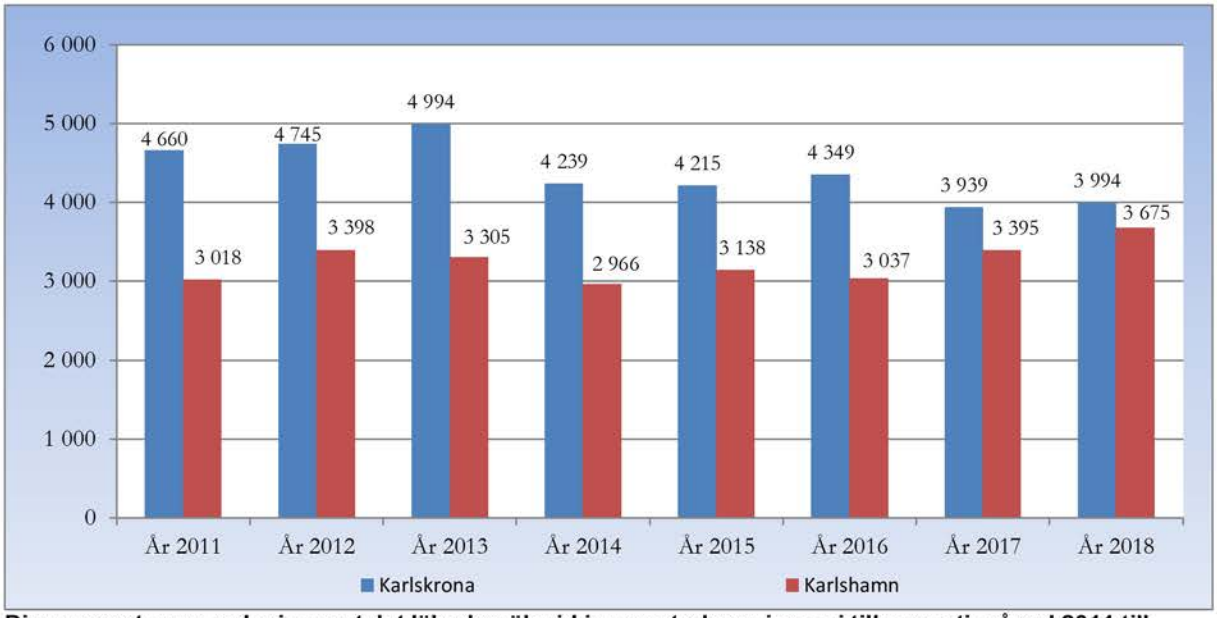
Antalet läkarbesök av asylsökande uppgick till 588 besök. Antalet besök under samma period 2017 uppgick till 1 039 besök. En minskning med 451 besök (- 43,4 %). Antalet sjukvårdande behandlingar till asylsökande till och med augusti månad uppgick till 843 besök. Antalet sjukvårdande behandlingar under samma period 2017 uppgick till 1 395 besök. En minskning med 552 besök (- 39,6 %).

En minskning av hälsosamtal och sjukvård till asylsökande har inneburit att resurser har kunnat frigöras för annan hälso- och sjukvård. Minskningen har dock tyvärr också inneburit mindre ekonomiska resurser till vårdenheterna, totalt cirka 1 miljon kronor.

När det gäller vården av tillståndslösa till och med augusti månad har den också minskat från totalt 76 besök till 35 besök.

Läkarbesök vid jourcentralerna i Blekinge

Det totala antalet läkarbesök vid jourcentralerna i länet januari till augusti månad uppgår till 7 669 besök, vilket är en ökning med 335 besök jämfört med motsvarande period i fjol. Antalet läkarbesök vid jourcentralen i Karlskrona har ökat med 55 besök medan antalet läkarbesök i Karlshamn ökat med 280 besök jämfört med motsvarande period i fjol. Ungefär två tredjedelar av jourcentralernas besök sker under helger. Det är karlshamnsborna som procentuellt utifrån invånarantalet utnyttjar jourcentralerna mest.



Diagrammet ovan redovisar antalet läkarbesök vid jourcentralerna januari till augusti månad 2011 till 2018.

Utomlänsbesök vid vårdenheterna och vård av blekingar utanför länet på primärvårdsnivå

Antalet utomlänsbesök vid vårdenheterna uppgick januari till augusti till 2 318 läkarbesök, 4 990 besök för sjukvårdande behandling och 483 besök för provtagning. Antalet utomlänsbesök har ökat med 873 besök jämfört med samma period 2017.

Antalet besök av patienter från utlandet vid vårdenheterna uppgick till 842 besök, motsvarande antal besök var 807 besök under samma period 2017.

Antalet besök av blekingar utanför länet uppgick till 7 408 besök för årets sju första månader. Uppgifter för augusti finns inte att tillgå för närvarande. Antalet besök ökat med 2 219 besök jämfört med samma period 2017.

Från och med förra året följs antalet digitala distanskontakter särskilt upp. Antalet digitala kontakter av utomlänspatienter vid vårdenheterna uppgick till 7 791 kontakter till och med augusti. Förra året var antalet 0 kontakter. Antalet digitala distanskontakter av blekingar utanför länet uppgick till 1 737 kontakter under perioden januari till juli. Motsvarande antal under samma period 2017 var 472 kontakter. . En ökning på 268 %. Utvecklingen är att de digitala kontakterna även framöver kommer öka kraftigt.

Kvalitetsmål

Läkemedel

De kvalitetsmål gällande läkemedel som anges i Uppdragsbeskrivning och regelbok för år 2018 är liksom tidigare fördelade inom två av de kvalitetsområden som anges i God Vård: ”Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård” samt ”Säker hälso- och sjukvård”.

Mål inom området Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård är korrekt antibiotikaförskrivning enligt STRAMA:s nationella mål, både vad gäller minskad och återhållsam förskrivning samt valet av rätt antibiotika på rätt indikation, när detta bedöms ska förskrivas.

Mål inom området Säker hälso- och sjukvård är utformade utifrån Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsbehandling till äldre.

I diagramen nedan beskrivs uthämtade recept som förskrivning. Uthämtade recept är ett mått som oftast används för att beskriva förskrivning och användning av läkemedel. Beakta att för viss data i presentationen, allra helst för vårdcentraler med mindre antal listade patienter och få recept, kan små ändringar generera stora skiftningar och därför inte alltid ger en helt fullgod bild av förhållandet. Framför allt gäller detta där andel (%) är beräknat. Detta beaktande är något man bör ha med sig när man granskar siffrorna.

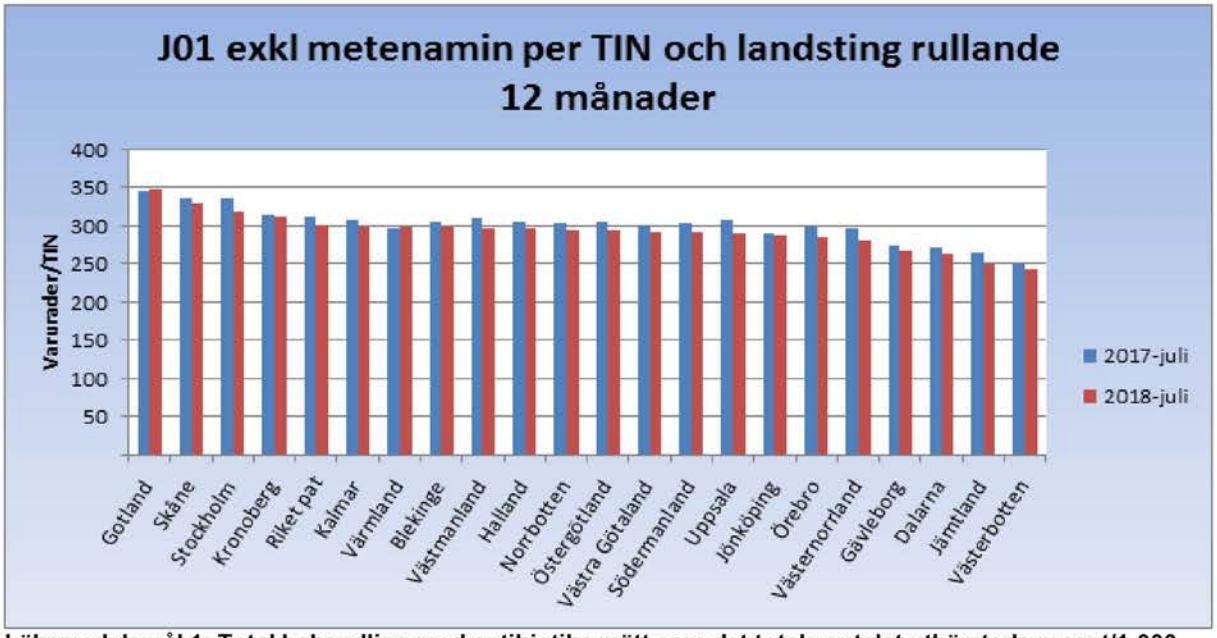
Förkortningarna som används i presentationen:

- DDD = Definierade dygnsdoser
- TIN = Tusen invånare
- TIND = Tusen invånare och dag
- TLP = Tusen listade personer
- TLPD = Tusen listade personer och dag
- 1 varurad = ett receptuttag

Nedan presenteras antibiotikaförskrivning i populationen och läkemedelsförskrivning till äldre för perioden januari till juli 2017 och 2018. Viss analys av resultatet har gjorts men ytterligare och säkrare analys ges när hela årets resultat finns tillgängligt.

Förskrivning av antibiotika

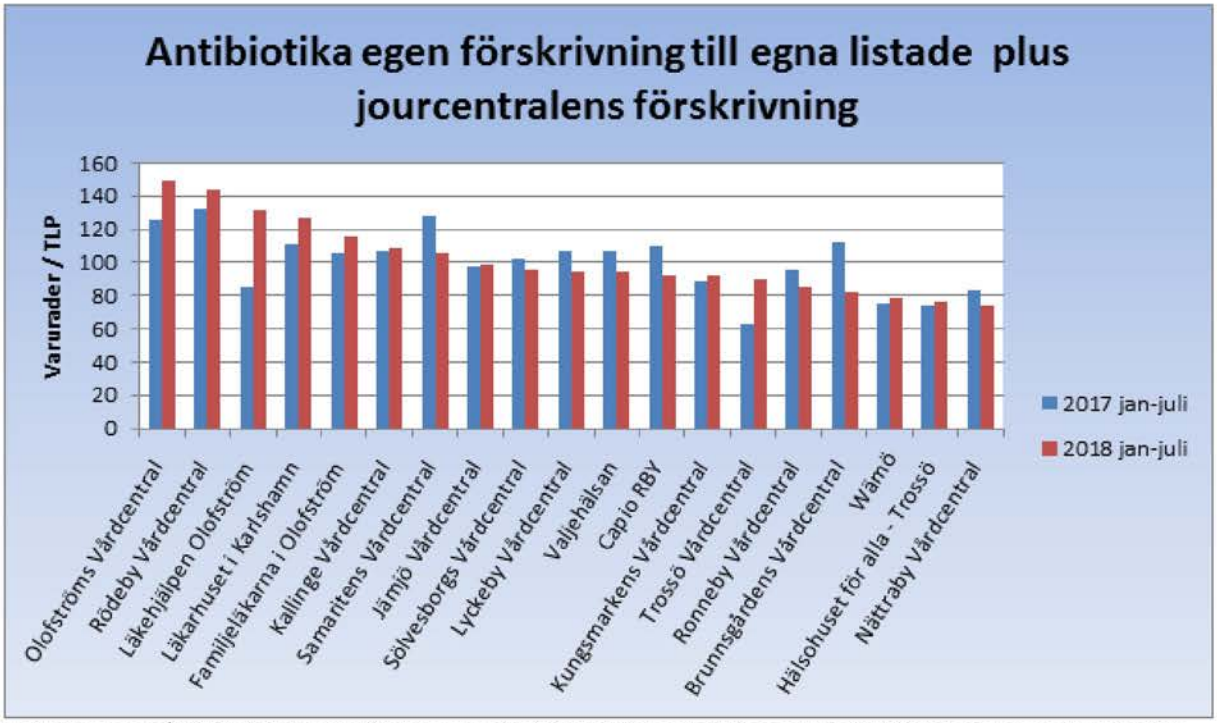
Landstinget Blekinge har de senaste åren minskat sin antibiotikaförskrivning (recept/tusen invånare), så även under 2018. Blekinge har minskat med 2,5 % från 306 till 298 recept/TIN juli månad 2018 (12 månader rullande) jämfört med juli månad 2017 (12 månader rullande). Antibiotikaförskrivningen i riket har minskat med 3,37 % från 312 till 301 recept/ TIN. Blekinges totala antibiotikaförskrivning är 7:e högsta i riket och ligger under rikets antibiotikaförskrivning mätt i antibiotikarecept/TIN.



Läkemedelsmål 1: Total behandling med antibiotika mätt som det totala antalet uthämtade recept/1 000 förtecknade invånare i Blekinge, d.v.s. inte enbart enhetens egen förskrivning. Målet är en minskad för-

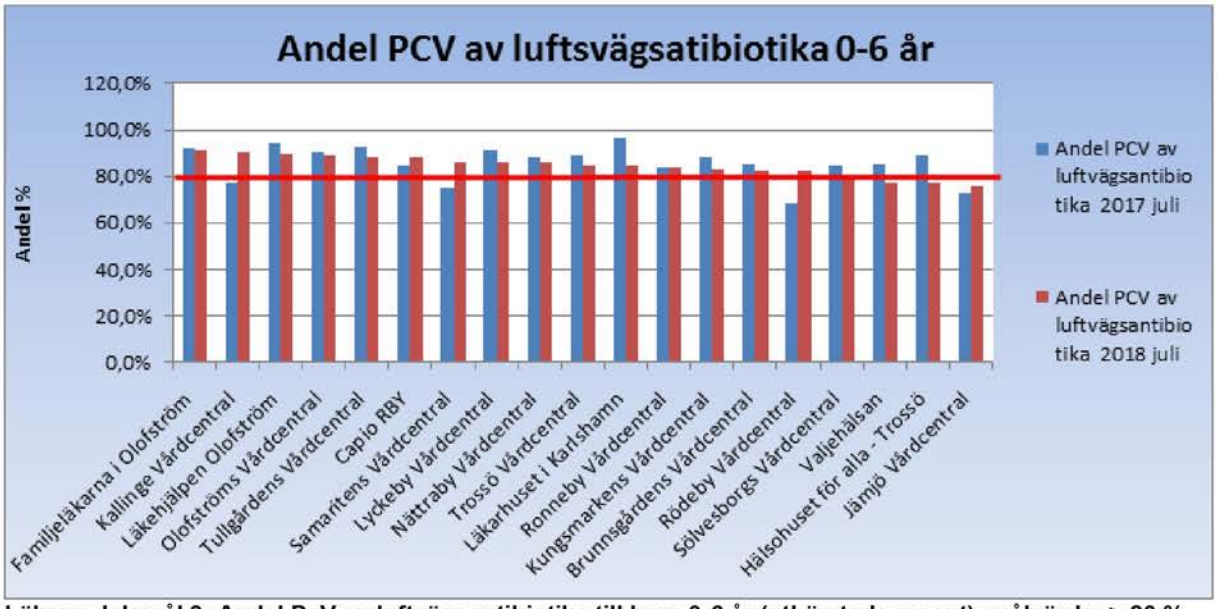
skrivning i riktning mot det nationella långsiktiga målet 250 recept/1 000 förtecknade invånare. Källa: Insikt, e-hälsomyndigheten

Hos åtta vårdenheter ses en minskning i antal antibiotika recept per tusen listade. Nättraby vårdcentral har lägst förskrivning och Brunnsgårdens vårdcentral står för den största procentuella minskningen under perioden januari – juli 2018 jämfört med samma period föregående år. Olofströms vårdcentral står för högst antal antibiotikarecept/TLP i Blekinge och har ökat från föregående år. Störst ökning i procent ses hos Läkehjälpen Olofström (+ 54 %) och Trossö (+ 43%).



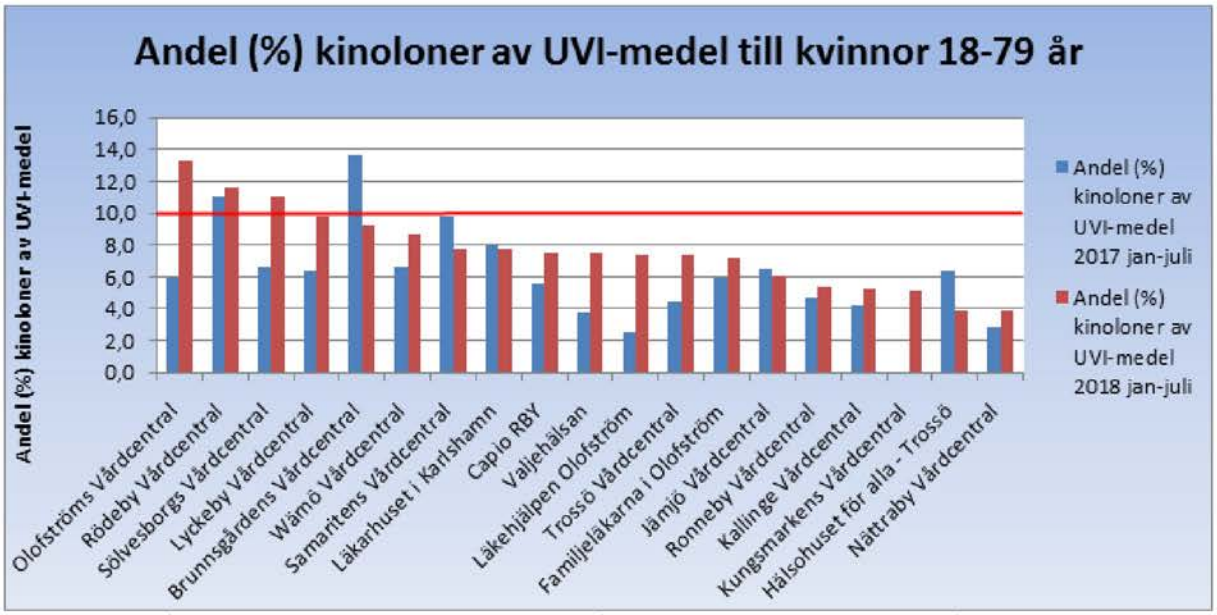
Läkemedelsmål 2: Total behandling med antibiotika mätt som totala antalet uthämtade recept per 1 000 förtecknade patienter, utfärdat av den egna vårdenheten samt på länets jourcentraler. Målet innebär fokus på Stramas nationella mål på minskad antibiotikaförskrivning Källa: Insikt, e-hälsomyndigheten

När det gäller andel PCV av luftvägsantibiotika till barn 0-6 år är det endast 3 vårdenheter som ligger under 80 % och inte klarar målet. Vårdenheterna Valjehälsan, Jämjö vårdcentral och Hälsohuset för alla, når inte riktigt upp till målnivån, samtliga ligger de dock över 70 %. Valjehälsan och Hälsohuset för alla har båda minskat sitt totala antal recept luftvägsantibiotika.



Läkemedelsmål 3: Andel PcV av luftvägsantibiotika till barn 0-6 år (uthämtade recept), målvärde: > 80 %. Källa: Insikt, e-hälsomyndigheten

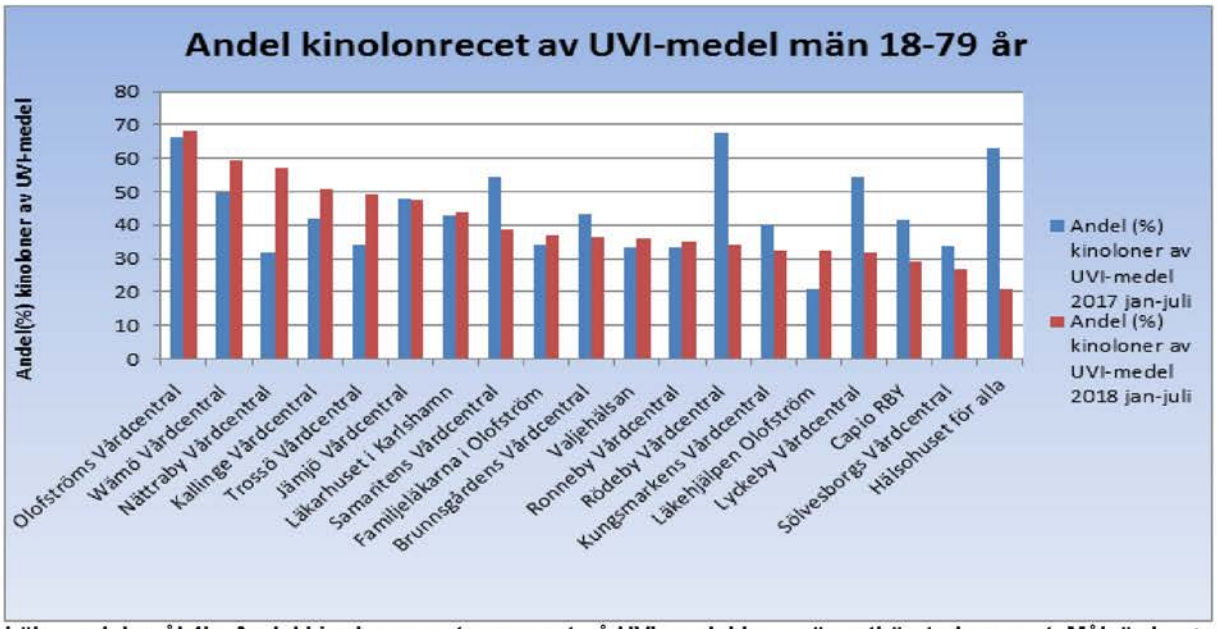
När det gäller andel kinoloner av urinvägsmedel till kvinnor 18-79 år är det tre vårdenheter som ligger över 10 % och som inte uppfyller målet just nu. Det är Olofströms vårdcentral, Rödeby vårdcentral och Sölvesborgs vårdcentral. Beakta att procentvärdet kan slå mer på enstaka recept vid ett litet antal recept gällande procentmål. Det är flertalet vårdenheter som har ökat sin andel kinolonrecept jämfört med föregående period. Det är en kombination av minskat antal uvi-recept totalt och en ökning i kinolonrecept. Lite olika på de olika enheterna.



Läkemedelsmål 4a: Andel kinolonrecept av recept på UVI-medel hos kvinnor 18-79 år, uthämtade recept. Målvärde: < 10 %. Källa: Insikt e-hälsomyndigheten

Samma behandlingsrekommendationer för nedre UVI gäller för män som för kvinnor. Totalt rör det sig om mindre antal recept och då kan ett procentvärde slå mer på enskilda recept. Olofströms vårdcentral, Wämö vårdcentral och Nättraby vårdcentraler har den största procentuella andelen av kinolonrecept till män. Sölvesborgs vårdcentral och Hälsohuset för alla står för den minsta andelen kinolonrecept till män. Observera att när man sänker den totala andelen uvi-

recept men ligger kvar på ca samma anta kinolonrecept ökar andelen. Detta är fallet för t.ex. Nättraby vårdcentral och Familjeläkarna. På samma sätt kan man minska sin andel genom att ha ett ökat antal uvi-recept men ca samma antal kinolonrecept. Detta är ett underlag för enheterna när de diskutera omhändertagande av denna patientgrupp.



Läkemedelsmål 4b: Andel kinolonrecept av recept på UVI-medel hos män, uthämtade recept. Målvärde: < 10 %. Källa: Insikt e-hälsomyndigheten

Läkemedelsbehandling till äldre

Potentiellt olämpliga läkemedel är läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre. Vanliga biverkningar är dagtrötthet, glömska, yrsel, förvirring och risk för fall. De bör endast användas om det finns särskilda skäl för det på en välgrundad och aktuell indikation. Förskrivaren ska ha bedömt och dokumenterat att den förväntade nyttan står i rimlig proportion till riskerna. Målet med behandlingen ska tydligt dokumenteras för att underlätta utvärderingen av behandlingen som ska följas upp och omprövas med täta intervall.

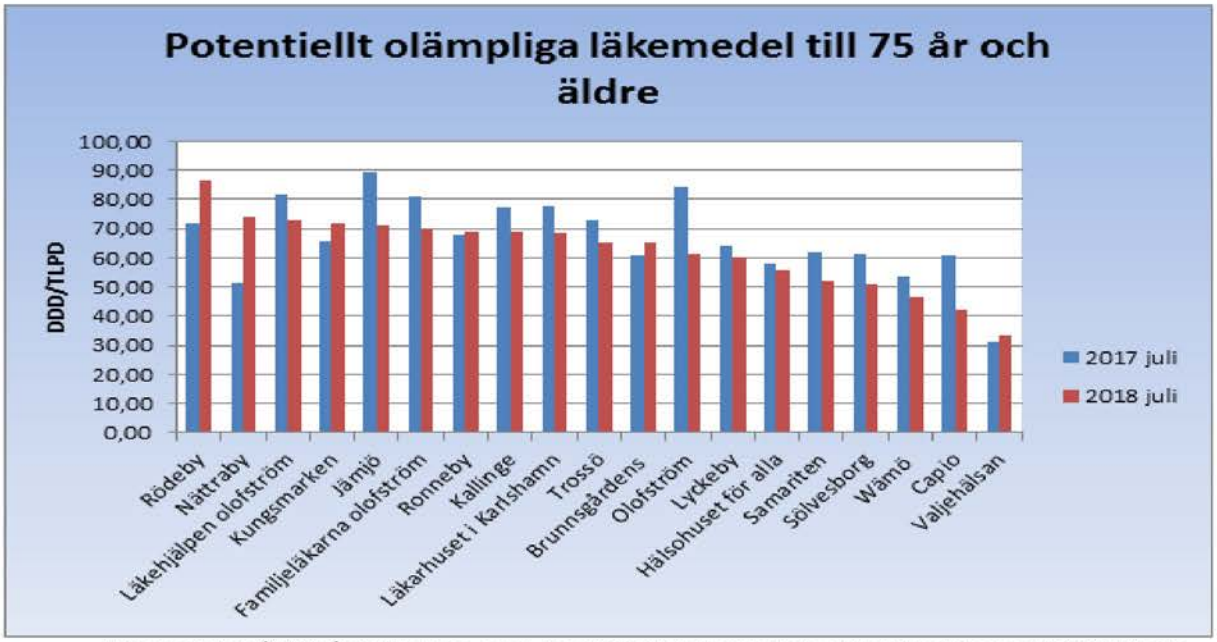
Socialstyrelsens definition innefattar följande läkemedelsgrupper och läkemedel:

- Bensodiazepiner med lång halveringstid (nitrazepam, flunitrazepam och perorala former av stesolid)
- Läkemedel med betydande antikolinerga effekter
- Tramadol
- Propiomazin
- Kodein (nytt 2017)
- Glibenklamid (nytt 2017)

Indikator är vårdenhetens egen förskrivning till egna listade mätt som definierade dygnsdos per tusen listade och dag (DDD/TLPD). Målet är en minskad förskrivning för en säker användning av dessa läkemedel.

I hela riket ses en trend att förskrivningen av dessa läkemedel minskar som en följd av den nationella satsningen. Blekinge har också minskat förskrivningen av denna grupp av läkemedel och ligger nu under medelvärdet för riket. Som tabellen visar nedan är det stora skillnader mellan vår-

denheterna. DDD/TLPD kan tolkas som att på Rödeby vårdcentral är det ca 86 individer per tusen listade som använder PIM dagligen medan det i på Valjehälsan är 33 individer



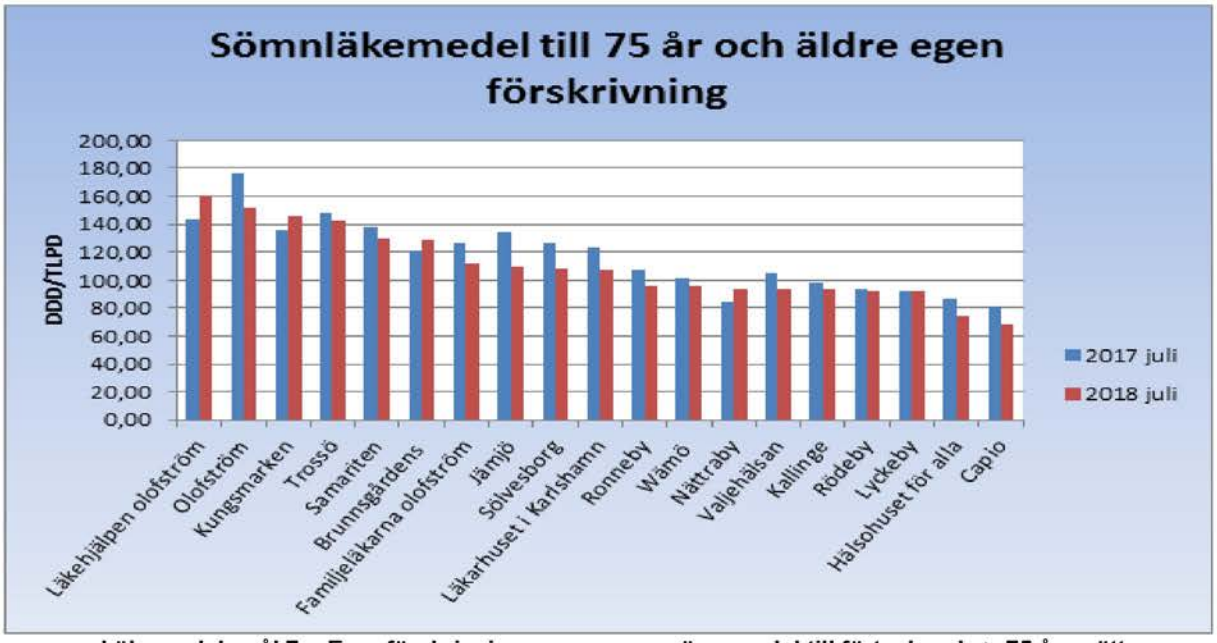
- **Läkemedelsmål 5: Vårdenhetens egen förskrivning av gruppen olämpliga läkemedel till förtecknade >75 år mätt som Definierad Daglig Dos/1000 förtecknade och dag, (DDD/TLPD). Målet är en minskad förskrivning i riktning mot det långsiktiga målet låg nivå och säker användning av dessa preparat.**

Risken för biverkningar vid användning av sömnläkemedel ökar med ålder. Vanliga biverkningar är dagtrötthet, glömska, yrsel, förvirring och risk för fall. Ta gärna hjälp av Landstinget Blekinges häfte ”Sov bra – utan sömnmedicin”. Förutom tre av läkemedlen som Socialstyrelsen klassar som potentiellt olämpliga för äldre patienter inkluderas här även fler sömnläkemedel.

Sömnläkemedel definieras här som:

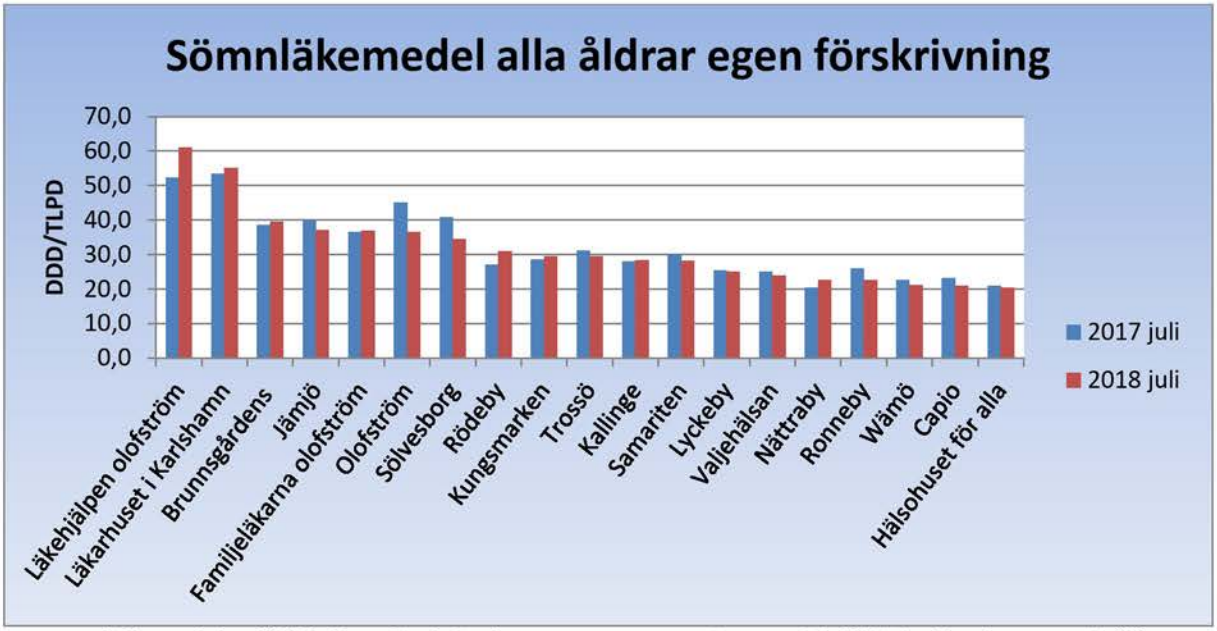
- - nitrazepam
- - flunitrazepam
- - propiomazin
- - levomepromazin
- - zopiklon
- - zolpidem
- - klometiazol
- - alimemazin

Det är fortsatt stor spridning på användningen av sömnläkemedel till 75 år och äldre mellan vårdenheterna. Men alla vårdenheter klarar målet <150DDD/TLPD eller 3 % minskning förutom Läkehjälpen.



- **Läkemedelsmål 7a: Egenförskrivning av gruppen sömnmedel till förtecknade > 75 år, mätt som DDD/TLPD. Målvärde: minskning med 3 % eller < 150 DDD/TLPD.**

Det är även stor spridning mellan vårdcentralerna när det gäller förskrivning av sömnläkemedel till alla åldrar. Här är det 5 vårdenheter som inte klarar målvärdet med en minskning med 3 % eller < 30 DDD/TLPD. Det är Rödeby vårdcentral, Familjeläkarna, Brunnsgårdens vårdcentral, Läkarhuset och Läkehjälpen.



- **Läkemedelsmål 7d: Egenförskrivningen av gruppen sömnmedel till förtecknade, oavsett ålder, mätt som DDD/TLPD. Målet är en minskad förskrivning med 3 % eller <30 DDD/TLPD.**

Tramadol har en tydlig beroendeprofil och användningen bör vara så kort som möjligt. Tramadol ger även ökad risk för serotonergt syndrom vid samtidig behandling med andra preparat som påverkar serotonin, t.ex. SSRI preparat.

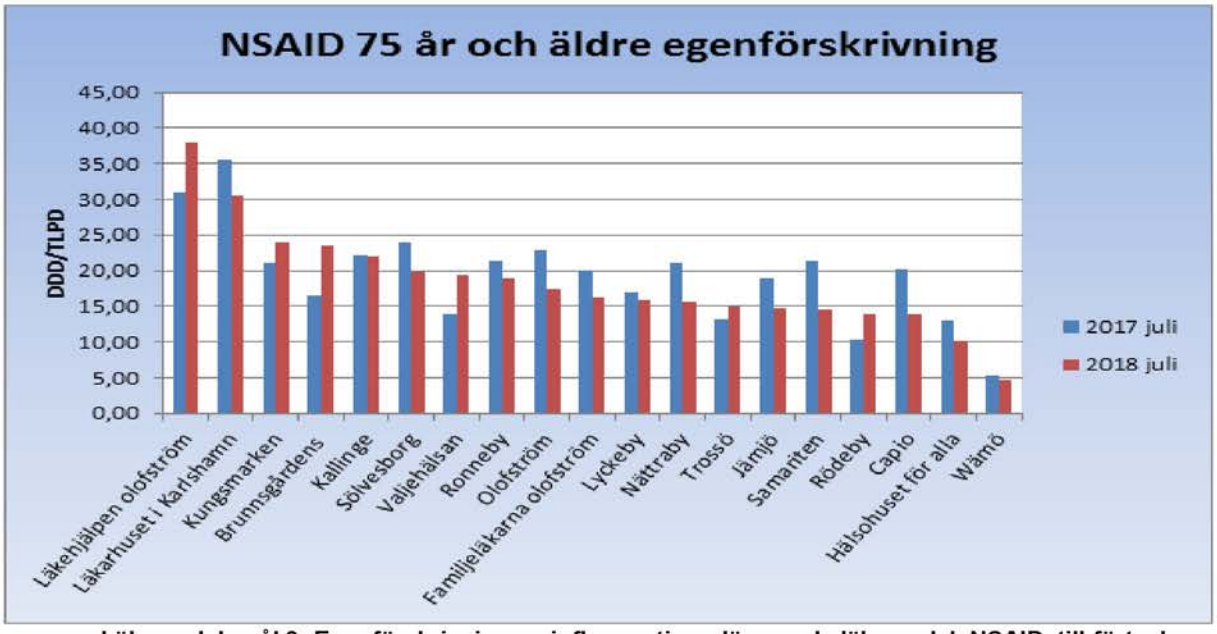
Det är stor spridning i länet i användningen av Tramadol. Det är svårt att säga vad som är adekvat behandling utan att även titta på övriga smärt lindrade tabletter. Lätta opioder har en plats i behandlingstrappan men ska utvärderas noga och helst endast användas korta behandlingsperioder.



- **Läkemedelsmål 8b: Egenförskrivningen av Tramadol till förtecknade, oavsett ålder, mätt som DDD/TLPD. Målet en minskad av förskrivningen jämfört med föregående år.**

Inflammationsdämpande läkemedel även kallade NSAID, har en ökad risk för magsår/blödning och ger en ökad risk för hjärta-kärl biverkningar vid långtidsbehandling. Behandlingen bör vara så kort som möjligt och i första hand vid behovs behandling. Undantaget från detta är patienter med reumatiska sjukdomar

Det är stor spridning av användningen av NSAID mellan vårdenheterna. Det är fyra enheter som inte klarar målet och det är Kallinge vårdcentral, Brunnsgårdens vårdcentral, Kungsmarkens vårdcentral och Läkehjälpen. På Läkehjälpen är de ca 38 individer per tusen listade som kan tänkas använda NSAID dagligen medan det på Wämö vårdcentral är ca 5 per tusen listade som kan antas använda det dagligen.

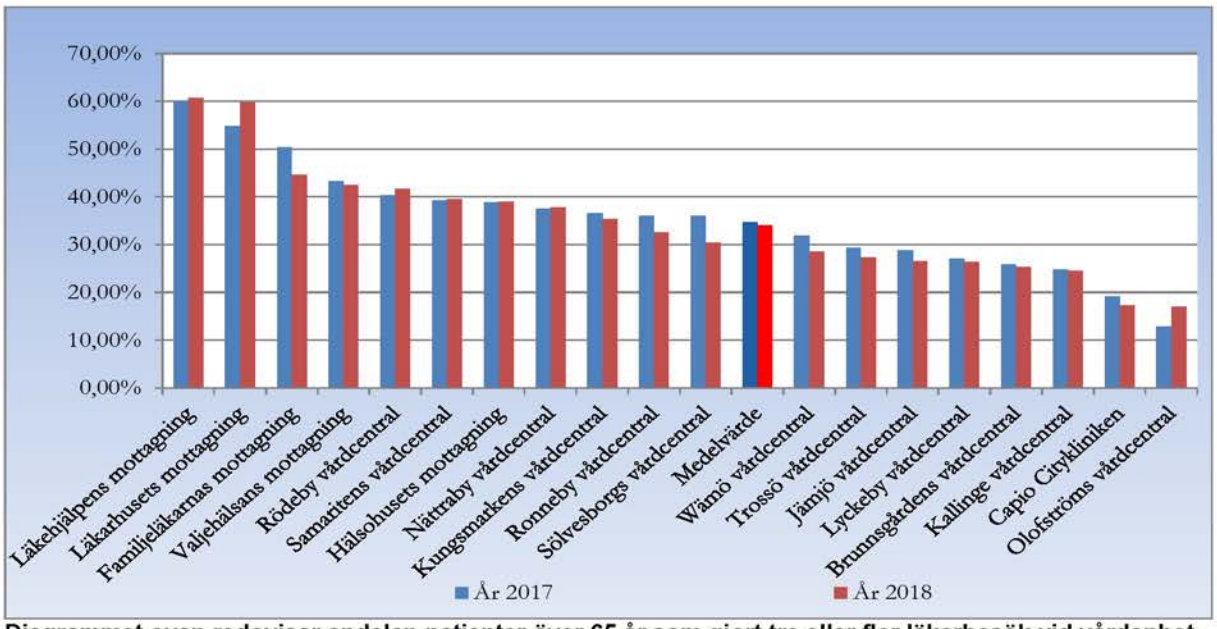


- **Läkemedelsmål 9: Egenförskrivning av inflammationsdämpande läkemedel, NSAID, till förteck-nade > 75 år mätt som DDD/TLPD (Läkemedelsmål 9.) Målvärde: minskning med 5 % eller < 20 DDD/TLPD.**

Sammanfattningsvis kan konstateras att utvecklingen går åt rätt håll men att det är en stor spridning inom länet när det gäller förskrivning av dessa läkemedel. Om det beror på skillnader i sjuklighet eller förskrivningsmönster går inte att uttala sig om.

Läkarkontinuitet

Att patienten får träffa samma läkare vid besök på vårdenheten är ett av de mål som särskilt följts upp inom hälsovalet. Speciellt gäller detta äldre patienter som lider av en kronisk sjukdom. Andelen patienter över 65 år som gjort tre eller fler läkarbesök vid vårdenheten och där minst två av besöken varit till samma läkare under perioden januari till augusti 2018 uppgår till 76,4 % i genomsnitt för alla vårdenheter (76,9 % samma period 2017). Andelen patienter över 65 år som gjort tre eller fler läkarbesök vid vårdenheten och där minst tre av besöken varit till samma läkare under perioden januari till augusti 2018 uppgår till 33,9 % i genomsnitt för alla vårdenheter (34,7 % samma period 2017). Läkarkontinuiteten hos de privat drivna vårdenheterna är högre än hos de offentligt drivna vårdenheterna. Kontinuiteten för patienter över 65 år har således minskat marginellt för både de som gjort minst två eller minst tre av besöken till samma läkare.

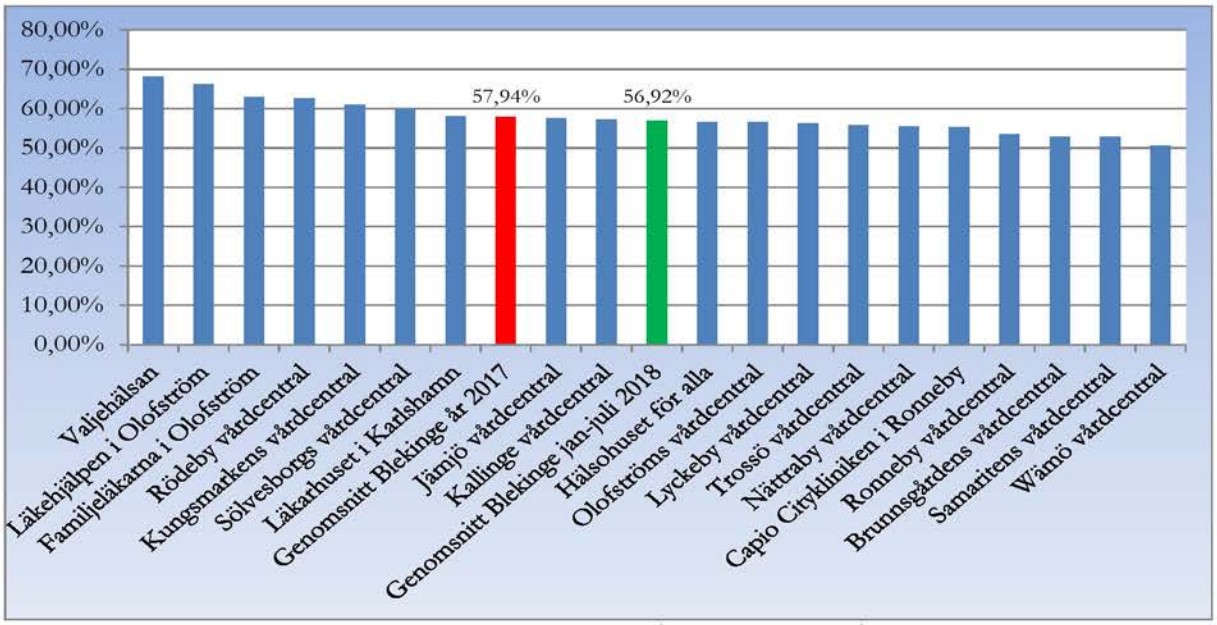


Diagrammet ovan redovisar andelen patienter över 65 år som gjort tre eller fler läkarbesök vid vårdenheten och där minst tre av besöken varit till samma läkare

Täckningsgrad

Täckningsgraden visar hur stor andel av vårdenhetens förtecknade personers konsumtion av öppen hälso- och sjukvård (besök) som tillgodoses hos samtliga enheter inom Hälsoval Blekinge och hos andra vårdenheter på primärvårdsnivå i förhållande till de förtecknade personernas totala konsumtion av all öppen hälso- och sjukvård (besök) inklusive länssjukvård och psykiatri. Målet är att uppnå en så hög täckningsgrad som är möjlig utifrån det åtagande som åligger vårdenheten.

Täckningsgraden beräknas en gång per månad i samband med reglering av hälso- och sjukvårdspengen. Vårdenheter som har en täckningsgrad som överstiger respektive understiger målvärdet erhåller ett tillägg eller avdrag på sin hälso- och sjukvårdspeng enligt ”Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge”. Det innebär att de vårdenheter som understiger målvärdet finansierar de vårdenheter som överskrider målvärdet.

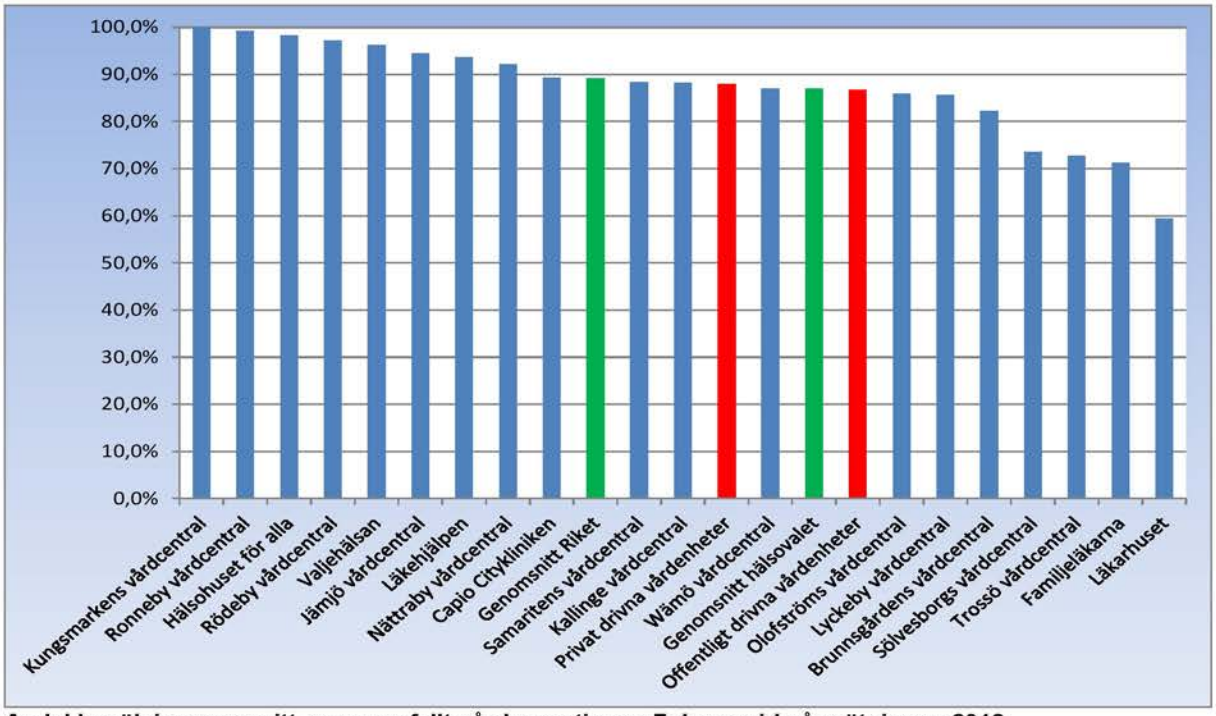


Diagramet visar den genomsnittliga täckningsgraden för årets sju första månader

Täckningsgraden för årets sju första månader är något lägre än täckningsgraden för motsvarande månader 2017. Skillnaden är dock inte så stor. Närheten till Blekingesjukhuset spelar stor roll för täckningsgraden. Ju närmare vårdenheten ligger sjukhuset ju sämre täckningsgrad har vårdenheten. Vissa undantag finns dock. Exempelvis har Rödeby vårdcentral en hög täckningsgrad trots närheten till sjukhuset samtidigt som Ronneby vårdcentral har en låg täckningsgrad trots att de inte ligger nära sjukhuset.

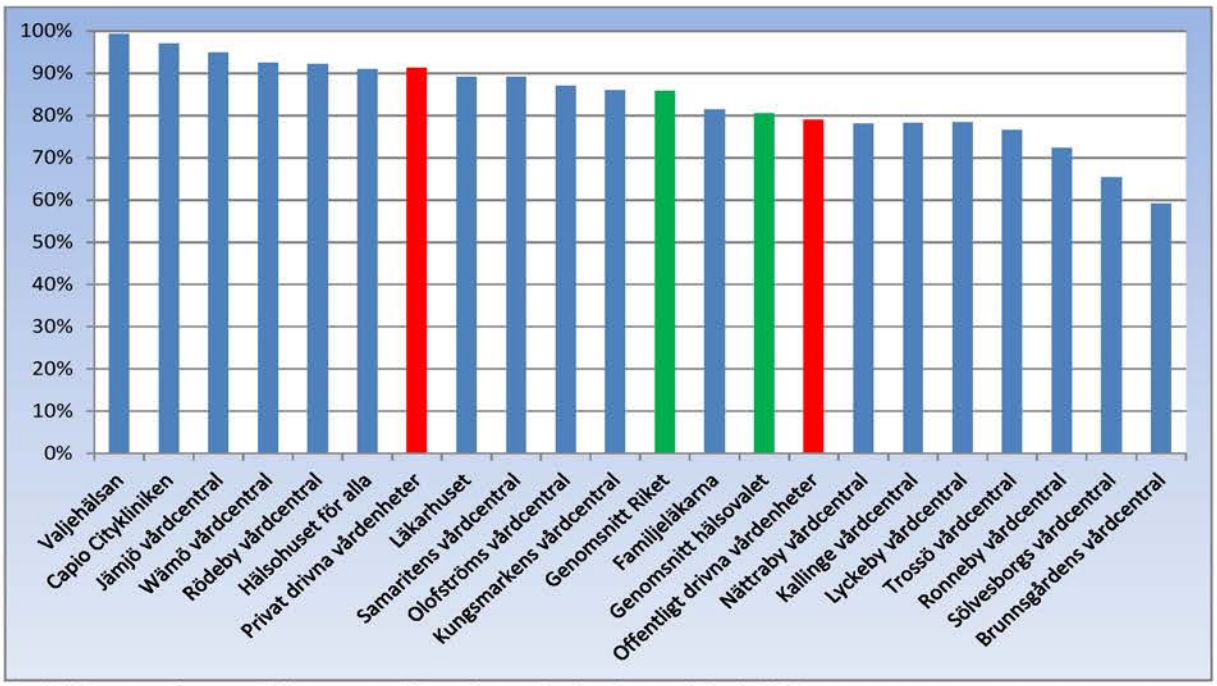
Nationell vårdgaranti

En av de två nationella väntetidsmätningarna under 2018 har genomförts under våren. Resultatet från väntetidsmätningen visar på ett något sämre resultat när det gäller läkartillgängligheten jämfört med motsvarande mätning våren 2017. Vårdenheterna inom hälsovalet uppfyller i genomsnitt den nationella vårdgarantin om att patienten skall erbjudas ett läkarbesök inom sju dagar till 87 %. Motsvarande andel vid mätningen våren 2017 uppgick till 88 %. Vårdenheternas andel besök som uppfyllet vårdgarantin om 7 dagar redovisas i nedanstående diagram.



Andel besök i genomsnitt, som uppfyllt vårdgarantin om 7 dagar vid vårmätningen 2018.

När det gäller mätningen av telefontillgängligheten till vårdenheterna så är resultatet också något sämre än motsvarande mätning 2017. Andelen besvarade samtal är även lägre än riksgenomsnittet. Vårdenheternas andel besvarade samtal redovisas i nedanstående diagram. Eftersom kravet på redovisning av telefontillgängligheten varje månad inte infördes förrän mars månad ingår inte alla månader för vissa vårdenheter i redovisningen.



Andel besvarade samtal i genomsnitt under perioden januari-juni 2018.

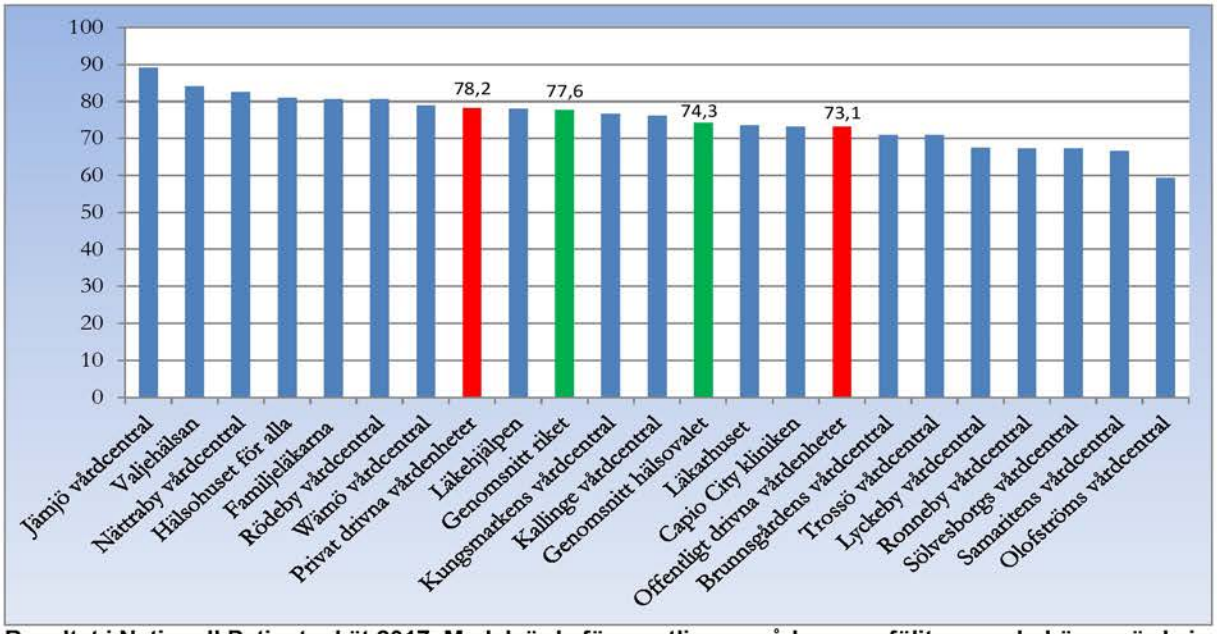
Värt att notera är att Ronneby vårdcentral redovisar en hög tillgänglighet till läkare samtidigt som vårdcentralen har dålig telefontillgänglighet och dåliga resultat på tillgängligheten i den Nationella patientenkäten. Hälsovalsavdelningen behöver följa upp dessa uppgifter för att säkerställa att regelbokens krav följs.

Nationell patientenkät

Någon nationell patientenkät har inte ännu genomförts under året. Årets enkät kommer att skickas ut under september/oktober månad till slumpvis utvalda person som gjort besök vid vårdenheterna under september månad.

Resultatet från fjolårets enkät presenterades inte nationellt så att den kunde redovisas i fjolårets verksamhetsberättelse. Vi har därför valt att redovisa resultatet för 2017 i detta delårsbokslut.

Enkäten innehåller frågor om information, emotionellt stöd, information, delaktighet, kontinuitet, tillgänglighet, bemötande och om personens helhetsintryck av besöket. Resultatet från varje av dessa områden redovisas som ett värde. Värdeskalan går mellan 0 – 100, där 100 är det högsta/bästa möjliga värdet. Landstingets resultat var sämre än för riket inom alla de områden som följdes upp. Läggs samtliga värden ihop för de olika områdena och delas med antalet områden som följts upp erhålls ett totalt medelvärde. Detta medelvärde presenteras i nedanstående diagram för samtliga vårdenheter inom hälsovalet. Jämjö vårdcentral är den vårdenhet som fått bäst resultat i Blekinge 2017 i den Nationella patientenkäten. Privat drivna vårdenheter har i genomsnitt klart bättre resultat inom alla områden som följts upp.



Resultat i Nationell Patientenkät 2017. Medelvärde för samtliga områden som följts upp. Ju högre värde ju bättre resultat.

Barnhälsovården i Blekinge

Barnhälsovårdens (BHV) verksamhet bygger på evidensbaserad praktik och nationell konsensus. Statistik och uppgifter avseende BHV:s verksamhet och resultat samlas in vid årsskiftet och redovisas i verksamhetsberättelse för Hälsoval Blekinge 2018.

Alla barn ska erbjudas en jämlik och rättvis BHV. Verksamhetsuppföljningen av 2017 visade att BHV:s nationella program inte erbjöds fullt ut. Det fanns brister avseende både universella och riktade insatser vilket riskerar att bidra till en ojämlik hälsa i befolkningen. Vissa vårdgivare uppfyller väl BHV:s mål, medan andra har stora utmaningar. Under våren har verksamhet och resultat för 2017 följts upp, redovisats och diskuterats; skriftligen samt vid verksamhetsbesök och nätverksträffar tillsammans med verksamhetschefer, avdelningschefer, BHV-läkare och BHV-sjuksköterskor. Kravet på följsamhet till nationella och lokala styrdokument för BHV har betonats och behov av stöd och fortbildning efterfrågats.

I syfte att bidra till en jämlik hälsoutveckling i befolkningen har Landstinget Blekinge beviljats statsbidrag för ökad tillgänglighet till BHV. Enligt beslut i landstingsfullmäktige har dock inga ökade medel har tillförts Hälsoval.

Den elektroniska barnhälsovårdsjournalen, PMO har införts och används fullt ut för barn födda från 1 januari 2018. Medarbetare får regelbundet fortbildningsinsatser och stöd i införandet av systemförvaltare.

Språkstegen är samverkan mellan BHV, logopedi och bibliotek i LT Blekinge och Region Kronoberg i syfte att främja barns hälsa och språkutveckling genom bokläsning. De olika interventionerna inom Språkstegen innefattar de barn som fyllde 8 månader från och med september 2017. Införda interventioner är bokgåva, läsning och samtal om barns språkutveckling, samspel och bokläsning vid hembesöket vid 8-månader samt vid 18-månadersbesöket liksom ökat samarbete mellan lokala BHV och bibliotek.

Grunda Sunda Vanor är en arbetsmodell för att främja hälsosamma levnadsvanor och består av ett pedagogiskt bildmaterial som kan användas från 2,5 år i hälsosamtalen på BVC. Vid hälsobe-

söket vid 4 års ålder får barnen en minibok som gåva vilken bygger på bildmaterialet om hälsosamma levnadsvanor. Vid 5 års ålder får barnen en bok om kroppen och fysisk aktivitet som en gåva från Generation Pep.

Utbildning har erbjudits under våren i form av perinataldagar med fokus på amning samt barns utveckling, introduktionsutbildning för nyanställda samt ST-läkarutbildning.

Verksamhetsbesök

Verksamhetsbesök har under våren genomförts vid samtliga vårdenheter inom hälsovalet. Besöken har hållits vid vårdenheterna. I vissa fall har besök för två vårdenheter samordnats. Syftet med besöket och uppföljningen är att presentera och diskutera vårdenhetens resultat samt via dialogen under besöket bidra till att ge förutsättningar till en utveckling mot förbättrad kvalitet. Har uppföljningen av vårdenhetens resultat inom något område visat på ett sämre resultat kan detta leda till krav på åtgärder.

Verksamhetsbesöken visar på att vårdenheterna i stort sett fortfarande kan erbjuda en god och säker vård, men har fortsatta stora problem med att kunna upprätthålla tillgänglighet och ett långtgående ansvar i vårdkedjan. Resultatet blir generellt allt sämre inom de flesta områden. Ett undantag är dock läkemedelsförskrivningen som blir allt bättre. Ljuspunkter finns vid vissa vårdenheter men de blir också allt färre.

Den negativa utvecklingen bedöms i huvudsak bero på svårigheter att rekrytera vårdpersonal, en ökad befolkning med ett ökat vårdbehov samt främst otillräckliga ekonomiska resurser som inte täcker vårdbehovet. De offentligt drivna vårdenheterna och de flesta av de privat drivna vårdenheterna klarar inte att bedriva verksamheten inom de ekonomiska ramar som betalas ut via hälsovalet. Annan finansiering har behövt tillskjutas för att verksamheten skall kunna fortsatt bedrivas.

Dialogmöte och hälsovalsråd

Under våren har två dialogmöten mellan företrädare för vårdgivarna och hälsovalet genomförts. Till mötena har det också inbjudits gäster för att presentera och diskutera olika aktuella ämnen som berör vårdenheternas verksamheter.

De punkter och ämnen som särskilt presenterats och diskuterats vid dialogmötena under våren har varit framtidens hälso- och sjukvård, e-tjänster, modell för uppföljning av rehabilitering i primärvården, sammanhållen barn- och ungdomshälsa, ekonomiskt läge inom landstinget, nytt arbetssätt och ny organisation för hälso- och sjukvården, artrosvårdprogram m.fl.

Under våren har även två hälsovalsråd genomförts. Ärendet för råden var ”Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård”.

Ekonomiperspektiv

Nettoresultatet/utfall augusti 2018 är 439,4 mnkr för Hälsoval Blekinge. Motsvarande tid föregående år var Hälsoval Blekinges nettoresultat 421,1 mnkr. Nettoresultatet har alltså ökat med 18,3 mnkr eller 4,3 % mellan åren.

Nettokostnadsökningen mellan augusti 2018 och augusti 2017 beror på:

- Ökade kostnader för hälso- och sjukvårdspengen med 8,8 mnkr.
- Ökade kostnader för läkemedel 1,9 mnkr.
- Ökade kostnader för abonnemang mot Landstingsservice 2,1 mnkr.
- Övriga kostnader har ökat med 5,5 mnkr

Summa 18,3 mnkr

Nettoresultat per augusti i jämförelse med budget är 1,5 mnkr. Motsvarande tid föregående år var nettoresultatet i jämförelse med budget 2,2 mnkr.

Avvikelser mot budget augusti 2018 beror på följande:

- Kostnader för Hälso- och sjukvårdspeng 1,2 mnkr mindre än budget. (kommer bli 0 vid årsskiftet)
- Kostnader för specialistläkare med avtal om ers. enl. nationell taxa 1,1 mnkr mindre än budget.
- Kostnader för läkemedel 0,6 mnkr mindre än budget. (kommer bli 0 vid årsskiftet)
- Kostnader för tolk och skyddad identitet 1,3 mnkr mindre än budget.
- Kostnader för asylsökande 1 mnkr mindre än budget.
- Övriga kostnader är över budget 0,9 mnkr

- Kostnader för utomlänsvård -1,4 mnkr över budget (kommer bli nära 0 vid årsskiftet)
- Kostnader för utomlänspatienter som avser privata vårdgivares utomlänsbesök -1,7 mnkr. Faktureringen till hemlandstingen har blivit fördröjd.
- Kostnader för abonnemang mot Landstingsservice -1,5 mnkr över budget.

Summa 1,5 mnkr

Prognosen för Hälsoval Blekinge visar på ett nettoresultat på 661,3 mnkr. Budgeten är 661,3 mnkr vilket blir en prognos som visar ett utfall i nivå med budget. Det är beslutat att budgeten 2018 för hälso- och sjukvårdspengen samt till läkemedel ska delas ut till vårdgivarna. Det ska således varken bli överskott eller underskott på dessa kostnadsansvaren. Det tillkom under mars två interna poster mot Landstingsservice på drygt 2 mnkr som ska analyseras och eventuellt hur kostnaderna kan fördelas på vårdenheterna. Vi har problem med fakturering av digitala besök hos privata vårdgivare. Ska utredas och åtgärdas under återstående del av året.

Resultatrapport FR1 bifogas som bilaga 1.

§ 348/18 Ärendenummer: 2018/01455

Delårsrapport augusti 2018 Landstingsgemensamt inklusive Hälsoval

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att godkänna delårsrapporten för förvaltning landstingsgemensamt.

Sammanfattning

Resultatet per augusti 2018 för förvaltning Landstingsgemensamt är 718 mnkr, vilket motsvarar ett överskott på 20,6 mnkr i jämförelse med budget.

Den positiva avvikelsen beror främst på att det finns budgeterade anslag främst inom centrala personalkostnader som inte betalas ut förrän senare under hösten. Avvikelsen beror också på att intäkten från sjukskrivningsmiljarden finns också bokförd på anslag under landstingsstyrelsen. Intäkten är bokförd i sin helhet (10,6 mnkr) medan kostnaderna som ska täckas är spridda över året. Även statsbidrag för asyl på 2,8 mnkr är tillfälligt bokförda på anslag under landstingsstyrelsen, dessa intäkter ska fördelas till förvaltningarna.

Resultatet för förtroendemannaorganisationen är 1,04 mnkr bättre än budgeterat. Hälsoval avviker positivt med 1,5 mnkr, vilket beror främst på lägre kostnader för hälso- och sjukvårdspeng och läkemedel.

Prognosen efter augusti är 1 109,5 mnkr vilket är 1 200 tkr sämre än budgeterat. Den negativa prognosen jämfört med budget beror främst på att det inom anslag under landstingsstyrelsen finns ofinansierade kostnader för tomställda lokaler och kostnader inom ansvaret för landstingsövergripande. Den negativa avvikelsen minskas av att anslaget för reserv inte förväntas användas samt att intäkterna på ansvaret för bra sjukskrivning förväntas bli 4 mnkr högre än kostnaderna. Även kostnaderna för sysselsättningsbefrämjande åtgärder förväntas bli lägre än budgeterat.

Prognosen för förtroendemannaorganisationen är 0,8 mnkr bättre än budgeterat vilket beror på lägre kostnader för LF, LSAU och LS:ordförande.

Prognosen för Hälsoval Blekinge är ett resultat som är i nivå med budget. Det är beslutat att budgeten 2018 för hälso- och sjukvårdspeng samt till läkemedel ska delas ut till vårdgivarna. Det blir således varken överskott eller underskott för dessa kostnader.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Delårsrapport augusti 2018 Landstingsgemensamt.
Bilaga: Delårsrapport augusti 2018 Landstingsgemensamt september 2018.
Bilaga: Delårsrapport januari – augusti 2018 hälsoval.

Protokollet ska skickas till
Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Landstingsservice stab	2018-10-08	Ärendenummer	2018/01435
Christin Samuelsson		Dokumentnummer	2018/01435-1

Till landstingsstyrelsen

Delårsrapport augusti 2018 för landstingsservice

Landstingsservice lämnar härmed en delårsrapport per augusti

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen beslutar

1. Att godkänna delårsrapporten per augusti 2018 för landstingsservice

Sammanfattning

Landstingsservice lämnar per augusti ett positivt nettoresultat på + 5,2 mnkr, vilket är 1,4 mnkr sämre än budget för perioden. För helåret prognostiseras ett positivt resultat på +2,7 mnkr. Det innebär en negativ avvikelse mot budget på -7,3 mnkr. I resultatet finns bl.a. kostnader för landstingsövergripande projektet för framtidens vårdinformationsstöd (FVIS).

Generellt har landstingsservice en god måluppfyllelse inom samtliga inriktningsmål.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Per Johansson
Förvaltningschef
Landstingsservice

Bilaga

- Delårsrapporten augusti 2018 för landstingsservice
- Bilaga till delårsrapport augusti för landstingsservice

Delårsrapport augusti 2018

Landstingsservice

september 2018

Ärende: 2018/01435

Dokument: 2018/01435-1

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning 4

2 Framtidens hälso- och sjukvård 6

3 Fokusområde 7

3.1 Inhyrd personal avseende period 1 januari – 31 juli 2018 7
3.2 Läkemedel 7
3.3 Tomställda lokaler 7
3.4 Inköp av bland annat förbrukningsmaterial 8
3.5 Utbildningskostnader och resekostnader för möten och konferenser 8
3.6 Övrigt 9

4 Målområde – God hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa 10

4.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling 10
4.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges arbete för en bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa 12
4.3 Inriktningsmål: Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter 13
4.4 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge erbjuder en trygg och säker hälso- och sjukvård 14
4.5 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge erbjuder en hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus 15
4.6 Verksamhetsstatistik 16

5 Målområde - Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer 18

5.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar 18
5.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar 21

6 Målområde - Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter 22

6.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare 22
Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare 22
6.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö 23
Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö 23
6.3 Statistikuttag för perioden 1 januari – 31 juli 2018 24
6.4 Arbetsmiljö och hälsa 25
6.5 Viktiga händelser, effekter/resultat, inom kompetensförsörjningsområdet 26
6.6 Värdegrundsarbete 27

7 Målområde – Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi 28

7.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll 28
7.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering 30
7.3 Ekonomisk uppföljning 31
7.3.1 Fördjupningsområden 34
7.4 Prognosförklaring 41
7.5 Genomförda och pågående investeringar 43
7.6 Byggrelaterad ohälsa 45

8 Prioriterade områden 48
8.1 Personalrekrytering 48
8.2 Tillgänglighet 48
8.3 Digitalisering 48
8.4 Insatser inom psykisk hälsa-området 49
8.5 En kvalitetssäker oh effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 49
8.6 Region Blekinge 49
8.7 Projektredovisning 50
8.8 Övrigt 52

9 Intern kontroll 53
9.1 God hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa 53
9.2 Aktivt klimat- och miljöarbete 53
9.3 Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktig stabil ekonomi 53
9.4 Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter 53
9.5 Övrig intern kontroll 53

Bilagor 55

1 Sammanfattning

Verksamhetsåret 2018 har för landstingsservice hittills inneburit ökade uppdrag från både landstingsledning och landstingets verksamheter samt politiska mål. Den ökade investeringsplanen har främst för fastigheter inneburit fler och större uppdrag men även för digitalisering och it-verksamheten och upphandlingsverksamheten genom förberedelser och aktivt deltagande i pågående upphandling av framtidens vårdinformationsstöd. Kopplingen finns också till Framtidens Hälso- och sjukvård där alla delar ska knytas samman till en mer framtidsinriktad och effektivare sjukvård närmre patienten med patienten i centrum. Landstingsservice ansvar, leveranser, kunskap och koncernansvar samt service är där en viktig del för helheten. Samverkan med kommunerna är också en viktig del där vi driver frågor kring digital utveckling och stöd för samverkan.

Det råder en hög arbetsbelastning på flera håll inom förvaltningens verksamheter. Arbetet med regionbildning, framtidens hälso- och sjukvård, ökade investeringsramar och framtidens vårdinformationsstöd är alla omfattande och kräver stora insatser även om vissa förstärkningar har kunnat genomföras. Det är också stora bekymmer med bemanningen inom upphandlingssidan.

I takt med ökad nybyggnation har fokus och intresse ökat från flera håll gällande vilka krav som ska ställas på ett hållbart byggande och förvaltning. Arbetet har återupptagits efter sommaren och görs i samarbete med landstingets miljöfunktion.

Landstingsservice del i regionsammanslagningen har också varit och är ett stort planeringsinslag där lokalförsörjning och sammanslagning av tekniska itfunktioner och systemsamordning hanteras. Särskilda styrgrupper och arbetsgrupper har upprättats och samverkan med regionen har varit väldigt kreativ och god. Utmaningen nu är att genomföra sammanslagningen i alla system och i lokalplaneringsfrågan. Vi ser att sammanslagningen inte kan genomföras ett specifikt datum, ur ett systemperspektiv, utan här görs nu en detaljplan för olika händelser.

Den varma sommaren har också krävt en del särskilda insatser men generellt har Landstinget Blekinge klarat den på ett bra sätt. Landstingsservice har hanterat uppkomna situationer bra och fokus har varit, och är, hög servicenärvaro med få driftsavbrott. Sammanställningar och återkopplingar inom vissa områden ska göras under hösten för att bli än bättre rustade framöver.

Innan sommaren granskade EY landstingets uppföljning av investeringar där fastighet och it investeringar valdes ut. Syftet var att bedöma om landstinget har tillräckliga och ändamålsenliga rutiner för uppföljning av investeringar gentemot fastställd investeringsplan. Slutrapporten har inte kommit oss tillhanda ännu.

Landstingsservice har också vidarutvecklat digitaliseringen av interna tjänstebeställningar och fortsatt att utveckla det processorienterade arbetsätt inom alla områden. Ledningssystemet är långt framskridet och redo för att inordnas i det regionala ledningssystemet.

Inom digitalisering finns en särskild rapport för alla aktiviteter inom förvaltning och utveckling av landstingets digitala portfölj som ger en positiv bild av vad som är gjort och framtiden.

Särskilda genomförda uppdrag och aktiviteter:

- Följsamheten till landstingets investeringsplan har ökat och inom fastighet är prognosen 91 %
- Arbetet med framtidens vårdinformationsstöd följer helt enligt plan och tilldelningsbeslut planeras i slutet av 2018

- Ett förslag finns klart för landstingsdirektören om förvaltning, styrning och utveckling av Region Blekinges digitalisering omfattande hela nya regionen, den så kallade PM3 modellen samt hur pm3-modellen ska förhålla sig till styrmodellen för interna servicetjänster
- En framgångsrik testinstallation är gjord i valda verksamheter för en ny vårdportal som innebär en inloggning samt sammanhållen patientkontext i vårdsystemen
- Samtliga pågående nybyggnationer följer i huvudsak fastställd plan och budget
- En städrobot är implementerad i kulvertsystemet på sjukhuset i Karlskrona och ska utvärderas
- Projektet med WEB-tidbokningar rullas ut där landstingsservice stödjer vårdverksamheterna
- Signering av elektronisk hälsodeklaration är klar för start i september
- Digital canceranmälan enligt RCC är klart sedan i april
- Hela Region Blekinges informationsklassning är klar i linje med GDPR
- Barhälsovårdsjournal har landstingsservice infört i hela landstingets berörda verksamheter
- Landstingsservice har gjort klart för landstinget att digitalt ta emot utomlänsfakturering
- Arbetet med 100 % mobilitetstäckning är nu så långt att båda sjukhusen har 100 % täckning
- Ny effektivare telefonisstöd infört för bättre medborgarservice
- Kostnaden för konferenser och utbildning har sjunkit, bl.a. genom användandet av ny teknik och att man avstått utbildning, med 4,9 % i landstingsservice trots all nationell samverkan som pressar upp traditionellt resande
- Andelen tomställda lokaler har sänkts från 3,7 % till 3,2 %. Riksgenomsnittet är 4,4 %
- Genom landstingsservice insatser kring årsresekort och elcykel kampanjer samt i dialog med Blekingetrafiken förbättrade kommunikationer till sjukhuset i Karlshamn har andelen leasingbilar i den interna bilpoolen kunnat minskas med 9 bilar till en minskad kostnad av 825 tkr 2018
- Effektiviseringar inom flera verksamheter har också genomförts enligt den plan för avkastingskrav på 10 mnkr som landstingsservice har. Alla delar är inte klara men ambitionen är att genomföra det politiska uppdraget. Svårigheten är att efterfrågan på landstingsservice tjänster ökar samt att många delar av en förbrukning som görs av våra eller av våra indirekta tjänster ökar

Efter augusti visar landstingsservice på ett positivt nettoresultat på 5,2 mnkr, vilket är 1,4 mnkr sämre än budget för perioden. För helåret prognostiseras ett positivt resultat på +2,7 mnkr. Det innebär en negativ avvikelse mot budget på -7,3 mnkr. I resultatet finns kostnader för bl.a. FVIS.

Generellt har landstingsservice en god måluppfyllelse inom samtliga inriktningsmål.

2 Framtidens hälso- och sjukvård

Landstinget Blekinge har ett fastighetsbestånd vars byggnader till större delen är uppförda före 1985. I samband med sjukhusutredning 2016 togs beslut om att fortsätta utvecklingen av landstingets två befintliga sjukhusområden. På grund av byggnadernas ålder och struktur visade utredningen på att stora investeringar i nya byggnader är nödvändigt för att möta sjukvårdens behov av moderna och ändamålsenliga vårdlokaler. Investeringsbehovet för perioden 2019-2023 är utifrån lokalplaneringsdialoger med landstingets verksamheter bedömt till 2,4 mdkr, vilket avser såväl ombyggnader i befintliga fastigheter som nybyggnation. Den tilldelade investeringsramen för fastigheter för motsvarande period är 1,6 mdkr, vilket medfört att ett flertal nybyggnadsprojekt nu har fått prioriteras bort.

Att prioritera bort strategiskt viktiga investeringar innebär ökade underhållskostnader och att stora resurser istället får läggas på att åtgärda lokalproblem i äldre byggnader. Det är därför sannolikt att en betydande del av de bortprioriterade 0,8 mdkr istället får användas för akuta åtgärder, stambyten, renovering etc. Att inte ha en fastställd långsiktig investeringsplan för regionens framtida lokalbehov innebär att det är mycket svårt att planera och uppnå effektivitet i lokalförsörjningsprocessen.

I investeringsplanen för 2019-2023 finns avsatt 850 mnkr för att påbörja arbetet med ett nytt akutvårdsblock i Karlskrona. Den totala fastighetsinvesteringen för projektet är drygt 2,2 mdkr. En första grov tidplan har tagits fram och den gör gällande att det kan finnas inflyttningsklara lokaler tidigast 2027. Tidplanen baseras på nuvarande politiska beslutsordning samt att sjukhusförvaltningen har en kravspecifikation klar under 2019. För att korta ner tiden till inflyttning behöver en dialog föras med politiken. En lösning kan vara en politisk samverkansgrupp som har mandat att hantera beslut som rör projektet. Detta har prövats i andra landsting och regioner i samband med stora fastighetinvesteringar och enligt uppgifter har det i flera fall varit en förutsättning för att lyckas. Bedömningen är att det då skulle gå att korta färdigställandetiden med drygt 1,5 år. Konsekvensen av detta är dock att investeringstakten för nya blocket skulle behöva ökas med ytterligare 300 mnkr under perioden 2019-2023.

Som en del i förberedelserna för ett nytt akutvårdsblock ingår att säkerställa det framtida parkeringsbehovet. Ytan för nuvarande besöks- och personalparkering kommer att tas i anspråk för de nya byggnaderna och parkeringsplatserna måste först ersättas innan det arbetet kan påbörjas. Idag finns det dock inget investeringsutrymme för detta, vilket i förlängningen kan innebära en senareläggning av byggstarten.

Innehållet i investeringsplanen förutsätter att framtidens hälso- och sjukvård inte ger psykiatrin eller primärvården något förändrat uppdrag som påverkar lokalernas användningsområde eller ytbehov inom perioden.

Det finns ett efterfrågat behov från de andra affärsområdena inom landstingsservice att få vara en del i utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård då man ser fler exempel på vad som kan vara möjligt att få bidra med. Bland annat behöver vi ta höjd för de affärsmässiga frågorna snarast möjligt, både vad avser strategier och framförallt personella resurser.

En stor risk som identifierats är att den grundläggande tekniska infrastrukturen inte är identifierad. Det är ett stort arbete med många delar såsom även e-Hälsa och FVIS. Det är en möjlighet till förändrad teknik och arbetssätt, men det driver resurser.
Vårdnära service är en viktig del i framtidens hälso- och sjukvård för att rätt kompetens ska kunna arbeta med rätt arbetsuppgift. Ett nationellt arbete pågår kring att ta fram en gemensam utbildning för vårdnära service personal.

3 Fokusområde

3.1 Inhyrd personal avseende period 1 januari – 31 juli 2018

Landstingsservice har inga inhyrda läkare och sjuksköterskor därför redovisas inget under detta avsnitt.

3.2 Läkemedel

Landstingsservice har inget att rapportera under detta avsnitt.

3.3 Tomställda lokaler

I början på året gjordes en översyn av samtliga tomställda lokaler i landstingets fastighetsbestånd. Vid denna rapportering upptäcktes att flera av lokalerna används av olika verksamheter. Rum ska klassas som tomställda endast i de fall där det pågår ombyggnation, eller om de inte används av någon verksamhet. Kostnader för de rum som användes av verksamheter bokades om i april till respektive berörd verksamhet. Justeringen innebar att tomställda lokaler minskade från 3,7 % i april till 3,2 % i augusti. Arbetet med tomställda lokaler pågår och uppdateras fortlöpande. Riksgenomsnittet för tomställda lokaler i regioner och landsting ligger på 4,4 % enligt senaste nyckeltalen som inlämnats till Kolada.
Se även möjliga försäljningsobjekt och framtidsprognos.

Möjliga försäljningsobjekt:
Vi har tagit fram och sammanställt kostnader för fastigheter där landstinget har verksamhet i mycket begränsad omfattning. Det är främst primärvården som har filialer till vårdcentraler på mindre orter i Blekinge. Dessa kommer inom de närmsta åren att ha ett stort underhållsbehov, vilket kommer att påverka hyresnivåerna. Samtidigt har hälsovalsbesiktningar genomförts på flera av dessa enheter med resultatet att vi måste åtgärda flera anmärkningar för att lokalerna ska godkännas enligt Hälsovals kriterier.
Utifrån fakta ovan ser vi att dessa lokaler och inom närmsta framtiden kommer att ha en mycket hög kostnad/patientbesök och vi vill att frågan om eventuell försäljning ska ställas till verksamheterna och dess nämnder.

Objekt som är möjliga att sälja: Hasslö, Senoren, Kättilsmåla och Kyrkhult.
På Hasslö, Senoren och Kättilsmåla bedriver Landstinget Blekinge idag ingen verksamhet alls. Kättilsmåla hyrs ut i sin helhet till Karlskrona kommun och på Senoren hade kommunen fram till i våras viss verksamhet enligt överenskommelse med psykiatrin. Denna verksamhet är nu flyttad p.g.a. byggnadernas dåliga skick. I Kyrkhult nyttjar primärvården två rum samt gemensamma ytor som delas med Olofströms kommun som hyr resterande del av byggnaden.

Rivning
Det finns inga planer på att riva några byggnader under 2018.

Framtidsprognos
Under den kommande två-årsperioden flyttar en del verksamheter till nya lokaler. Det saknas dock investeringsmedel för att riva eller anpassa de tomställda ytorna till annan verksamhet. Totalt rör det sig om drygt 7 600 kvm varav merparten avser sjukhuset i Karlskrona. Som jämförelse har Landstinget Blekinge idag (augusti 2018) totalt ca 8 700 kvm tomställd yta. Kostnaderna för dessa belastar koncernen.

3.4 Inköp av bland annat förbrukningsmaterial

Inköp och förbrukningsmaterial har vi definierat som kostnader för köpt verksamhet och övriga verksamhetskostnader. Områden som särredovisas har exkluderats från dessa siffror.
Exkluderade områden är:

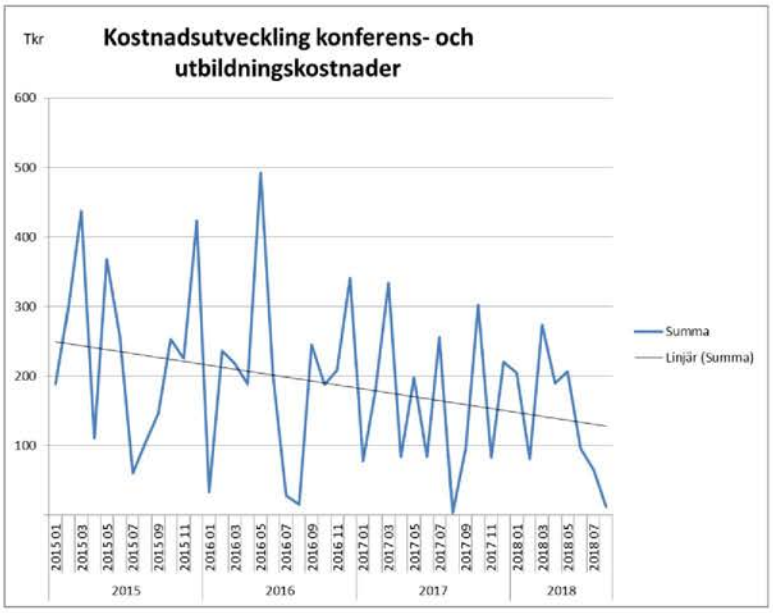
- kostnader för lagerförändring i materialdepån
- lokal- och fastighetskostnader
- energikostnader (media)
- kostnader för it-program
- kostnader för transportmedel och frakter
- resekostnader
- tjänsteköp
- kostnader för ankomstregistrerade fakturor

Kostnader för inköp och förbrukningsmaterial uppgår per augusti till 38 349 tkr att jämföra mot budget 37 828 tkr för perioden. Avvikelsen mot budget beror främst på inköp av datorer under våren. Kostnadsutvecklingen jämfört med motsvarande period föregående år är 1,5 % för kontogruppen. Nedan visas trenden för kostnadsutvecklingen tre år tillbaka.



3.5 Utbildningskostnader och resekostnader för möten och konferenser

Kostnader för utbildning och konferenser samt resekostnader för möten och utbildning/konferens uppgår per augusti till 2 088 tkr att jämföra mot budget 2 757 tkr. Kostnaderna håller sig inom ramen för budget. Jämfört med motsavarande period föregående år har kostnaderna sjunkit med 4,9 %, trots att förvaltningens deltagande i framtidens vårdinformationsstöd innebär ökade kostnader för resor även om många möten hålls via skype. Nedan visas trenden för kostnadsutvecklingen tre år tillbaka.



3.6 Övrigt

Inom landstingsservice pågår fler aktiviteter än ovan nämnda fokusområden för att bidra till ett bättre resultat för Landstinget Blekinge.

- Översyn pågår kring inköpsmängder, matsvinn, måltidsmenyer och transporter
- Översyn av städområden för att effektivisera ytterligare om så är möjligt
- Att inte tillsätta vikarier vid första frånvarodag och/eller kortare vikariat
- Prövning av behov av konsultstöd och minska konsultberoende
- Förändrade rutiner gällande uppsägning av uttjänta datorer och utrustning genom beställningsportalen. Det ger en bättre kostnadskontroll på it-utrustning.
- Analys och genomgång inför kommande upphandlingar pågår och det visar att det finns fler produkter/produktområden där köp sker på större belopp, men som inte omfattas av upphandlat avtal. Det innebär sannolikt att överpriser tas ut och en högre kostnad totalt än om konkurrensutsättning skett.
- Under våren har antalet poolbilar i korttidsbilpoolen setts över och beslut togs att 50 % av korttidspoolen i Karlskrona skulle reduceras under juli-aug samt minska ner med 5 bilar permanent från och med september. I Karlshamn har antalet poolbilar minskats ner med 6 bilar (33 %) från och med juli. Totalt kommer minskningen av antal poolbilar att innebära en kostnadsminskning med 825 tkr för Landstinget Blekinge. Se tabell nedan.

Minskning av antalet poolbilar	**Minskning antal bilar**	**Kostnadsminskning (tkr)**
Karlskrona, Poolbilar Juli-Aug	18	323
Karlskrona, Poolbilar Sept-Dec	5	179
Karlshamn, Poolbilar Jul-Dec	6	323
Total kostnadsreduktion för landstinget 2018		**825**

4 Målområde – God hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa

Landstinget Blekinge ska erbjuda en trygg och säker hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus. Verksamheternas insatser ska planeras, samordnas och genomföras strukturerat och målinriktat, för en jämlik och tillgänglig vård. Detta i sin tur kräver att tillgången till kompetens i organisationen planeras och anpassas efter invånarnas behov av hälso- och sjukvård.
Landstingets samtliga verksamheter har även ett brett uppdrag i det förebyggande folkhälsoarbetet, där kunskap om invånarnas behov är en central faktor. En viktig förutsättning är samverkan med övriga samhället och dess aktörer. Formerna för denna samverkan ska ständigt utvecklas.
Att vi arbetar systematiskt och regelbundet med patientsäkerhet är grundläggande för tilliten till hälso- och sjukvården. Andra avgörande omständigheter är bemötande och upplevelsen av vårdkvaliteten generellt.
Landstingets verksamheter ska bidra till att stärka förtroendet för landstinget genom ett ständigt förbättringsarbete inom sina respektive ansvarsområden.
Målområdet god hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa innehåller fem inriktningsmål:

- *Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling.*
- *Landstinget Blekinges arbete för en bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa.*
- *Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter.*
- *Landstinget Blekinge erbjuder en trygg och säker hälso- och sjukvård.*
- *Landstinget Blekinge erbjuder en hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus.*

4.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling

Landstingsservice samlade bedömning av inriktningsmålet:

Inriktningsmål	Uppföljning och kommentarer	Prognos måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinge har god tillgänglighet till besök och behandling	Fyra av fem indikatorer bedöms vara uppfyllda, därav bedömningen grön prognos i måluppfyllelse för 2018	

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan för landstingsservice:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
1. Andel kunder, medborgare och patienter som är nöjda eller mycket nöjda med landstingsservice tjänster och serviceutbud	Enkät 2017 7,53 av 10	7,53 eller högre			
2. Antal vårdinformationsmängder som läses upp till nationella tjänster (NPÖ, Journalen på nätet, Kvalitetsregister m.fl.)	8	12			

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
3. Andelen elektroniska remisser och svar från Beställning och Svarssystem (BoS)	2 av 6 specialiteter	4 av 6 specialiteter			
4. Andelen av Landstingets totala lokalyta som har trådlös åtkomst för mobila enheter.	50 %	60 %			
5. Andelen av Landstingets totala lokalyta som har mobiltelefontäckning 2G, 3G och 4G för enheter som innehåller ett sim kort.	80 %	90 %			

4.1.1 Uppföljning av landstingsstyrelsens mål

1. Inom förvaltningen finns fler avdelningsspecifika mål och nyckeltal för att nå landstingsstyrelsens mål. Ambitionen i förvaltningen är att nå målet men fortfarande kvarstår arbete.
2. Här finns faktorer som vi inte själva kan påverka. Inera, SUSSA-samverkan samt registerhållare. Ett önskemål från verksamheten var att få upp mätvärden till NPÖ. Önskemålet har framförts till Inera som inte ännu har någon tidplan satt för detta, mer än att arbete pågår. Barnhälsovården önskar att tillväxtkurvor läses upp till NPÖ och här kommer arbetet startas upp till hösten.
3. Allmänremiss är färdig för driftsstart. Arbetet med röntgenremissen pågår och uppstart är även gjord rörande remissen till kemlab.
4. Utbyggnad av trådlös åtkomst i form av wi-fi går långsamt. En stor del är att de switchar som behöver bytas ut är så starkt beroende till andra organisatoriska enheter. En projektorganisation har skapats under våren. Det finns en samsyn i prioriteringsordningen men det är svårt att få det prioriterat inom landstinget.
5. Landstinget har 100 % mobil täckning på våra sjukhusområden. Under sommaren har täckningsmätningar för alla ytterområden genomförts. Nästa steg är att projektera för att förbättra täckningen även på våra ytterområden.

4.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges arbete för en bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa

Landstingsservice samlade bedömning av inriktningsmålet:

Inriktningsmål	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinges arbete för en bättre folkhälsa avspeglas i en ökad jämlik hälsa	För att nå måluppfyllelsen krävs att vi får statistik från Inera. Där vi själva kan påverka är måluppfyllelsen grön.	

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan för landstingsservice:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
1. Antal hälsofrämjande insatser på gruppnivå via Landstingshälsan för medarbetare i Landstinget Blekinge	2017 års nedlagda timmar	100 timmar	601 timmar		
2. Antal medborgare som har ett e-hälsokonto hos E-hälsomyndigheten	0	5 000 st			
3. Antal nybokade besök via 1177 Vårdguidens e-tjänster (tidboken)	0	1 000 st			
4. Andel medborgare som nyttjar 1177 Vårdguidens e-tjänster (nationellt mål)	50 % (nu 28 % aug 17)	75 %	36 %		

4.2.1 Uppföljning av landstingsstyrelsens mål

1. Landstingshälsans projekt Hälsofrämjande stöd är till stor del hälsofrämjande insatser på gruppnivå, därav den stora ökningen till 601 tim/augusti.
2. ”Hälsa för mig” är ett personligt konto hos eHälsomyndigheten, som ska hjälpa medborgarna att hålla koll på sin hälsa. Tjänsten är ett verktyg som man kommer att kunna använda för att stärka kunskapen om och engagemanget i sin egen hälsa. Datainspektionen godkände inte eHälsomyndighetens tolkning gällande lagstiftning. Vad som gäller juridiskt för tjänsten prövas just nu i förvaltningsrätten. När domen kommer är ovisst och inga konton kan ännu skapas.
3. Tyvärr finns ingen aktuell statisk att tillgå från Inera.
4. Målvärdet för indikatorn känns orimligt med tanke på att det är endast 36 % nu. För att nå målvärdet krävs en gedigen reklamkampanj från Landstinget Blekinge, för att nå ut till medborgarna.

4.3 Inriktningsmål: Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter

Landstingsservice samlade bedömning av inriktningsmålet:

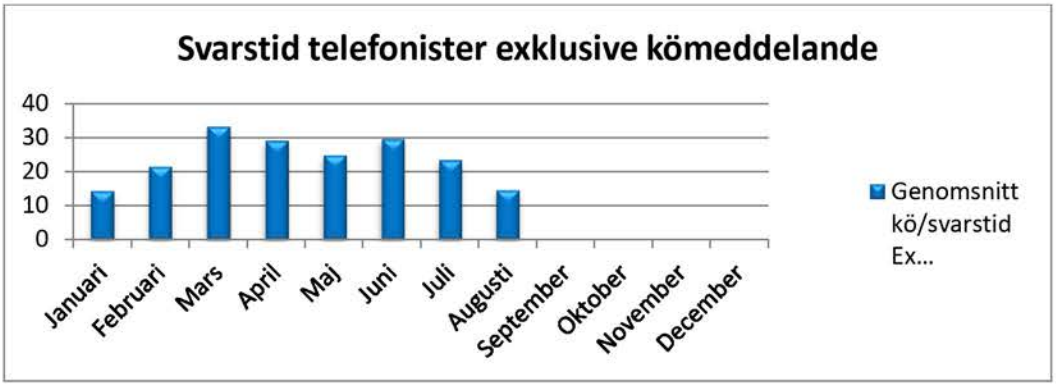
Inriktningsmål	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Medborgare och patienter har stort förtroende för Landstinget Blekinges verksamheter	Tre av tre indikatorer beräknas bli uppfyllda under året, därav grön bedömning av måluppfyllelsen	

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan för landstingsservice:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
1. Antal inrapporterade avvikelser till landstingsservice	Utfall 2016 (165) Utfall 2017	Inte högre än 165	137		
2. Andel åtgärdade avvikelser	Utfall 2016 (87 %) Utfall 2017	90 %			
2. Genomsnittlig svarstid i Landstinget Blekinges telefonväxel	20 sekunder	Lika eller lägre			

4.3.1 Uppföljning av landstingsstyrelsens mål

1. Inom både drift och underhåll samt it ligger det många pågående avvikelser som är, äldre än tre månader. It-avvikelserna tar ibland lång tid att utreda och är inte helt enkla att lösa. Uppföljningsmöten planeras in under hösten för att försöka stänga och åtgärda avvikelserna. Antal inkomna avvikelser är 137 stycken, besvarade 94 stycken dvs 68 %
2. Åtgärdade avvikelser är 19 stycken, besvarade är 17 stycken dvs 89 %
3. Telefonisterna är en central del av den kommunikation som genomförs både med patienter och anhöriga som söker sjukvården samt internt mellan medarbetare. Ytterligare en funktion som telefonisten har är att vara behjälplig vid larmhantering för beredskapsorganisationerna. För att uppnå kvalité i detta stöd så finns ett mål att genomsnittstiden för köande inte ska överstiga 20 sekunder. Under våren har denna tid stigit något för att under augusti återigen styra mot målet.



4.4 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge erbjuder en trygg och säker hälso- och sjukvård

Landstingsservice samlade bedömning av inriktningsmålet:

	Uppföljning och kommentarer	
Landstinget Blekinge erbjuder en trygg och säker hälso- och sjukvård	På grund av ett produktionsbortfall i mars så kommer vi inte nå inriktningsmålet.	

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan för landstingsservice:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
4.1 Antal identifierade mätområden inom patientsäkerhetsarbetet i landstingsservice	Saknas	1			
4.2 Antal oförutsedda händelser som ger produktionsbortfall för en hel klinik eller verksamhet	Saknas	0			

4.4.1 Uppföljning av landstingsstyrelsens mål

1. Under året har vi nu hanterat GDPR för våra berörda system samt informationsklassning av systemen. Inom städ och kost har vi egenkontrollsprogram inom måltidsverksamheten och löpnade städkontroller genom INSTA 800.
2. Störning av NCS Cross efter uppgradering i mars. Systemet var inte tillgängligt under ca 4 timmar, reservrutiner finns framtagna och fungerade under hela avbrottet.
   Avbrottet på måndagen den 19 mars i journalsystemet NCS Cross var knutet till en uppgradering av systemet som gjordes på söndagskvällen. Det var ett konfigurationsfel i databasen som tyvärr inte märktes förrän på morgon, när ett stort antal användare loggade in i NCS Cross och då belastningen på systemet ökade. Den belastningen gjorde att systemet gick ner. Felsökningen var relativt komplicerad och avbrottet varade i cirka 4 timmar. Reservrutiner i form av läskopia och minibackup fanns att tillgå under hela avbrottet.

4.5 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge erbjuder en hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus

Landstingsservice samlade bedömning av inriktningsmålet:

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinge erbjuder en hälso- och sjukvård med patientens perspektiv i fokus	Två av tre indikatorer är gröna därav bedömningen grön för måluppfyllelse 2018	

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan för landstingsservice:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
1. Andel införda och upprättade processer som ligger till grund för ISO9001	2017 års utfall	100 %			
2. Andel avdelningar som tagit del av personcentrerat förhållningssätt	0 %	80 %			
3. Antal relevanta byggprojekt där medborgarna medverkar i byggprocessen	0	2			

4.5.1 Uppföljning av landstingsstyrelsens mål

1. Kartlagda 2014: Material o Textilförsörjningen, inklusive inköp.
   Kartlagda 2015: Lokalförsörjning, Måltidsförsörjning, Upphandling
   Kartlagda 2016: Städ, Transport, Avfall, Löneprocessen
   Kartlagda 2017: Ledningsprocessen, Redovisning, Utvecklingsstöd, Kundtjänst, Centralkassan, Landstingshälsans kundprocess
   Kartlagda 2018: Verksamhetsstöd IT (Ärendehantering), Ekonomiprocessen, Uppdatering av Lokalförsörjningsprocessen, Uppdatering av Material- och textilförsörjningsprocessen

2. Målarbetet har avstannat då vi inväntar regionbildningen och regionservice.

4.6 Verksamhetsstatistik

	2016-08	2017-08	2018-08
Måltid			
Antal dygnsportioner/antal vårddagar (K-na och K-hamn)		1,02	1,0
Antal dygnsportioner/arbetade timmar*	2,63	2,91	2.71
Total kostnad/dygnsportion	216,50	230,61	232,61
Antal besökande i LTS caféer, tre stycken		125 112	114 215
IT			
Antal PC, flexdator och medicinsk dator	5 843	5 775	6 000
Antal Follow me skrivare		421	433
IT-kostnader enligt SLIT (mnkr) / landstingets omslutning. Redovisas på helår.	108	120	124
Material/upphandling			
Besparing på upphandlat belopp i genomsnitt (%)	1,4 %	11,2 %	10,6 %
Anbud i genomsnitt per upphandling (antal)	2,25	3,3	3,7
Orderrad i materialdepån/arbetad timme*		13,6	12,3
Omsättningshastighet materiallager	11,7	11,1	11,1
Andel e-fakturor	67 %	71 %	71 %
Lokaler			
Egna lokaler, bruttoarea (kvm), totalt	268 016	268 016	267 945
Egna lokaler exkl p-hus (uppvärmd yta)		256 930	256 930
Inhyrda lokaler, bruttoarea (kvm)	12 196	17 661	15 261
Egenproducerad värme/total värmeförbrukning, redovisas i delårsbokslutet	0,3 %	0,3 %	*
Egenproducerad el/total elförbrukning, redovisas i delårsbokslutet	20 %	22 %	*
Antal städade kvm/arbetad timme*	318	333	360
Antal gjorda städkontroller		128	88
Miljö			
Andel miljöfordon	97 %	97 %	98,15 %
Andel ekologiska livsmedel i köken	48,4 %	47,7 %	47,6 %
Inom sjukhusområdena:			
Avfall (ton)	549,28	485,75	493,62
Glas, metall, trä, papper, kartong, batteri	141	152,64	101,44
Brännbart	320,54	286,16	236,79
Komposterbart	77,3		143,89
Deponi	10,44	46,82	11.50

Kommentarer till verksamhetsstatistiken
* Egenproducerad värme och egenproducerad el redovisas per helår. Kan ändra sig till kommande delår beroende på om den vakanta energiingenjörsrollen är ersatt.

Det årliga värdet av de upphandlingar som genomförts under perioden bedöms vara ca 95,4 mnkr med en beräknad besparingspotential på ca 11,3 mnkr per år. Det motsvarar ca 10,6 %, vilket är högre jämfört med förra årets helårsutfall (8 %) men lägre än utfallet vid samma tid förra året. Det går dock inte att göra någon relevant analys utifrån det då jämförelseperioden är alltför kort och utfallen kan förändras drastiskt med några få avslutade upphandlingar.

Andelen anbud ligger med en marginell skillnad över åren 2016-2018. Det är för tidigt att dra några större slutsatser av det. Trenden de senaste åren har dock varit uppåt vilket bedöms beror på ett minskat antal direktupphandlingar

Ytuppgiften Lokaler i tabellen ovan är m^2 BRA. Minskningen förklaras genom att By 14 Taxi, sjukhusområdet Karlskrona, har rivits.

Antal städade kvm/arbetad timme ökar. Detta beroende på färre antal medarbetare, då vi inte ersatt ett antal medarbetare som gått i pension.

Andelen städkontroller har minskat då städcontrollern varit långtidssjukskriven. Dessutom gjordes flera enklare/snabbare städkontroller veckovis då vi startade upp kombinerat VNS 2.0 i Karlshamn förra året. Då hade vi behov av att se att kvaliteten på städningen inte sjönk när den gick över från städ till VNS. Så siffrorna är inte riktigt jämförbara.

Mängden komposterbart avfall ökar vilket beror på att verksamheterna blivit bättre på att sortera, avfallet flyttas från brännbart till komposterbart.

5 Målområde - Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer

Landstinget ska vara en trovärdig aktör i det regionala miljö- och hållbarhetsarbetet genom att främja en god hälsa och aktivt arbeta för friska livsmiljöer. Miljö- och hållbarhetsplanen och målen i landstingsplanen ska bidra till ett offensivt arbetssätt. Vi följer upp miljöprestandan, utvecklingen och måluppfyllelsen löpande och systematiskt. Redovisningen sker öppet för landstingets intressenter i årsredovisningens miljö- och hållbarhetsbokslut. Landstinget ska systematisera och integrera miljö- och hållbarhetsarbetet på alla nivåer och det ska genomsyra hela vår verksamhet och våra processer. Våra medarbetare ska stimuleras att ta ansvar och initiativ som går i en hållbar riktning. Vi ska eftersträva ständiga miljö- och hållbarhetsförbättringar i enlighet med landstingets miljö- och hållbarhetsplan, och det ska vara en naturlig del av all planering och allt kvalitets- och utvecklingsarbete. Det är särskilt viktigt att ta hänsyn till dessa frågor i besluts- och investeringsprocessen. Landstinget står inför omfattande investeringar i fastigheter under kommande planperiod, vilket gör detta till ett extra viktigt fokusområde. Långsiktigt hållbara beslut och investeringar kan göra stor positiv skillnad för kommande generationers möjligheter till en hållbar utveckling.
Genom att särskilt föra fram hälsoperspektivet inom ramen för aktiva regionala utvecklingsinsatser ska landstinget bidra till länets utveckling och skapa förutsättningar för ett hållbart samhälle och en god livsmiljö. Ett av landstingets viktigaste verktyg för att bidra till en hållbar utveckling är att använda miljö- och hållbarhetskrav i leverantörsledet vid upphandling. Att vi väljer material, produkter och tjänster utifrån ett miljö- och hållbarhetsperspektiv är en naturlig del i verksamheten. Vi ställer hållbarhetskrav på samtliga leverantörer och följer systematiskt upp att de följs. Det styrs och följs upp genom miljö- och hållbarhetsplanens införande.
Målområdet aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer innehåller två inriktningsmål:

- *Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar.*
- *Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar, enligt miljöledningsstandarden ISO 14001:2015.*

5.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar

Landstingsservice samlade bedömning av inriktningsmålet:

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinges miljö- och hållbarhetsplan implementeras i relevanta delar i samtliga förvaltningar.	Fyra av sju indikatorer är gröna vilket gör bedömningen av måluppfyllelsen för 2018 grön	

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan för landstingsservice:

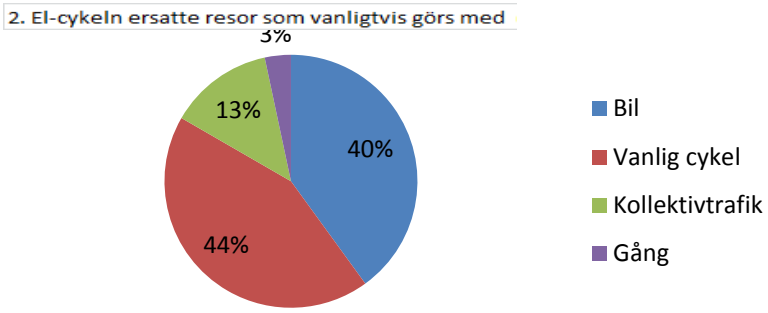
Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
1. Antal införda alternativ (ex elcykel), som finns i utbudet för Landstinget Blekinges verksamheter för att minska fossilanvändningen	2	3			

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
2. Andelen miljömärkt fisk och skaldjur av det totala inköpsvärdet. Ska årligen öka	Utgångsvärde 2017	Högre än 2017			
3. Antal åtgärder gjorda för att optimera mätningen av återanvändning, återvinning och källsortering gällande avfall.	0	3			
4. Andel KRAV-certifierade/ekologiska livsmedel samt miljömärkt fisk och skaldjur ska årligen öka för att nå miljömålet 50 % 2018	Utgångsvärde 2017 = 47,6%	Lika eller högre än 2017	47,6 %		
5. Andel investeringar där miljö- och hållbarhetsaspekter har beaktats.	100 %	100 %	100 % där så är relevant	100 % där så är relevant	Manuellt
6. Andel direktupphandlingar där landstingets uppförandekod finns med som krav	Utgångsvärde 2017	100 %			
7. Andel upphandlingar där hållbarhetskrav ställs enligt Upphandlingsmyndighetens kriterier eller motsvarande, samt där landstingets uppförandekod finns med som krav i avtalet (gäller inte direktupphandling se ovan).	Utgångsvärde 2017	100 %			

5.1.1 Uppföljning av landstingsstyrelsens mål

1. Sedan december 2017 är alla bilar i korttidspoolen biogasdrivna, så när som på 4 elbilar. De bilar som är långtidsleasade byts succesivt ut till biogasbilar. Vi har ett fåtal bilar i landstinget såsom större transportfordon som ännu inte finns att köpa/hyra annat än med diesel som drivmedel.

   Från april månad så har Landstingshälsan haft ansvaret för utlåning av elcyklar. Detta har varit mycket populärt och efterfrågat. För Karlshamn så hade vid halvårsskiftet 10 veckor varit utlånat och i Karlskrona 15 veckor. Redan nu ser vi att för helåret så är 39 veckor uppbokade från april till december i Karlskrona och 22 veckor i Karlshamn för samma period. I vår sammanställda enkät fram till halvårsskiftet så är det 40 % av de som lånat el-cykeln som uppger att den ersatt bilresor. Mer än 60 % av de som lånat kan tänka sig att köpa en elcykel själva enligt enkätsvaren.



Beställda årskort med Blekingetrafiken är efter sommaren 340 stycken, nya beställningar kommer in hela tiden.

2. Miljömärkt fisk och skaldjur får följas upp på helårsbasis eftersom det kan variera under året. Hittills under året har det minskat något, men det är väldigt marginellt. I princip all fisk vi köper är miljömärkt sånär som på lax och strömming.

3. Sedan 2017 pågår en genomgång av miljörummen och vi byter succesivt ut alternativt utökar med kärl för en möjlighet till bättre sortering likväl som att det ger en bättre arbetsmiljö för våra medarbetare.

4. Andelen KRAV-certifierade/ekologiska livsmedel är nu 47,6 % för de bägge köken, det låg på samma nivå januari-augusti 2017. Tillgången på dessa produkter kan variera under året, därmed behöver man se utfallet på helår.

5. Investeringsprojekt som utförs i egenskap av fastighetsägare och byggherre har en måluppfyllelse på 100 %. För att kunna säkerställa att miljö- och hållbarhetsaspekter har beaktats i investeringar i hela förvaltningen kommer en process för detta arbete att tas fram under nästa år.

6. För samtliga upphandlingar som Affärsenheten genomfört finns landstingets uppförandekod med som krav.

7. Vid samtliga upphandlingar som inte är direktupphandlingar har hållbarhetskrav ställts enligt Upphandlingsmyndighetens kriterier, där det är relevant.
Uppföljning av ställda krav enligt Upphandlingsmyndighetens kriterier för Bygg och fastighet görs i respektive byggprojekt. Kriterier kopplade till kvalificeringskrav kontrolleras i samband med upphandling. Kriterier i form av tekniska specifikationer och särskilda kontraktsvillkor kontrolleras fortlöpande under entreprenadtiden samt i samband med funktionsprovning och slutbesiktning.

5.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar

Landstingsservice samlade bedömning av inriktningsmålet:

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinges förvaltningar arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar, enligt miljöledningsstandarden ISO 14001:2015	Detta är ett arbete som pågår kontinuerligt och får inte stanna därav gul måluppfyllelse	

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan för landstingsservice:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
1. Antal systematiska miljöförbättringar	Utfall 2017 (*kan vara 0)*	En miljöförbättring per avdelning på landstingsservice			
2. Förbrukning av fossila bränslen för primär uppvärmning i landstingsägda lokaler	Utfall 2017 (*kan vara 0)*	0			

5.2.1 Uppföljning av landstingsstyrelsens mål

1. För att minska användandet av fossila bränslen ska kollektivtrafik väljas där det är möjligt. Då bil behöver användas i tjänst, ska elbil bokas i första hand. Bokas annan bil ska regler för tankning av gas följas. Utredning pågår gällande framtagning av statistik för mätning av måluppfyllelse. Alla leasingfordon är utrustade med puckar som mäter körsätt, bränsleförbrukning etc. Detta ger en möjlighet till uppföljning och åtgärd för att minska bränsleförbrukningen. I första hand väljs Skype möten där så är möjligt och det gäller i hela förvaltningen.

Inom VNS har vi tagit fram en rutin för att minska överbeställning av textilier. Då behöver inte oanvända kläder tvättas om, vilket annars kan bli fallet.

Transport och vaktmästeri förbättrar också succesivt miljörummen som innebär att det är lättare för alla som är och lämnar av avfall i dessa utrymmen.

Doseringsutrustning har installerats på städavdelningarna i syfte att ytterligare minska kemförbrukningen.

I kök och cafeterior arbetar man på att minska användandet av engångsmaterial, och även på att minska matsvinnet.

2. Den stora konsumtionen av fossila bränslen för uppvärmning sker inom eget värmeverk Karlskrona. Här har gjorts investering av sekvenser där vi i första hand och primärt ska producera fjärrvärme med flis, i andra hand och sekundärt vid låga utetemperaturer eller sommardrift importera fjärrvärme från extern part och i sista hand producera med hjälp av fossila bränslen. Aktiviteten beskriver att det inte ska ske någon primär fjärrvärmeproduktion med hjälp av fossila bränslen och under perioden har det varit måluppfyllelse.

6 Målområde - Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter

Landstinget Blekinge ska vara en attraktiv arbetsgivare. Ett systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete, utifrån arbetsplatsnära behov och förutsättningar, ska bidra till goda villkor för lärande, delaktighet och en sammanhållen värdegrund.
Ett gott medarbetarskap ska prioriteras, med fokus på genomförda medarbetarsamtal och kompetensutveckling. Landstinget ska erbjuda heltidstjänstgöring och verksamheterna ska arbeta för jämställda villkor och fler heltidarbetande.
Medarbetarnas engagemang i förbättrings- och utvecklingsarbetet ska tas tillvara genom utrymme för dialog och processer för ökad delaktighet. Den interna kommunikationen är ett viktigt redskap för kunskapsspridning om organisation, utvecklingsprocesser, verksamhetsmål och resultat.
Det övergripande målområdet engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter innehåller två inriktningsmål:

- *Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare*
- *Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö*

6.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare

Landstingsservice samlade bedömning av inriktningsmålet:

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinge är en attraktiv arbetsgivare	Bedömningen är att indikatorerna blir gröna och därmed är också bedömningen att måluppfyllelse uppnås.	

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan för landstingsservice:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
1. Index för hållbart medarbetarengagemang (HME)	Utgångsvärde 2017: 74,1	Oförändrat eller högre	Mätning görs i oktober-november		Medarbetarundersökning
2. En framtagen förvaltningsövergripande kompetensförsörjnings-plan som inkluderar karriärplanering	Saknas	1	1		Manuellt

6.1.1 Uppföljning av landstingsstyrelsens mål

Kommentarer
1. Arbetet med framtagna handlingsplaner utifrån 2017 HME resultat fortlöper med olika planerade aktiviteter inom respektive avdelning.

- Förvaltningens två gemensamma chefsträffar är planerade till höstterminen 2018. För att kunna anpassa arbetet till ny organisation och förutsättningar inför regionbildningen 2019.

- Gemensam utvecklingsdag är planerad att genomföras under senhösten med utgångspunkt i ny organisation och nya förutsättningar.
- Under första halvåret har avdelningarna arbetat vidare med och slutfört uppdraget gällande utvecklingsdag från 2017: vår arbetsmiljö – en del i helheten.

2. En kompetensförsörjningsplan på förvaltningsnivå är framtagen och kommunicerad under januari och februari 2018.

- Andra omgången av traineeprogrammet Stjärnfemman startade i september 2017 och pågår t o m maj 2018. Det är fem studentmedarbetare anställda i alla affärsområden förutom Städ, kost och logistik.
- Affärsområde Fastighet har haft en praktikplats annonserad till höstens uttagning i Tekniksprånget och 2 personer erbjuds praktik men båda tackade tyvärr nej till praktikanställning.
- Respektive affärsområde arbetar under året fram kompetensförsörjningsplan på affärsområdes nivå.
- Pilot planeras starta under hösten 2018 i förvaltningen när det gäller möjligheter till karriärplanering. HR-funktionens fördjupningsgrupp Ledarskap och medarbetarskap arbetar med att fram förslag till metodstöd under våren.
- Förvaltning affärssystem är utsedd pilotavdelning vid införandet det nu upphandlade kompetenssystemet.

6.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö

Landstingsservice samlade bedömning av inriktningsmålet:

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinges medarbetare har en god arbetsmiljö	Bedömningen är att indikatorn och målet uppfylls.	

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan för landstingsservice:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
1. Index för arbetsmiljö för landstingsservice	Utgångsvärde 2017 73,1	Oförändrat eller högre	Mätning görs i oktober-november		

6.2.1 Uppföljning av landstingsstyrelsens mål

Kommentarer

1. Arbetet med framtagna handlingsplaner utifrån 2017 HME (inklusive index för arbetsmiljö) resultat fortlöper med olika planerade aktiviteter inom respektive avdelning.

• Avstämning och uppföljning av tjänster och stöd från Landstingshälsan sker två gånger per år på förvaltningsnivå

• Uppföljning av lagefterlevnad i AFS-listan planeras att genomföras under hösten

• Dialog på arbetsplatsträffar med temat Vår arbetsmiljö - en del i helheten, har genomförts på många avdelningar under de första månaderna.

6.3 Statistikuttag för perioden 1 januari – 31 juli 2018

Utförd arbetstid per personalgrupp (omräknad till årsarbetare)
Den utförda arbetstiden för januari-juli är 523,3 årsarbetare, 312,6 för kvinnor och 210,7 för män. Det är en minskning med 16,9 årsarbetare i jämförelse med samma period 2017. Den största minskningen 16,4 årsarbetarare finns inom personalgruppen köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete och kan härledas framförallt till att Blekingesjukhuset har sagt upp vårdnära service kökstjänster i avdelningsköken som innebär en minskning av servicepersonal. Inom städverksamheten är det också en minskning på grund av genomgång och anpassning i städområdena. Hantverksarbete m.m. har en minskning med 4,8 årsarbetare, översyn och inventering av behov vid pensionsavgångar är en bidragande orsak till minskningen. Den största ökningen av utförd arbetstid är 2,9 årsarbetare inom teknikarbete, orsaken är rekrytering av byggprojektledare, omreglering av tjänst i samband med nyrekrytering samt traineeprogrammet Stjärnfemman. Personalgruppen handläggare- och administrationsarbete har ökat med 1,3 årsarbetare. Ökning kan härledas till rekrytering av en verksamhetscontroller för måltid och en IT-säkerhetsingenjör samt utökat uppdrag inom framtidens vårdinformationsstöd.

Övertid per personalgrupp (omräknad till årsarbetare)
Övertidsuttaget har en ökning motsvarande 0,11 årsarbetare i jämförelsen mellan åren. Det är marginella skillnader i de olika personalgrupperna. Det största övertidsuttaget finns inom teknikarbete och beror till största delen på störningar i samband med beredskapslinjerna. Fördelningen av övertiden är 3,49 årsarbetare för män och 0,91 årsarbetare för kvinnor.

Mertid per personalgrupp (omräknad till årsarbetare)
Mertidsuttaget har en minskning med 0,13 årsarbetare och det är marginella minskningar i alla personalgrupperna som har ett uttag. Det totala uttaget är 0,37 årsarbetare sammanlagt under perioden.

Timavlönade per personalgrupp (omräknad till årsarbetare)
Timtidsuttaget har minskat totalt med 0,08 årsarbetare under perioden. Det finns en ökning 0,61 årsarbetare inom personalgruppen handläggare- och administratör och där timvikarier har ersatt främst vid sjukfrånvaro. Personalgruppen köks-, måltids-, städ-, tvätt och renhållningsarbete har en minskning med 0,73 årsarbetare som främst beror på den omstrukturering som har skett inom vårdnära service kökstjänster. Timtidsuttaget är totalt 9,44 årsarbetare fördelat på 7,17 årsarbetare för kvinnor och 2,27 årsarbetare för män.

Frånvarotid per frånvarohuvudgrupp (omräknad till årsarbetare)
Den totala frånvarotiden har ökat med 3,97 årsarbetare i jämförelsen. Störst ökningar finns inom frånvarogrupperna sjukfrånvaro med 5,49 årsarbetare och utbildning med 1,35 årsarbetare. Den största minskningen finns i frånvarogruppen semester med 3,18 årsarbetare. För övriga grupper är förändringen marginell, alla under en årsarbetare. Frånvaron är totalt 153,09 årsarbetare fördelat på 98,51 för kvinnor och 54,58 för män.

Sjukfrånvaro i procent av ordinarie arbetstid
Sjukfrånvaron har ökat med 1,2 % till totalt 5,7 %. Fördelat på kvinnor och män är fördelningen 7,2 % för kvinnor och 3,4 % för män. Den största sjukfrånvaron finns inom personalgrupperna

köks-, måltids-, städ-, tvätt och renhållningsarbete med 7,88 % och handläggare- och administratör med 5,77 %. Tyvärr har ett antal medarbetare drabbats av längre sjukskrivningar, de flesta är medicinskt relaterade, någon är arbetsrelaterad. Inom affärsområdet Städ, kost och logistik pågår en fördjupad analys av både korttids- och långtidssjukskrivningar. Framförallt är det sjukskrivningar från 14 dagar och mer som ökar.

Antal anställda (tillsvidare- och visstidsanställda per personalgrupp)
Totalt hade förvaltningen 649 medarbetare per sista juli 2018, 399 kvinnor och 250 män. Antal anställda har minskat med 48 medarbetare i jämförelsen med samma tid 2017, 22 tillsvidare-anställda och 26 visstidsanställda. Största minskningen är inom personalgruppen köks-, måltids-, städ-, tvätt och renhållningsarbete med 35 medarbetare. Personalgruppen hantverksarbete m.m. har minskat med 10 medarbetare och teknikarbete med 5 medarbetare. Personalgrupperna handläggare och administratörsarbete och rehabilitering och förebyggande arbete har ökat med en medarbetare vardera.

Fördelningen av antalet medarbetare i de olika personalgrupperna speglar också fördelningen av förvaltningens olika verksamhetsområden. Det finns 82 olika yrken inom förvaltningen.

Det har varit 18 medarbetare som har gått i pension under perioden och en medarbetare har avlidit.

Den externa personalrörligheten i procent (exklusive pensionsavgångar)
Den externa personalrörligheten (exklusive pensionsavgångar), har ökat 1,0 % under perioden och är 3,2 % för förvaltningen under perioden.

Siffran för hela förvaltningen är inte speciellt hög med en djupare analys visar stora svårigheter inom vissa kategorier. Förutom alla pensionsavgångar under året så är det också tyvärr medarbetare som arbetat inom svårrekryterade yrken som har valt att gå vidare till annan arbetsgivare. Det är 15 yrken av förvaltningens 82 som är underlaget för den externa personalrörligheten, bland annat är det upphandlare, systemutvecklare, fastighetsförvaltare, energiingenjör, eltekniker och teknisk systemförvaltare. Det är en mycket besvärande situation och det finns stark koppling till bristyrke och marknadslöner i närområdet.

6.4 Arbetsmiljö och hälsa

Det systematiska arbetet är ständigt pågående i förvaltningen. Förvaltningens samverkansgrupp (FSG) har haft tre möten under perioden. I affärsområdena fortgår arbetet under hela året. Genomförda möten i samverkansgrupperna (BSG), skyddsronder, riskbedömningar och arbetsmiljöförbättrande åtgärder är exempel på aktiviteter som rapporterats in till delårsrapporten.

Inom upphandlingssidan är personalsituationen mycket ansträngd eftersom den externa personalomsättningen är hög. I nuläget saknas två upphandlare samtidigt som det finns två nyanställda som är beroende av introduktion och stöd från övriga upphandlare.

Materialdepån har fortfarande en mycket ansträngd arbetssituation. Exempel på åtgärder är vidtagna med förhöjd grundbemanning, vissa förändringar i befintliga lokaler, låna lokaler från angränsande transportorganisationen och begränsning av sortimentet. Arbetet med ny kravspecifikation för ny lokal pågår.

Inom transportverksamheten pågår ett arbete med arbetsmiljöförbättrande åtgärder så som att blue-spot är monterad på samtliga truckar, byte av vagnar och drag anpassning till EU-krav och översyn av samtliga soprum för bättre möjlighet till sortering.

Det upplevs att arbetsmiljön har blivit bättre i Kundtjänst när man endast bemannar två ställen istället för tre i Karlskrona.

Ett större arbete har påbörjats med extern konsult på redovisningsavdelningen, för att knyta samman de olika funktionsgrupperna på avdelningen.

Löneavdelning har ökad sjukfrånvaro som har krävt omstrukturering internt mellan medarbetarna och också ökad arbetsbelastning på avdelningen.

Inom affärsområde teknik pågår arbetet med uppdatering och utveckling av rutiner och processer för arbetsmiljöverkets författningssamling i samarbete med arbetsmiljöingenjören.

Förvaltning affärssystem har med hjälp av Landstingshälsan startat ett arbete för bättre arbetsmiljö och hälsa. Ett första möte med medarbetarna har genomförts och en aspekt som framkom är att medarbetarna vill ha bättre planering, prioritering och avslut av aktiviteter. Under våren har det också genomförts workshops om stress och sömn.

Det har fortsatt varit stort tryck på byggprojektavdelningen och fastighetsförvaltare för att tillgodose verksamheternas behov av lokalanpassningar som följsamhet mot upprättad investeringsplan.

Ingen returnering av arbetsmiljöuppgifter har skett.

6.5 Viktiga händelser, effekter/resultat, inom kompetensförsörjningsområdet

Årets löneöversynsarbete är helt genomfört under första halvåret, dels med analys och prioriteringsarbete gällande strukturlöner och dels fördelning på individnivå med lönesamtal, lönesättande samtal samt traditionell förhandling med Kommunal och BLF.

Rekryteringsarbetet är numera ett ständigt pågående arbete. Särskilt oroande är det att medarbetare på vissa nyckelbefattningar har valt att gå vidare i sin karriär utanför landstinget och pensionsavgångar inom svårrekryterade yrkeskategorier. Under året har byggprojektledare vvs och fastighetsförvaltare rekryterats med hjälp av externt rekryteringsbolag inom fastighetsbranschen.
Däremot har det inte lyckats med att rekrytera ST läkare inom arbetsmiljömedicin (företagsläkare). Det var också svårt att rekrytera kockar till årets semestervikariat och det är tydliga signaler på att det är ett stort problem i hela landet, eftersom det är få som söker utbildningarna. Det finns all anledning till att återkomma i frågan.

Det är stora bekymmer med bemanningen inom upphandlingssidan, eftersom tre upphandlare har valt att gå vidare till andra arbetsgivare, en stor del i detta är löneläget. Upphandlare är dessutom ett bristyrke och det är mycket svårt att ersättningsrekrytera. Detta innebär att Affärsenheten inte kommer att kunna möta det behov av upphandlingsstöd som finns och det finns behov av att prioritera mellan de uppdrag som finns.

Rekrytering av systemutvecklare och IT-arkitekter är också en stor utmaning dels svårrekryterat och dels en stor utmaning där löneskillnaden är en stor faktor.

Andra omgången av traineeprogrammet Stjärnfemman, med fem anställda studentmedarbetare, avslutades 31 maj. Traineerna har haft sin placering inom affärsområdena Affärsutveckling, Fastighet, Informatik, Ledningsstöd och Teknik. En av traineerna har anställts inom affärsenheten och ytterligare två har erbjudits anställning men tackat nej.

Den 28 februari stängdes den interna tryckeriverksamheten ner helt och lokalerna tömdes. En av medarbetarna hanterar under detta år fortfarande beställningar från verksamheten på samma sätt som innan, för att sedan lägga själva tryckbeställningen på extern part. Den andra medarbetaren har förflyttats till vakant tjänst inom affärsområde Teknik.

Eftersom Blekingesjukhuset har sagt upp vårdnära servicetjänsterna inom avdelningsköken, VNS 2.0, så har ett omfattande arbete gjorts inom Städ, kost och logistik under årets första månader. I samverkan med Blekingesjukhuset och Kommunal så konstaterades det att ingen tillsvidareanställd medarbetare behövde varslas om uppsägning. Däremot har förflyttning genomförts för ett antal berörda medarbetare, dels till Blekingesjukhusets avdelningskök och dels till resurspersonal inom SKoL. Uppsägningen av VNS 2.0 innebar att städavdelningen i Karlshamn fick ta tillbaka städningen på de avdelningarna vi sedan mars 2017 kombinerat städ med kökstjänster på.

En informationsinsats om ”Att vara anställd vid Landstinget Blekinge” har genomförts av HR-konsulten och riktats till alla medarbetare inom Städ kost och logistik.

Affärsenheten har under perioden avslutat det beställningsstöd som tillhandahållits vårdförvaltningarna.

Inom affärsområde Teknik pågår ett utrednings- och effektiviseringsarbete inom verksamhetens olika delar, t ex översyn av IT beredskapen där identifierade svagheter har åtgärdats. Arbetet kommer att fortgå under hela 2018.

De extrema väderförhållandena under perioden först med långvarigt och stora volymer snö och kyla och sedan mycket höga utomhustemperaturer och minimalt med regn under sommarmånaderna har inneburit mycket arbetad tid och utmaningar för driftorganisationen.

6.6 Värdegrundsarbete

Förvaltningens avdelningar har arbetat fram vad värdegrunden och vad engagemang, samarbete och kvalitet betyder för respektive avdelning. En mängd olika aktiviteter har genomförts exempel är fokus på kommunikation och teamkänsla. Värdegrunden är en stående punkt på många av arbetsplatsträffarna.

De årliga medarbetarsamtalen innehåller också en del där chef och medarbetare har dialog om värdegrunden.

Vi väver in värdegrundsorden som en naturlig del av verksamheten i vardagen.

7 Målområde – Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi

Landstinget ska enligt kommunallagen ha en god ekonomisk hushållning och bedriva verksamheten på ett kostnadseffektivt och ändamålsenligt sätt. God ekonomisk hushållning är en förutsättning för en långsiktigt stabil ekonomi som ger oss möjlighet att ge invånarna en god hälso- och sjukvård, och samtidigt ha utrymme att möta framtidens utmaningar.
Budgeten är landstingets huvudsakliga styrinstrument. Ett aktivt utvecklingsarbete med tydliga rutiner för uppföljning och kontroll av budgetföljsamhet är därför en viktig del i arbetet för att kvalitetssäkra beslutsunderlag och följa upp ekonomiska effekter av fattade beslut.
Investeringar utgör en betydelsefull påverkan på vår verksamhet och ekonomi. Landstinget har därför en väl utvecklad investeringsprocess och upprättar årligen en femårig investeringsplan. Investeringarna i planen prioriteras enligt gällande verksamhetsmål och inriktningsbeslut och innehåller driftsekonomiska effekter av respektive investering.
För att garantera att landstinget bedriver god ekonomisk hushållning och inte skjuter kostnader på framtiden som då drabbar kommande generationer, har det övergripande målet om en långsiktigt stabil ekonomi brutits ner i två inriktningsmål:

- *Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll.*
- *Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering.*

7.1 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll

Landstingsservice samlade bedömning av inriktningsmålet:

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med god kostnadskontroll.	Arbete med rutiner och nyckeltal för att förbättra kostnadskontrollen pågår sedan flera år tillbaka i förvaltningen. Kontrollen på kostnaderna är god och en avvikelse mot budget speglar inte att kostnadskontrollen är bristfällig utan en negativ avvikelse kan beror på andra omständigheter som inte kan påverkas.	

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan för landstingsservice:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
Ekonomiskt resultat för landstingsservice som helhet	Ej relevant	Nollresultat Reviderat till 10 mnkr överskott (positivt resultat)	+5,2	+2,7 (justerad prognos = +12,5)	Raindance, manuellt

7.1.1 Uppföljning av landstingsstyrelsens mål

Kommentarer

Ekonomiskt resultat

Efter det att verksamhetsplanen för 2018 beslutats fördelade landstingsstyrelsen ett ekonomiskt uppdrag till landstingsservice att lämna ett positivt resultat på 10 mnkr. Detta fördelades i budgeten ut som ett resultatkrav. Prognosen för 2018 års resultat ligger på ett resultat på + 2,7 mnkr. I detta resultat ligger kostnader för det övergripande landstingsuppdraget med ett framtida vårdinformationsstöd (FVIS) på 4 mnkr. Om stöd ges från landstinget för dessa kostnader, såsom skedde för 2017, så kommer landstingsservice att få ett bättre resultat.
Under våren har vårdnära servicetjänsten kökstjänst sagts upp av Blekingesjukhuset. Tjänsten är avvecklad och antalet medarbetare är reducerat samt uppgifterna överförda till Blekingesjukhuset. I den handlingsplan om kostnadsreducerande åtgärder som gjordes i början på året ingick denna åtgärd som ett led i kostnadsreduktion. Problemet är bara att landstingsservice som intäktsfinansierad verksamhet inte kan tillgodoräkna sig den positiva kostnadsreducerande effekten på nettoresultatet, då även intäkterna sjunker med motsvarande. I prognosen ingår att kostnaderna för 2018 bedöms minska med 5,8 mnkr med anledning av denna reduktion. Landstingsservice behöver få tillgodoräkna sig denna riktiga kostnadssänkning för att kunna uppfylla resultatmålet för 2018.

Justeringar för ovanstående skulle innebära en prognos på +12,5 mnkr.

För att förbättra kostnadskontrollen arbetar förvaltningen med att ta fram nyckeltal för att kunna följa kostnadsutveckling och resursanvändning i produktionen. Jämförelser med motsvarande verksamheter i andra landsting och regioner görs också regelbundet.

7.2 Inriktningsmål: Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering

Landstingsservice samlade bedömning av inriktningsmålet:

	Uppföljning och kommentarer	Bedömning av måluppfyllelse 2018
Landstinget Blekinges verksamhet bedrivs med långsiktig ekonomisk planering	Investeringstakten har ökat och projekt för att utnyttja ny teknik i vardagen pågår, vilket möjliggör bättre resursanvändning	

Indikatorer enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan för landstingsservice:

Indikatorer	Ingångsvärde	Målvärde 2018	Utfall per augusti	Prognos 2018	Källa
Andel genomförda investeringar inom fastighet och it utifrån beslutad investeringsram för budgetåret	Utfall 2017 = 64,8 %	Högre	50 %	84 %	Raindance
Antal pilotprojekt där ny teknik används	Saknas	2	2	3	Manuellt
Antal innovationsprojekt	0	1	1	1	Manuellt

7.2.1 Uppföljning av landstingsstyrelsens mål

Kommentarer

Andel genomförda investeringar

Fastighetsinvesteringar – Utfallet på fastighetsinvesteringar per augusti är 53 % av investeringsramen. Prognosen för helåret 2018 är att 91 % av investeringsram ska vara förbrukad. 2017 var utfallet 77,6 % så det är en klar förbättring.

It- och telefoniinvesteringar – Utfallet på it och telefoni investeringar per augusti är 31,5 % av investeringsramen. Prognosen för helåret 2018 är att 40 % av investeringsramen ska vara förbrukad.

Den totala prognosen för andel genomförda investeringar inom fastighet och it är 84 % av beslutad investeringsram.

Antal pilotprojekt och innovationsprojekt

På Telenor testar affärsområdets personal ven-skanning istället för kort för dörrpassage. Läsaren skannar av medarbetarens vener i handen och på så sätt identifieras man.

Primärvården startar en digital vårdcentral 1 oktober, för att kunna erbjuda patienter vårdmöten på distans. Patienter ska själva kunna boka ett besök eller ställa sig i kö i ett digitalt väntrum. Även chat-funktion ska kunna erbjudas. Pilotklinik är Jämjö och Nättraby vårdcentral.
Städ, kost och logistik testade i början på året en robotstädmaskin. Resultatet blev bra och från och med augusti hyr vi en robot. Med städroboten möjliggör vi till att få en bättre kvalitet och kan använda våra nuvarande maskiner mer för att utöka maskinstädningen, vilket också kan ge en bättre arbetsmiljö.

Intensivvårdsavdelningen vill under året testa av den innovationslösning (google-glasses) som utvecklas av SUCCE. Lösningen bygger på att personalen får patienters övervakningskurvor (blodtryck, puls, syremättnad) direkt i glasögonen och kan tysta larm utan att använda händerna. Innan test kan startas så ska avtal godkännas.

7.3 Ekonomisk uppföljning

Efter augusti visar landstingsservice på ett positivt nettoresultat på 5,2 mnkr, vilket är 1,4 mnkr sämre än budget för perioden. För året har landstingsservice en besparing på 10 mnkr. Åtgärder är planerade för att klara detta uppdrag under vissa förutsättningar. Avvecklingen av vårdnära service, kökstjänster, från och med första april är genomförd, men innebär förutom sänkta kostnader för personal (färre medarbetare) även sänkta intäkter från försäljning av denna tjänst till Blekingesjukhuset. När planen för att sänka kostnaderna med 10 mnkr gjordes i början på året räknade vi med en effekt på nettoresultatet för denna verkliga kostnadsreducering. Det är en förutsättning att landstingsservice får räkna med denna reducering i kostnadssänkningskravet på 10 mnkr annars kommer detta mål inte att kunna uppfyllas. Dessutom är kostnader kopplade med det landstingsövergripande uppdraget om framtidens vårdinformationsstöd, FVIS, svåra att hantera inom budget och förutsättningen är att förvaltningen får hjälp med att täcka dessa kostnader i likhet med tidigare år.

Vi känner en stark oro för den utveckling vi ser där sjukvården tar över traditionella serviceuppgifter som normalt utförs av landstingsservice. Det känns svårt att se att det kan vara kostnadseffektivt ur ett koncernperspektiv.

Nedan visas resultaträkning med utfall och budget per augusti 2018, avvikelser mot budget och mot föregående års utfall per augusti.

Kontoslag	Utfall ack 2018-08	Budget ack 2018-08	Avvikelse Utfall Ack 2018 jmf Budget ack	Budget helår 2018	Avvikelse ack mot fg år
Intäkter	**-597 161**	**-595 493**	**1 668**	**-893 239**	**8 831**
Personal	**201 032**	**207 693**	**6 661**	**311 539**	**-3 276**
- Anställda	197 635	204 424	6 789	306 636	-2 902
- Inhyrda	0	0	0	0	0
- Övrig personal	3 397	3 269	-128	4 904	-374
Drift	**274 761**	**270 853**	**-3 907**	**406 280**	**-8 956**
- Livsmedel och övr råvaror	11 633	12 379	746	18 569	242
- Lokal- och fastighetskostn	53 781	54 200	419	81 300	-5 506
- Energi mm	28 443	29 450	1 006	44 175	-1 928
- Datorer	9 340	6 292	-3 048	9 439	549
- IT-program	38 619	37 278	-1 341	55 917	-1 086
- Lagerförändring Ma-depån	87 095	83 016	-4 079	124 524	-3 931
- Ankomstregistrerat	2 506	0	-2 506	0	594
- Övrig drift	43 343	48 238	4 896	72 358	2 109
Kapitalkostnad	**116 125**	**110 279**	**-5 846**	**165 419**	**-10 318**
TOTALA INTÄKTER	**-597 161**	**-595 493**	**1 668**	**-893 239**	**8 831**
TOTALA KOSTNADER	**591 918**	**588 825**	**-3 093**	**883 238**	**-22 550**
NETTORESULTAT	**-5 244**	**-6 667**	**-1 425**	**-10 000**	**-13 719**

Kommentarer till resultatet per augusti

Intäkter

Intäkterna för perioden är 1,7 mnkr högre än budget. Största anledningarna är en ökad försäljning från materialdepån på 4,9 mnkr och en engångsintäkt för försäljning av utsläppsrätter på 0,8 mnkr. Försäljning av värme till Annebo överstiger budget med 0,5 mnkr. Parkeringarna genererar också ett överskott mot budget, 1,6 mnkr p.g.a. prisjustering 1 november 2017. Kök och restaurang i Karlskrona visar en positiv avvikelse med 0,8 mnkr p.g.a. höjda priser och ökning av varubeställningar från avdelningarna med 13 % jämfört med motsvarande period föregående år. Däremot visar cafeteriorna en negativ avvikelse mot budget liksom personalbutikerna på sammanlagt ca 3,4 mnkr. Intäkterna är också lägre än budget för vårdnära service, kökstjänster, med 3,5 mnkr på grund av avveckling av tjänsten.

Personal

Personalkostnaderna visar ett överskott mot budget med 6,7 mnkr för perioden. Effekten av sommarsemestrarna slår igenom. Det är i stort sett endast i affärsområde Städ, kost och logistik som semestervikarier tas in, och även här i så liten omfattning som möjligt. Jämfört med föregående år har kostnaderna per augusti ökat med 3,3 mnkr varav ökade kostnader för sociala avgifter står för största delen.

Kostnadsökning för personalkostnader är för perioden 1,7 %.

Landstingsservice har haft personalkostnader t o m augusti på 1,4 mnkr för FVIS utöver budget, motsvarande 2,5 resurs. Därutöver har omprioriteringar gjorts så att ordinarie medarbetare motsvarande 5,5 resurser, 2,3 mnkr, arbetat med FVIS istället för ordinarie arbetsuppgifter t.o.m. augusti.

Nyckeltal - Lönekostnad FVIS

Lönekostnad för de resurser som arbetar med FVIS i förhållande till avdelning Vårdsystem och it-strategiska avdelningarnas direkta personalkostnader (dvs, ex utbildning och fiskvård).

Personalkostnader FVIS/	3 730 tsek	
Vårdsystem & IT-strategisak avdelningarna (ex utbildning o hälsovård)	14 777 tsek	25%

Obudgeterade FVIS kostnader/	1 404 tsek	
Vårdsystem & IT-strategisak avdelningarna (ex utbildning o hälsovård)	14 777 tsek	10%

Med ovan vill vi visa att en fjärdedel av alla resurser på avdelningarna Vårdsystem och it-strategiska avdelningen lägger all sin tid mot FVIS arbetet.

Landstingsservice har den 31 mars avslutat kökstjänsten inom vårdnära service och arbetsuppgifterna har övergått till Blekingesjukhuset. För perioden april till augusti har personalkostnaderna minskat med 4,2 mnkr då medarbetarna gått in på andra långtidsvikariat eller att tidsbegränsade anställningar upphört. Dock syns inte detta på förvaltningens nettoresultat då intäkterna också minskar, dock inte med lika mycket 3,5 mnkr, då ytterligare effektiviseringar gjorts inom vårdnära service förutom att avveckla kökstjänsten.

Vid jämförelse juli med juli föregående år har utförd arbetstid minskat för landstingsservice med 16,9 årsarbetare. Det är främst inom köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete som minskningen finns (-16,4 årsarbetare). En del i den förklaringen är att förvaltningen har reducerat antal medarbetare inom städ genom bl.a. pensionsavgångar och i samband med det även räknat om städytorna per medarbetare och är restriktiv med korttidsvikarier från första sjukdagen. Vårdnära service, kökstjänster, har också avvecklats fr.o.m. första april, vilket medfört färre medarbetare. Förvaltningen har också rekryteringsprövning på samtliga ledigförklarade tillsvidaretjänster och för längre vikariat.

Drift
Driftkostnaderna visar på en negativ avvikelse mot budget på -3,9 mnkr. Egentligen borde avvikelsen varit -5,9 mnkr då en teknisk budgetjustering fått göras för att möta beslutad budgetram per kostnadsrad då kostnaderna blev lägre för några inhyrningar än beräknat vid budgetarbetet. Jämfört med motsvarande period föregående år är kostnaderna 8,9 mnkr högre. Kostnader för ankomstregistrerade fakturor är 0,6 mnkr lägre i år än förra året. Här har vi arbetat med att förbättra rutinerna kring fakturahantering liksom att boka om kostnader till rätt typ av kostnad i samband med månadsbokslut. Det innebär i sin tur att kostnadsjämförelsen med föregående år på övriga kostnadsrader också påverkas då mer kostnader ligger på rätt rad. Så en kostnadsökning kanske inte är en verklig kostnadsökning.

Den verkliga kostnadsökningen visar sig på summan av driftkostnader vilken är 3,4 % per augusti.

Avvikelsen mot budget förklaras till största delarna med:
- högre uttag av varor i materialdepån (-4,2 mnkr)
- inköp av datorer (-3,0 mnkr) där större inköp har skett under början av året
- lägre kostnader för livsmedel (+0,7 mnkr)
- lägre energikostnader (+1,0 mnkr)
- högre kostnader för it-program (-1,3 mnkr)
- lägre kostnader för övriga varor och tjänster (+4,9 mnkr)

Kapitalkostnad
Kostnader för avskrivning och ränta har överskridit budget per augusti med 5,8 mnkr och jämfört med föregående år är kostnadsökningen 10,3 mnkr. Egentligen borde budgetavvikelsen per augusti varit -3,8 mnkr då en teknisk budgetjustering fått göras för att möta beslutad budgetram per kostnadsrad.

7.3.1 Fördjupningsområden

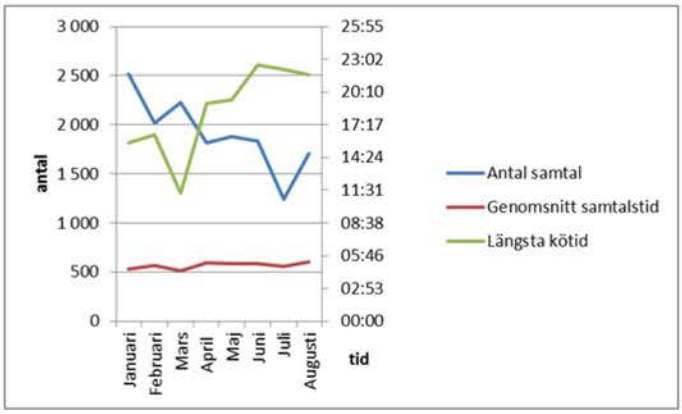
Landstingsservice har valt att redovisa några områden som en helhet som komplettering till kommentarer kring avvikelser på intäkts- och kostnadsrader.

Hyra IT-utrustning
Nettot för avdelningen it-service som handhar all hyra av it-utrusning är -1,9 mnkr. Under våren har det köpts in en större mängd datorer, vilket gör att det för perioden är ett stort underskott då inköpen kostnadsförs direkt. It-ronden har fortsatt under vår och sommar men i lägre takt, på grund av kommande upphandling av vårdinformationssystemet (omprioritering av resurser).

Intäkterna visar ett överskott mot budget. I kostnadsunderlaget som priserna baseras på ingår det en högre antagen internintern kostnad än vad det blev i verkligheten. En justering av hyrespriset för stationär dator har skett per april för att matcha kostnaderna bättre. Nybeställningar påverkar också och ger överskott på intäkterna, men även ett underskott på driftkostnaderna. Efter augusti är 20 % av alla inköp nybeställningar/utökningar (d.v.s. 1,7 mnkr utav totalt 8,5 mnkr). Dessa inköp är utöver budget. Budgeten på it-service som är avsatt för reinvesteringar följs. Övriga inköp är budgeterade hos beställaren. Den planerade migreringen från Windows 7 till Windows 10 med start kvartal 3 är också obudgeterad. Hur mycket detta kommer påverka kostnaderna är i dagsläget osäkert.

Nyckeltal
It-service arbetar aktivt med att förbättra arbetet med både service i helpdesken och leveranser där en del i utvecklingen är att arbeta mer proaktivt med förändringshantering. Alla förändringar som sker i nätet ska vara planerade och väl informerade till verksamheten för att minimera störningar (genom information på intranätet, tips och trix och guider). Målet är att sänka antalet samtal in till 6200. En del i arbetet är att bemanna servicedesken på ett korrekt sätt och på så vis kunna minska på kötid men även samtalstiden.

Nedan visas samtalsstatistik i servicedesken.

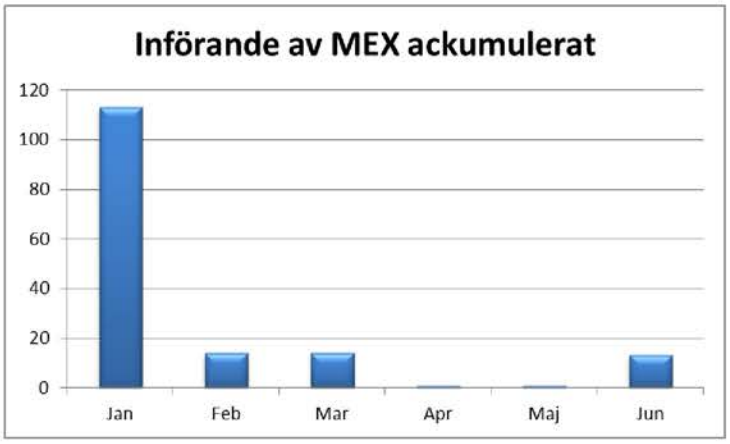


Mobiliteten
Mobilitet är att kunna utföra arbetsuppgifter där du befinner dig med den enheten du har. Vilka arbetsuppgifter man kan utföra beror idag på vilken enhet man använder (dator, läsplatta, mobiltelefon eller andra enheter som t ex Google Glass). Landstinget har idag mobiltäckning inom de båda Blekingesjukhusen, inom övriga lokaler är den publika täckningen begränsad. Under våren 2018 kommer mätningar att genomföras på alla yttre områden för att ringa in behovet av att stärka täckningen även på dessa platser.

Möjligheterna är många med mobilitet och för att realisera idéer så kartlägger landstinget konkreta verksamhetsprojekt där mobilitet ger patienter och egen personal effektiviseringar och kvalité. För att klara av att realisera dessa idéer krävs ett stort arbete med att skapa tekniska förutsättningar. Det finns en framtagen handlingsplan för mobilitet och syftet med denna är att skapa en styrning av den tekniska utveckling som krävs för att införa mobila möjligheter.

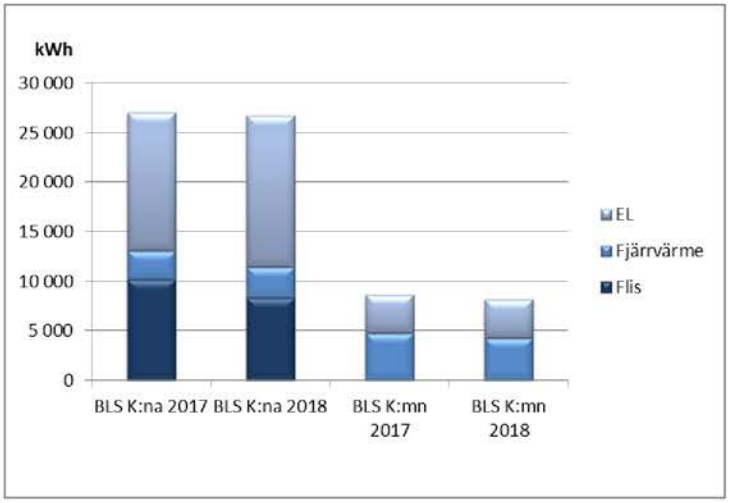
Nyckeltal
Mobila anknytningar
Det pågår ett omfattande arbete med att utveckla tjänsterna för mobilanknytning för att på sikt kunna ersätta landstingets bärbara telefoner med mobiltelefoner. Dels handlar det om att säkerställa funktionalitet och dels handlar det om att kunna erbjuda robusthet/tillgänglighet för olika telefonianvändare i landstinget.

Ersättningen av landstingets bärbara telefoner har startat. Arbetet sker i tre etapper där målet är att vara klara under 2021. Den första etappen är de administrativa användarna, andra etappen är de vårdrelaterade användarna och tredje etappen de telefoner som används i hjärtstoppslarm. Nedan diagram visar ackumulerat antal. Mätningen startade i mars 2018 och fram till 2021 ska 3 000 telefoner vara ersatta.



Media
Nettot för median är efter augusti +2,3 mnkr. Försäljningen av värme till Annebo överstiger budget och även de sålda utsläppsrätterna påverkar positivt. Driftkostnaderna är något lägre än budget i dagsläget. Kostnaderna är dock högre jämfört mot samma period föregående år. Det har varit kallt under årets första månader och varit väldigt varmt under våren och sommaren, med en relativt hög förbrukning. Dessutom är elpriset högre än föregående år. Det är svårt att prognostisera både förbrukning och elpris, då väder och vind och marknadens prissättning påverkar. Förhoppningen är att minska användningen av fjärrvärme och öka användningen av flispannan, vilket håller nere kostnaderna.

Nyckeltal
Tidigare visad ackumulerad energianvändning kan inte uppdateras då förvaltningens energiingenjör har slutat och rollen är vakant. Istället redovisas liknande nyckeltal, ackumulerad energianvändning januari till och med augusti och en övergripande beskrivning över landstinget.



Övergripande landstinget
Efter en kall inledning på året med temperaturer under det normala har vädret under april och maj växlat till en ovanligt varm sommar med temperaturer som har varit högre än normalt.

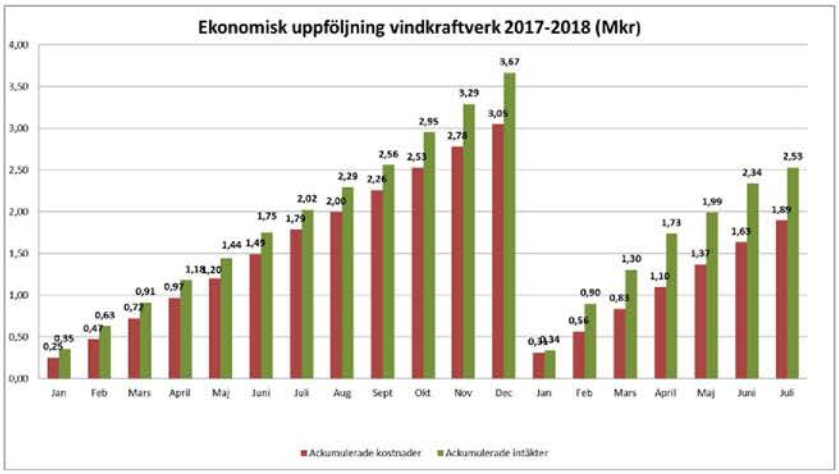
Enligt Landstinget Blekinges energimål i miljö- & hållbarhetsplanen om 5 procent minskad energianvändning 2013-2018 ska energianvändningen minska med ca en procent under år 2018 jämfört med 2017. Utfallet för delåret ger att energianvändning har ökat något i jämförelse mot föregående. En av orsakerna kan vara direktiv att köra verksamhetsanpassad ventilation p.g.a. innemiljöproblem samt den varma utomhustemperatur som varit. Även verksamhetsförändringar kan spela en liten roll.

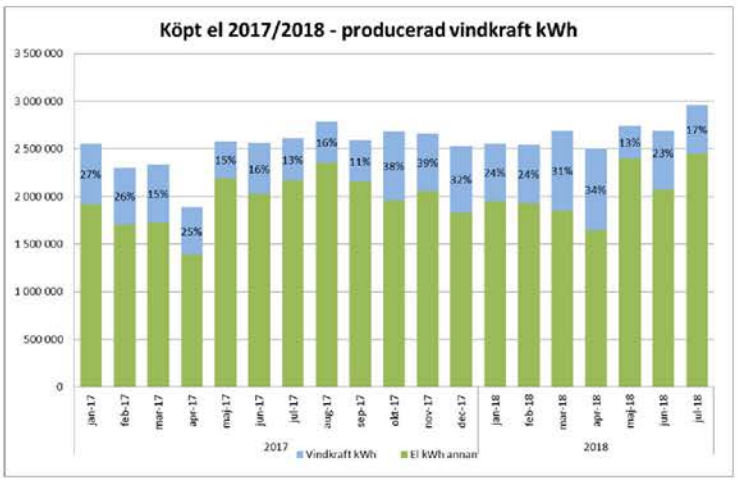
Vinden
Per den sista december år 2013 förvärvade landstinget vindkraft. Den grafiska uppdelningen redovisar den egenproducerade elkraften i förhållande till landstingets totala behov. Från och med juli 2016 upphörde energiskattebefrielsen, vilket innebar ca 2,0 mnkr i ökade kostnader.

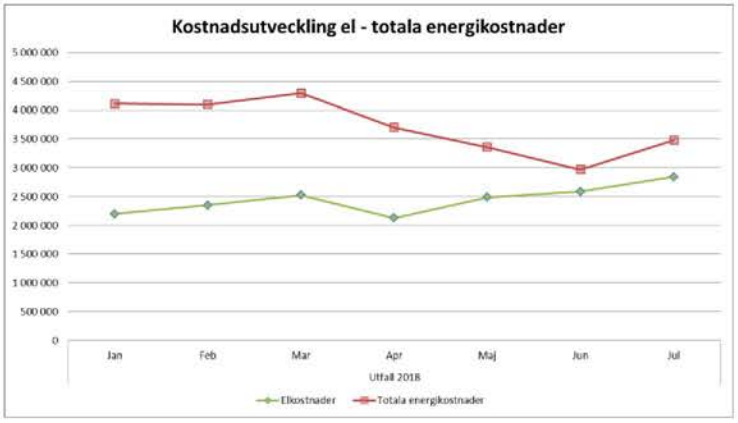
Redovisningen över den egenproducerade elkraften sker inte förrän månaden efter produktionsmånad, vilket medför eftersläpning. Landstingets vindkraft består i redovisningen nedan av 1,5 verk på 1.5 MW per verk.

Intäkt är förutom vinden beroende på hur elmarknaden och konjunkturen står. Vinden handlas på spot marknaden och den intäkt vi får per kWh hanteras genom Nordpool. Sett till 2017, 2016 och även 2015 har elpriset varit otroligt lågt vilket i sin tur gör att vinden inte är lika lönsam. Eftersom vi producerar egen energi får vi även elcertifikat som tillgång. Den är dock också beräknad på marknaden och sett till året 2017 är priset per certifikat lågt (inte bra för oss när vi har dem som tillgång, men bra när vi ska behöva köpa dem till övrig el som vi köper från portföljen).

Nedan visas diagram över intäkter och kostnader samt producerad vindkraft jmf mot köpt el. Observera att modellen för vilka kostnader och intäkter som ska räknas med har ändrats mellan åren, vilket påverkar jämförelsen.







Materialdepån

Materialdepån har efter augusti intäkter för 96,2 mnkr vilket ger en positiv budgetavvikelse på 4,9 mnkr, varav 2,4 mnkr internt och 2,5 mnkr externt. Jämfört med föregående år har försäljningen ökat med 4,1 mnkr, varav 2,7 externt och 1,4 internt. Personalkostnaderna avviker negativt mot budget med -1,4 mnkr, vilket beror på arbetsmiljöproblematik, anställda utöver budget och sjukskrivningar. Driftkostnaderna avviker negativt mot budget med 4,2 mnkr. Hela avvikelsen avser lager, vilket beror på högre försäljning. Totalt visar Materialdepån ett negativt netto på -1 mnkr och en budgetavvikelse med samma belopp.

Enligt tabellen nedan ser vi att omsättningshastigheten är något lägre jmf med samma period föregående år. Antal orderrader är desamma och orderrader per arbetad timme är något lägre.

2017	Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	
Oms.hastighet	11,3	11,7	12,8	11,3	12,1	11,7	8,3	9,9	11,7	11,9	12	10,5	
Antal orderrader	36 642	37 330	42 747	35 153	40 798	38 292	28 857	35 781	38 132	40 506	41 348	36 998	
Orderrader/utförd arbetstid	14,1	14,4	15,0	15,2	15,5	14,9	13,6	14,0	14,2	14,4	15,1	15,5	

2018	Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Förändring jmf med samma period fg. år
Oms.hastighet	9,9	10	13	10,4	11,9	11,8	9,5	12,1					-1%
Antal orderrader	38 249	38 290	40 535	36 806	38 511	37 137	29 947	36 083					0%
Orderrader/utförd arbetstid	14,4	15,0	14,8	13,9	13,5	12,8	12,3						-6%

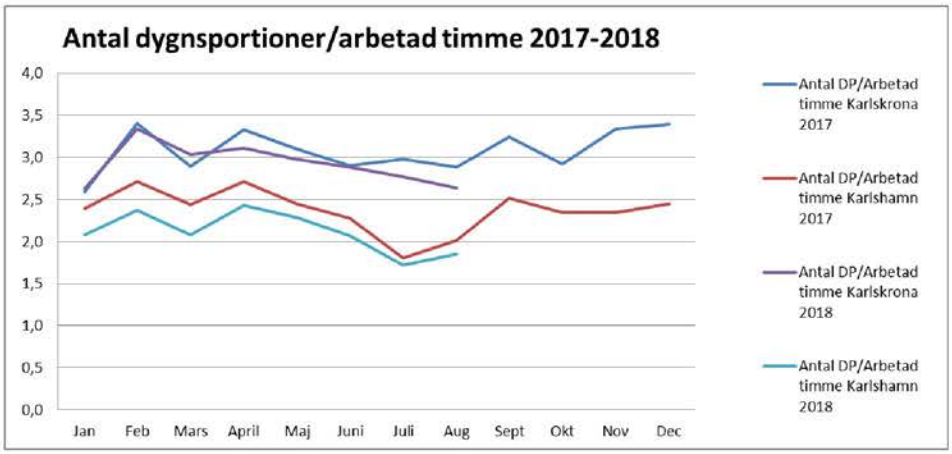


Kök och restaurang

Kök och restaurang Karlskrona och Karlshamn har per augusti intäkter som uppgår till 31,7 mnkr, vilket ger en positiv budgetavvikelse på 0,5 mnkr. Främst beror avvikelsen på ökad intern försäljning. Driftkostnaderna per augusti visar en positiv avvikelse på 0,6 mnkr. Totalt för de båda avdelningarna visar de positivt netto på +1,3 mnkr (Karlskrona +0,7 mnkr, Karlshamn +0,6 mnkr) och en budgetavvikelse med samma belopp. Orsaken till att produktiviteten är något lägre än 2017 i Karlshamn, är att antalet dygnsportioner minskat mer än den utförda arbetstiden.

2017	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Genom snitt
Antal DP/Arbetad timme Karlskrona 2017	2,6	3,4	2,9	3,3	3,1	2,9	3,0	2,9	3,2	2,9	3,3	3,4	3,1
Antal DP/Arbetad timme Karlshamn 2017	2,4	2,7	2,4	2,7	2,4	2,3	1,8	2,0	2,5	2,3	2,3	2,4	2,4

2018	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Genom snitt	Förändring jmf med samma period fg. år
Antal DP/Arbetad timme Karlskrona 2018	2,6	3,3	3,0	3,1	3,0	2,9	2,8	2,6					2,9	-3%
Antal DP/Arbetad timme Karlshamn 2018	2,1	2,4	2,1	2,4	2,3	2,1	1,7	1,9					2,1	-10%



Livsmedel

Kostnaderna för livsmedel inom landstingsservice är lägre än budget (0,7 mnkr) och något lägre än samma period föregående år. För kök och restaurang ligger livsmedelskostnaderna 0,7 mnkr lägre än budget. Inköpen av livsmedel kan variera mellan olika månader p.g.a. matsedeln samt när fakturorna kommer. Flera arbeten pågår för att minska livsmedelskostnaderna, bl.a. arbetas det med matsvinn, matsedlar, säsongsvaror, portionsstorlekar m.m. Enligt tabellen nedan har antalet dygnsportioner minskat i både Karlskrona och Karlshamn, jämfört med samma period föregående år. Detta påverkar den totala kostnaden per dygnsportion eftersom de fasta kostnaderna fördelas på färre portioner. I nyckeltalet ”livsmedelskostnad per dygnsportion” ser vi att kostnaden ökar per dygnsportion jämfört med 2017. Att antalet dygnsportioner minskar och varubeställningarna ökar, är orsaken till att livsmedelskostnaden per dygnsportion blivit högre. Enligt en undersökning Livsmedelsverket har gjort om offentliga måltider[1] inom kommun och omsorg, visade resultatet att livsmedelskostnaden inom sjukvård per dygnsportion (tre måltider per dag) är 69,1 kr, vilket även motsvarar landtingets livsmedelskostnad per dygnsportion. Räknar vi på den direkta livsmedelskostnaden för en dygnsportion, d.v.s. livsmedelskostnaden exkl. de varubeställningar som görs, blir kostnaden lägre. För att bättre följa arbetet med livsmedels-kostnader har detta nyckeltal lagts till. Nyckeltalet ”livsmedelskostnad per dygnsportion exkl. varubeställningar” visar att livsmedelskostnaden sjunker jämfört med 2017.

[1] https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-vard-skola-och-omsorg/fakta-om-offentliga-maltider

2017	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Genom snitt
Antal dygnsportioner Karlskrona	11 627	14 202	13 553	14 134	14 215	12 841	11 768	12 770	**13 139**
Antal dygnsportioner Karlshamn	4 577	4 897	4 751	4 942	4 773	4 194	2 892	3 599	**4 328**
Total kostnad (kr) per dygnsportion Karlskrona	221	184	201	184	194	211	204	204	**201**
Total kostnad (kr) per dygnsportion Karlshamn	229	223	244	222	234	269	327	286	**254**
Livsmedelskostnad (kr) per dygnsportion K-na	71	56	72	61	63	70	67	68	**66**
Livsmedelskostnad (kr) per dygnsportion K-hamn	61	63	70	61	67	75	64	81	**68**
Livsmedelskostnad (kr) per dygnsportion K-na exkl. varubeställningar	47	32	49	35	38	45	40	40	**41**
Livsmedelskostnad (kr) per dygnsportion K-hamn exkl. varubeställningar	43	47	53	41	50	57	40	60	**49**
Inköp ekologiskt/inköp livsmedel totalt Karlskrona	50%	48%	48%	47%	49%	45%	47%	48%	**48%**
Inköp ekologiskt/inköp livsmedel totalt Karlshamn	48%	47%	49%	47%	50%	44%	49%	45%	**47%**

2018	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Genom snitt	Förändring jmf med samma period
Antal dygnsportioner Karlskrona	11 752	13 471	13 422	13 049	12 907	12 684	11 198	11 597	**12 510**	**-5%**
Antal dygnsportioner Karlshamn	4 223	4 106	3 971	4 335	4 065	3 361	1 948	2 581	**3 574**	**-17%**
Total kostnad (kr) per dygnsportion Karlskrona	239	194	217	211	217	216	216	230	**217**	**8%**
Total kostnad (kr) per dygnsportion Karlshamn	252	263	293	255	301	320	331	337	**294**	**16%**
Livsmedelskostnad (kr) per dygnsportion K-na	73	66	74	69	60	75	73	69	**70**	**6%**
Livsmedelskostnad (kr) per dygnsportion K-hamn	56	72	86	61	79	85	50	67	**69**	**3%**
Livsmedelskostnad (kr) per dygnsportion K-na exkl. varubeställningar	44	37	45	39	31	44	41	38	**40**	**-2%**
Livsmedelskostnad (kr) per dygnsportion K-hamn exkl. varubeställningar	36	52	64	39	54	58	15	39	**45**	**-9%**
Inköp ekologiskt/inköp livsmedel totalt Karlskrona	49%	50%	50%	48%	44%	46%	50%	44%	**47%**	**-1%**
Inköp ekologiskt/inköp livsmedel totalt Karlshamn	49%	46%	49%	51%	45%	47%	41%	50%	**47%**	**0%**

Caféverksamheten

Caféverksamheten (Cafeterian huvudentrén, Café Wämö Center, butik/kiosk Karlskrona och Café/butik Karlshamn) har totalt intäkter efter augusti som uppgår till 7 mnkr, vilket ger en negativ avvikelse på 2,6 mnkr. Jämfört med föregående år ligger försäljningen på samma nivå. Den negativa avvikelsen beror på en förändring i styrmodellen där verksamheten inte erhåller något koncernbidrag längre, utan ska ha med alla sina kostnader i priset. På grund av att cafeteriorna har interna priser som inte får höjas når de inte upp till sin intäktsbudget. Personalkostnaderna uppgår till 4,6 mnkr och är 0,2 mnkr över budget. Driftkostnaderna uppgår till 5,1 mnkr, vilket är i linje med budget. Detta innebär att caféverksamheten totalt per augusti visar ett negativt nettoresultat på -2,8 mnkr, som främst beror på förändringen i styrmodellen. Dock har inte intäkterna blivit lägre jämfört med samma period föregående år. Intäkterna (exkl. kaffeabonnemang och koncernbidrag) ligger i linje med föregående år.

Städverksamheten

Städverksamhetens tre avdelningar har totalt efter augusti intäkter som ger en positiv avvikelse mot budget på 0,3 mnkr., vilket är 1 mnkr högre än föregående år. Avropsintäkterna är 0,2 mnkr lägre jämfört med budget men samtidigt har städ Karlshamn en obudgeterad intäkt på 0,5 mnkr eftersom städuppdrag återgått till städavdelningen efter VNS 2.0 avslutades. Personalkostnaderna visar en positiv avvikelse mot budget på 0,2 mnkr, och ligger i linje med fg. år. De lägre personalkostnaderna beror på avslutade anställningar som ej ersatts. Det som håller överskottet nere beror på att städet utökats med en tjänst pga. städet från VNS 2.0 gått tillbaka till städavdelningen. Driftkostnaderna uppgår till 3,5 mnkr, vilket är 0,2 mnkr över budget vilket till största del beror på mycket reparationer av inventarier. Totalt för städverksamheten får vi ett positivt netto på +0,3.

Nyckeltalet nedan visar den totala kostnaden för städverksamheten per månad (exkl. storstäd), delat med antal städade kvm varje månad (exkl. storstäd). Att varje städad kvm var något dyrare i februari bero antagligen på att de fasta kostnaderna fördelas på färre städade kvm pga. färre dagar

i februari. Under juni och juli har färre timmar lagts på storstäd och därav en högre personalkostnad, som gör att kostnad per städad kvm blir något högre.

2018	Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec
Kostnad (kr) per städad kvm	1,02	1,08	1,02	0,97	1,00	1,09	1,05					

7.4 Prognosförklaring

Ekonomiskt uppdrag för 2018
Landstingsservice har för 2018 en budget som innebär att kostnaderna ska vara 10 mnkr lägre än intäkterna, d.v.s. ett positivt nettoresultat 10,0 mnkr. Förvaltningen har i januari satt upp en plan för att under 2018 klara detta uppdrag.

Åtgärdsplanen handlar till största delen om att minska personalkostnaderna. Detta ska göras främst genom att minska antalet anställda i samband med uppsägning av vårdnära service kökstjänst och beställningsenheten för inhyrd personal. Men också genom att vakanshålla några tjänster under året, ta vara på det glapp som ofta uppstår mellan att någon slutar tills ny medarbetare är rekryterad och vara restriktiva med anställningar. Rekryteringsprövning görs inom förvaltningen inför alla rekryteringar på tillsvidareanställningar och tillsättning av längre vikariat.

Inom driftkostnaderna bedömer vi att energikostnaderna kan sänkas. Liksom att det finns en förväntan på att kostnader för resor och logi, konferenser, utbildningar, inköp och förbrukningsmaterial ska minska.

I åtgärdsplanen ligger också att intäkterna ska vara högre än budget.

Åtgärdsplanen fördelas enligt nedan.

Åtgärdsplan 2018 för landstingsservice		
Intäkter	1,0 mnkr	Högre parkeringsintäkter
Personalkostnad	7,8 mnkr	Vakanshållning, rekryteringsglapp, VNS kökstjänster
Driftkostnad	1,2 mnkr	Lägre energikostnader
Summa besparing	**10,0 mnkr**	

Prognos 2018
Nedanstående resultaträkning visar på helårsprognosen för 2018 per augusti månad jämfört med helårsbudget och utfall för helåret föregående år.

Kontoslag	Prognos helår 2018	Budget helår 2018	Avvikelse Prognos jmf Budget	Avvikelse Prognos jmf Utfall fg år
Intäkter	**-905 809**	**-893 239**	**12 570**	**26 392**
Personal	**309 969**	**311 539**	**1 570**	**-6 031**
- Anställda	305 337	306 636	1 299	-6 186
- Inhyrda	0	0	0	0
- Övrig personal	4 632	4 904	272	154
Drift	**415 589**	**406 280**	**-9 309**	**-8 637**
- Livsmedel och övr råvaror	18 169	18 569	400	289
- Lokal- och fastighetskostn	81 703	81 300	-403	-3 074
- Energi mm	43 680	44 175	495	-1 581
- Datorer	11 133	9 439	-1 694	1 403
- IT-program	57 159	55 917	-1 242	-183
- Lagerförändring Ma-depån	133 523	124 524	-9 000	-5 444
- Ankomstregistrerat	0	0	0	0
- Övrig drift	70 222	72 358	2 135	-46
Kapitalkostnad	**177 568**	**165 419**	**-12 150**	**-13 798**
TOTALA INTÄKTER	**-905 809**	**-893 239**	**12 570**	**26 392**
TOTALA KOSTNADER	**903 126**	**883 238**	**-19 888**	**-28 467**
NETTORESULTAT	**-2 683**	**-10 000**	**-7 318**	**-2 075**

Prognostiserat resultat för landstingsservice är + 2,7 mnkr. Det innebär en negativ avvikelse mot budget på -7,3 mnkr.

I det prognostiserade resultatet finns kostnader för arbetet med framtidens vårdinformationsstöd, FVIS. FVIS är ett landstingsövergripande projekt som tar mycket personalresurser och köpta konsultinsatser. För att landstinget ska ha följsamhet till SUSSA-kollektivet och FVIS behövs vissa funktioner under en tre års period. På några av dessa funktioner har förvaltningen rekryterat medarbetare (2,5 tj) och för några (3,0 tj) pågår rekrytering. Utöver detta lägger 5,5 ordinarie medarbetare inom framförallt vårdsystem hela sin tid i arbetet med FVIS. Det innebär att annat, som inte är akut drift, får stå tillbaka och i vissa fall behöver ersättare rekryteras för att grunduppdraget ska kunna utföras. I prognosen finns kostnader för 4,0 mnkr utöver budget för FVIS. Den totala prognostiserade kostnaden för nedlagda resurser för FVIS är 7,5 mnkr.

Blekingesjukhuset har sagt upp tjänsten vårdnära service, kökstjänst per 2018-03-31. Tjänsten är avvecklad och arbetsuppgifterna, kopplade till avdelningsköken, har övergått till Blekingesjukhuset per första april. Arbetsuppgifter inom städ har övergått till landstingsservice städorganisation, vilket då blir en förflyttning av den delen av kostnaden till städabonnemanget istället. Landstingsservice har reducerat antal medarbetare i samband med detta och därmed sänkt kostnaderna för personal på riktigt för landstinget. Då förvaltningen är intäktsfinansierad innebär detta också att vi förlorar intäkter för denna tjänst från och med april. I praktiken innebär det att landstingsservice har frigjort budget under resterande 2018 för Blekingesjukhuset men kan inte tillgodoräkna sig nerdragningen mot det budgetreduceringskrav som är ställt. Detta belyser den problematik som finns när tjänster sägs upp som förvaltningen levererar. Om vi klarar, vilket vi gjort i detta sammanhang, att anpassa resurser och kostnader till den lägre intäkten kan vi inte tillgodoräkna oss kostnadsreduktionen då det samtidigt har lagts ett budgetreduceringskrav. Detta går inte ihop. En intäktsfinansierad verksamhet bör inte kunna får ett budgetreduceringskrav då budgeten egentligen finns hos köpande förvaltningar. Att landstingsservice verksamhet ska bedrivas kostnadseffektivt regleras egentligen i styrmodellen för interna servicetjänster. Landstingsservice vill därför kunna tillgodoräkna sig den kostnadsreduceringen för 2018 på 5,8 mnkr.

I prognosen finns också en intäkt som ska täcka det prognostiserade kapitalkostnadsunderskott som finns mot budget på 8,1 mnkr.

Omräknad prognos om täckning för ovanstående godkänns.

Prognostiserat nettoresultat:	+ 2,7 mnkr
Ökad intäkt för FVIS motsv budgetunderskott	+ 4,0 mnkr
Godkänt underskott p.g.a avveckling vårdnära service, kök	+ 5,8 mnkr
Justerat prognostiserat nettoresultat	**= 12,5 mnkr**

Det justerade prognostiserade nettoresultatet skulle då innebära att landstingsservice har klarat sitt ekonomiska uppdrag att leverera ett överskott på + 10,0 mnkr.

I samband med kvartalsrapporten per mars lämnades ett prognostiserat resultat på 7 mnkr. En försämring med 4,1 mnkr är gjord i och med nu lagd prognos per augusti. De största förklaringarna till prognosförändringen finns i tabellen nedan.

Tabell 1: Orsaker till förändring av helårsprognos 2018	
Förvaltning: Landstingsservice	
Rapporteringsmånad: augusti 2018	**Belopp (Tkr)**
Prognos vid föregående kvartalsrapportering per mars (tkr)	**-7 008,0**
Orsaker till förändrad helårsprognos	
Intäkter	**-9 842,0**
varav ökad försäljning materialdepån	*-7 000,0*
ökad försäljning kök och restaurang	*-800,0*
minskd intäkt bilpool, verksamhetsbilar till Avis	*1 000,0*
lägre intäkter byggprojekt	*500,0*
Högre parkeringsintäkter	*-600,0*
Lägre intäkt försäljning värme	*400,0*
Övriga interna och externa intäkter	*2 208,0*
Ökad intern intäkt för täcka kapitalunderskottet	*-5 550,0*
Personal	**3 188,0**
Högre personalkostnader för anställda	*2 930,0*
Högre övriga personalkostnader	*259,0*
Drift	**5 429,0**
varav lägre kostnader för livsmedel	*-400,0*
högre kostnader för lokal- och fastighetskostnader	*1 156,0*
högre kostnader för energi	*904,0*
högre kostnader för inköp datorer	*532,0*
Högre kostnader för inköp till materialdepån	*7 000,0*
Lägre övriga kostnader, t ex konsult	*-3 762,0*
Kapital	**5 550,0**
Summa Helårsprognos (tkr):	**-2 683,0**

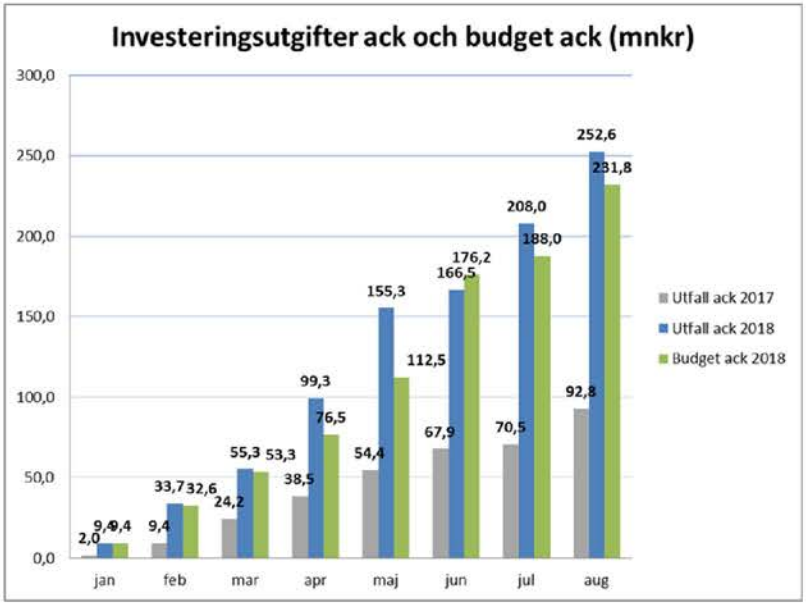
7.5 Genomförda och pågående investeringar

Investeringsslag	Utfall augusti (mnkr)	Prognos 2018 (mnkr)	Budget helår 2018 (mnkr)	Prognos aktiveringar 2018, sept-dec (gäller fastighet, mnkr)
Fastighet	246,6	424,8	465,0	103,4
Medicinsk teknik	Inget för LTS	Inget för LTS	Inget för LTS	Inget för LTS
It/telefoni	25,4	32,2	80,5	
Övrigt	1,7	4,1	6,4	

Kommentarer kring investeringarna

Fastighet

Investeringstakten har ökat betydligt under 2018 jämfört med 2017. Se diagram för jämförelse. Detaljer om vilka investeringsprojekt som pågår/är avslutade finns i bifogad utbetalningsplan.



Ett antal investeringar har inte kommit igång i den omfattning som planerat då Fastighet inväntar verksamheternas behovsanalyser. Dessa är helt nödvändiga för att kunna fortsätta processen framåt. Det gäller framförallt de nya akutvårdsbyggnaderna i Karlskrona men även permanenta lokaler för primärvården på Trossö, en ny serverhall samt en ny psykiatribyggnad i Ronneby. I några påbörjade projekt inväntar vi tilldelningsbeslut gällande upphandling av medicinteknisk utrustning. Den processen råder vi inte över men det gör att projekten tillfälligt stannar upp.

I samband med bygglovsansökan för det nya elevboendet på folkhögskolan i Bräkne-Hoby, samt för tillbyggnaden av Hjälpmedelcentrums lokaler i Rosenholm, så har samråd krävs med Länsstyrelsen gällande artskydd. Det har även begärts in kompletteringar i form av antikvariskt utlåtande gällande folkhögskolan då området omfattas av riksintresse för kulturmiljövård. Detta har gjort att bygglovsprocessen har dragit ut på tiden och byggstarten för dessa projekt blir något förskjuten.

Den största enskilda investeringen som inte kommer falla ut som planerat under 2018 är de bygg- och installationsarbeten som skulle gjorts i en ny materialdepå. Detta på grund av en överprövning som ledde till att hyreskontraktet som Landstinget Blekinge tecknat ogiltigförklarades. Åtgärderna kan påbörjas först när det finns ett nytt hyreskontrakt på en lämplig lokal.

En större investering i panncentralen har prioriterats ner p.g.a. resursbrist till förmån för projekt åt vårdverksamheterna. Resursbrist på Byggprojektavdelningen är dock ett återkommande problem och fortlöpande åtgärder vidtas för att komma till rätta med det.

Ett planerat nytt parkeringshus vid byggnad 13 har prioriterats bort då behovet tillsvidare kan lösas på annat sätt.

It och telefoni

Den största investeringsposten under 2018 är FVIS på 36 mnkr, men denna investering kommer inte falla ut under 2018 då tilldelningsbeslutet är framflyttat till årsskiftet.

Bortser man från investeringen rörande FVIS så står Röntgenkliniken för flest investeringar under 2018. Även Labmedicin kommer investera i nya drivrutiner med tanke på upphandlingen av ”sorteringsbana”. Investeringen för PMO, barnhälsovård, faller ut snart då acceptanstester är godkända. En del tänkta investeringar i planen kommer att köpas som tjänst istället, bland annat kompetenssystem och kurskatalog (2 mnkr i planen). Investeringen rörande ledningssystem är nedprioriterad i årets arbete (3,5 mnkr) likaså ORM (1 mnkr).
Under hösten kommer ytterligare prioritering behöva göras bland it-investeringarna som ska upphandlas, då Affärsenheten har flera upphandlare som slutat och detta medför resursbrist.

För detaljer, se bifogad utbetalningsplan.

Övrigt
En del investeringar inom affärsområde Städ, kost och logistik har genomförts inom köket i Karlskrona. Ytterligare investeringar är på gång under hösten inom transportorganisationen och städorganisationen, det handlar främst om utbyte av olika former av truckar och större tvättmaskiner. Osäkert om utbetalningar kommer att hinnas med innan årsskiftet på grund av resursbrist på upphandlare. Investeringar kopplade till en flytt av materialdepån, hisslager och kabinettmaskin kommer inte att bli av under 2018 utan är flyttade till kommande investeringsplan.

7.6 Byggrelaterad ohälsa

I ett antal byggnader har vi skador som kan eller har orsakat byggrelaterad ohälsa hos den verksamhet och dess medarbetare som använder lokalerna. Affärsområde Fastighet lägger mycket resurser på att åtgärda och utreda dessa och tyvärr så ser vi att denna typ av skador stadigt ökar i landstingets fastighetsbestånd.

I nedanstående byggnader har det under perioden pågått utredningar/åtgärder där misstanke om byggrelaterad ohälsa finns eller där bristerna i lokalerna riskerar att påverka inomhusmiljön negativt.

- By 51-01 Rödeby vårdcentral – alla åtgärder efter vattenskada i kompressorrummet är klara. Sanering av vattenskada i övriga delar av källare är klara. Nya problem anmälda på plan 3 hos vårdcentralen. Projektering av åtgärder pågår.

- Ambulanscentraler i Karlskrona och Karlshamn – utredning klar. Åtgärder i Karlskrona klara. Handlingsplan i Karlshamn är klar. Vi har nu beslut på ny byggnad för ambulansen i Karlshamn och därför behöver vi inte göra alla åtgärder i handlingsplanen.

- Byggnad 13, Karlskrona, säkerställa en god inomhusmiljö. Plan 1 och 2 och 5 – åtgärder klara. En rapport/sammanställning och handlingsplan för hela byggnad 13 har tagits fram. Handlingsplanen uppdateras efterhand som utredningar blir klara och beslut fattas om åtgärder.
    - Projektering pågår inför arbeten på plan 8: Nytt behandlingsrum till specialisttandvården, Installation av autoklav och disk på käkkirurgin, samt mindre ombyggnad i personalköket.
    - Förstudie pågår inför arbeten på plan 3: Syncentralen, 3 st nya behandlingsrum, rum för barnverksamhet, väntrum mm
    - Plan 2 står tomt och här är utredningen klar gällande möjligheten att flytta in verksamhet från By 30 31. Ärende igångsättningsbeslut till landstingsstyrelsen i september.

- By 23 Blekingesjukhuset Karlskrona. Byggnaden har tidigare haft fuktskador som åtgärdats. Det har konstaterats fler problem som orsakat byggrelaterad ohälsa hos hyresgäster i byggnaden. Vidare undersökning visade att det inte går att åtgärda problemen utan omfattande insatser till stora kostnader. Beslut har därför tagits att vi snarast flyttar på de verksamheter (HLR, Bär- och lyftteknik, CEPS mfl)som finns i byggnaden och planen är att den därefter ska rivas.

- BLS Karlshamn, By 25 -01, -02, -13,-14,-15,-16,-18. Fukt under grundplatta finns. Tidigare åtgärder har gjorts med emissionsspärr som dock har en begränsad livslängd på ca 10 år. Dessa 10 år har gått och därför måste en kontrollmätning göras för att säkerställa att funktion fortfarande finns i fuktspärren. Utredningar görs fortlöpande på de ställen där vi ser att emissionsspärren har gett sig. Ny anpassad golvbeläggning läggs alternativt läggs ett nytt spärrlaminat som har längre livslängd och en ny golvbeläggning. Den alternativa åtgärden är dock omfattande så det är lämplig att samordna flera andra underhållsåtgärder vid detta tillfälle.

- BLS Karlskrona, By 25-10 Läckande avloppsrör. Rivning och uttorkning pågår. Åtgärder klara avseende avloppet. Övrigt återställande pågår.

- BLS Karlskrona, By 02-30 och -31. Personal upplever att det är en dålig inomhusmiljö och de är oroliga för att det kan orsaka byggrelaterad ohälsa. Rapport och förstudie är klar. För att kunna skapa en god inomhusmiljö är bedömningen att omfattande åtgärder behöver göras. Efter förstudien behöver beslut fattas om byggnaderna ska åtgärdas eller tömmas på verksamhet för att sedan riva hela eller delar av byggnaden. Inväntar beslut om att flytta vårdverksamheten till by 13, plan 2.

- By 35-01 Kompetenscenter Karlskrona Fuktskada pga läckande takavlopp samt fukt i betongplattan. Handlingsplan klar. Dräningen är åtgärdad. Arbete pågår gällande etapp 2 kopiatorrum. Provtagningsrum och lilla labbet. Kontroll av fuktkonsult är bokat för att utreda om fler utrymmen är fuktskadade.

- 25-02 Dialysen. Expedition. Nytt rum är iordningsställt till medarbetare som har flyttat dit. Skadat rum ska nu åtgärdas.

- By 25-19 samt 89133, psykiatrins mellanvård, Expandiamoduler, Karlshamn. Utredning pågår gällande upplevd dålig inomhusmiljö samt buller från ventilation. Ventilationen har delvis bytts ut och justerats. Avstämning återstår om ytterligare åtgärder behöver göras.

- By 25-24, Fuktskada på plan 2 och 3. Vattenläcka. Handlingsplan ska tas fram.

- By 13-01, Folkhögskola, Huvudbyggnad, läckande avlopp. Åtgärder klara. Viss målning kvarstår, görs under sommarlovet. Klart nu.

- BLS Karlskrona, By 02-25, Plan 3, Fuktskador i bjälklag och väggar pga läckande vattenledningar. Åtgärder görs i samband med ombyggnad för kirurgens inskrivning. Sanering och uttorkning klart. Även mycket asbest att sanera. Håller på att färdigställas. Klart nu.

- By 12-10 Ronneby Hälsocenter, fuktproblem åtgärdat. Ny lukt i annan del av byggnaden - utredning klar och håller på att färdigställas. Uttorkning är klar och ny typ av ytskikt är lagt (klinker istället för matta). Klart nu.

- By 12-03 Ronneby Hälsocenter. Läckande avlopp, utredning klar, byte av berörda stammar är klart och återställning pågår, relationshandlingar rör återstår. Klart nu.

- By 15-01, Folkhögskola, Kost- och Textilhuset, läckande avlopp. Avlopp åtgärdat, målning kvarstår vilket görs under sommarlovet. Klart nu.

8 Prioriterade områden

8.1 Personalrekrytering

Rekryteringsarbetet är numera ett ständigt pågående arbete. Särskilt oroande är det att medarbetare på vissa nyckelbefattningar har valt att gå vidare i sin karriär utanför landstinget och pensionsavgångar inom svårrekryterade yrkeskategorier.

Där behov har funnits att ta in extern hjälp av rekryteringsfirma har det gjorts med lyckat resultat.

8.2 Tillgänglighet

Tillgänglighet för oss är när kunden snabbt kan få svar på frågor och även få sina önskade tjänster utförda. Vi ser över ledtider i beställningssystem och sätter upp parametrar för hur lång tid som är acceptabelt för en kund att få vänta på att få en tjänst utförd.

Tillgängligheten bygger på att våra medarbetare har tillgång till mobiler och/eller plattor för att de ska vara nåbara. Här har vi en utmaning både att få it att prioritera våra önskemål men också att få våra medarbetare att använda den teknik vi redan har tillgänglig.

Avdelning Kundtjänst har sedan december 2017 märkt en kraftig minskning av antalet arbetsuppgifter som utförs i servicediskarna. Mycket pga. att bilpoolsverksamheten lades ut på en privat aktör och att vi inom konferensverksamheten har gjort det smidigare för kunderna att kunna gå in i konferenslokalerna under öppettiderna med egna e-kort. Som en konsekvens av detta valde vi att stänga luckan vid huvudentrén i Karlskrona i februari i år. Delar av verksamheten har flyttats till Wämö Center reception som nu har bättre öppettider och lunchöppet igen. Förutsättningar finns att kunna ha bättre svarstider på telefon 6700 också.

Det finns framtagna riktlinjer inom Program för teknisk standard som affärsområdet följer när vi utformar lokalerna. Handlingar stäms av med tillgänglighetsgruppen inom Landstinget Blekinge innan byggskedet.

Affärsområde Fastighet har tagit fram en parkeringsstudie för Blekingesjukhuset Karlskrona som identifierar parkeringsbehovet inom sjukhusområdet i takt med att vi genomför byggprojekt. Studien visar hur byggprojekten påverkar antalet besöks- och personalparkeringar. Studien är viktig för att säkerställa tillgängligheten till vården och säkerställer att landstinget har erforderliga parkeringsplatser på sjukhusområdet i Karlskrona. Studien visade på tre tänkbara scenarier och har varit grunden till en parkeringsplan. Målet är att denna plan ska beslutas i landstingsstyrelsen under hösten.

8.3 Digitalisering

It-strategisk avdelning har fått uppdraget att ta fram ett förslag på digitaliseringsstrategi inför regionbildningen.

Under oktober startar landstinget sin 13:e vårdcentral, denna gång i digital form och här stöttar affärsområde Informatik med teknisk projektledning och säkerställer att all teknik finns på plats inför driftstart.

Förhoppningarna är att IA-systemet via AFA ska kunna underlätta det systematiska arbetsmiljöarbetet genom att ha verktyg digitaliserade och förenkla för chefer och de som ska

analysera och göra uppföljningar på central nivå. Landstingshälsan arbetar vidare med att få riskhanteringsmodulen att fungera och anpassas till verksamhetens behov.

Fastighetsförvaltningen står nu i ett skifte där det istället för ombyggnation av befintliga byggnader nu byggs helt nya byggnader. Det är otroligt viktigt att vi då har framtidens digitala verktyg för vår fastighetsdokumentation (ritningar).

8.4 Insatser inom psykisk hälsa-området

Landstingshälsans projekt Hälsofrämjande stöd inriktar sig mest mot psykisk ohälsa då den ohälsan är en stor del av sjukfrånvarosiffrorna bland Landstinget Blekinges egen personal.

8.5 En kvalitetssäker oh effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Landstingshälsan har haft samverkansmöten med rehab koordinatorerna för att öka samverkan mellan den arbetslivsinriktade och den medicinska rehabiliteringen.

8.6 Region Blekinge

Det blir ett antal förändringar för landstingsservice när regionservice bildas.

- Affärsområde Affärsutveckling förs över till regionstaben
- Landstingshälsan förs över till regionstaben
- Delar av affärsområde Informatik, t.ex. it-strategisk avdelning förs över till regionstaben
- Affärsområde Fastighet påverkas med ett utökat uppdrag och att fastighetschefen tillika kommer att vara servicedirektör

Omorganisationen kommer även att innebära en hel del omflyttningar främst för de administrativa enheterna i Karlskrona. Alla kommer inte att få plats i befintliga lokaler och därför har avdelningen för fastighetsförvaltningen arbetat med att hitta nya inhyrningar.

Ett sammarbetsforum har skapats med representanter från Region Blekinge där vi diskuterar olika lösningar för att fasa in regionens tekniska lösningar i vår miljö. Ett arbete där vi kartlagt vilka system som kommer finnas kvar respektive fasas ut är genomfört och en plan för hur dessa ska hanteras finns framtagen. Arbetet med den tekniska sammanslagningen sker i mindre aktivitetsgrupper. Dialog sker även med tekniska systemförvaltare där vi ser att migrering av data in i landstinget befintliga system måste ske, exempelvis e-post.

Blekingetrafikens system har säkerhetklassats av vår it-säkerhetsansvarig tillsammans med representanter från Blekingetrafiken. Övriga system ska klassas under hösten.

Eftersom Regionsammanslagningen troligen sammanfaller med den stora omorganisationen har vi börjat titta på hur den påverkar befintliga system i landstinget. Vissa av system kommer att kräva relativt stor ombyggnad och detta kommer att ta ganska mycket tid i anspråk.
I det finns Raindance som är beroende av att tjänstmansorganisationen presenteras för att vi ska kunna bygga den nya kontostrukturen som ligger till grund för Heroma. Tiden är knapp för att hinna bygga strukturen i systemen för att gälla från och med 1 januari 2019.

8.7 Projektredovisning

Innovativ samverkan mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvården för minskad sjukfrånvaro – Hälsofrämjande stöd.

Syfte: Att hitta verktyg för att kunna stärka hälsa hos medarbetare med ohälsa i Landstinget Blekinge och därmed minska sjukfrånvaron. Se medarbetaren med ohälsa som en möjlig tillgång för organisationsförbättringar samt ge medarbetaren stöd i sitt eget hälsofrämjande arbete.
Mål: Att sänka sjukfrånvaron i jämförelse med 2016 år nivå och att kunna mäta effekten av verktyget. Mätning sker med hjälp av Heroma och olika enkätverktyg.

Dagsläge och prognos: Utvärderingen kommer att genomföras i november månad men redan vid halvåret kan sägas att medarbetare har gått på 336 moduler i verktyget och 29 chefer har använt sig av verktyget. Våra enkäter från deltagare som fått stödet är mycket positiva. Enkäter till chefer kommer att skickas ut under hösten. Sjukfrånvaron i Landstinget Blekinge har förändrats från perioden jan-juli 2016 då det var 5.72 % till samma period 2018 då den ligger på 5.46 %. Sjukfrånvaroförändringen kan såklart inte tillskrivas projektet fullt ut men det går åt rätt håll i organisationen där detta projekt är en del att chefer tidigt lägger märke till ohälsa och vid behov har verktyg till att stödja medarbetaren. Vår prognos är att vi kommer att uppnå målen vid projektet slut i november.

FVIS:

Januari 2018 återupptogs arbetet med upphandlingen och utvärderingsarbetet startades upp i mars och har pågått intensivt t o m vecka 25. Från Landstinget Blekinges sida har 54 personer deltagit i det skriftliga utvärderingsarbetet och ytterligare 9 personer har deltagit i tester (under totalt 8 dagar). Arbetet har varit uppdelat på fem olika grupper där varje grupp har haft 1-2 gruppledare som lett det lokala arbetet. Gruppledarna har i sin tur deltagit i SUSSA-gemensamma möten för att skapa en gemensam sammanställning av respektive utvärderingskriterium, som till slut sammanställs till en total utvärdering för hela kravspecifikationen.

Parallellt med utvärderingsarbetet har tre SUSSA-gemensamma uppdrag pågått: hälsoinformatik, processer och utdata. Även ett fjärde är under uppstart: Beställarorienterad organisation. Landstinget Blekinge har haft representation i samtliga förstnämnda tre uppdrag. Fr o m hösten går dessa tre uppdrag ihop till ett enda HiPU-uppdraget. (Hi-hälsoinformatik, P-processer, U-utdata). Gällande Beställarorienterad organisation har ett antal workshops genomförts av projektledaren för uppdraget och utifrån resultatet av workshops har ett direktiv skrivits fram där LTB har kunnat lämna synpunkter. För närvarande håller en projektplan på att skrivas fram för att sedan snarast möjligt kunna starta upp det praktiska arbetet.

SUSSA-styrgrupp har i mars fattat ett inriktningsbeslut gällande Stark gemensam styrning. Stark gemensam styrning innebär att de fem ingående landstingen (och även fyra optionspartners om de väljer att teckna avtal) kommer att arbeta för att så långt som möjligt jobba på en enhetligt och likartat sätt för att uppnå största möjliga synergier gällande drift och utveckling av det nya vårdinformationsstödet. En arbetsgrupp har tillsatts i augusti som ska ta fram styrdokument, principer, mål och delmål.

Enligt tidplan kommer upphandlingsfasen övergå i en implementationsfas under hösten och förberedelser för detta arbete har startat. En implementationsledare är anställd för uppdraget. Bl a pågår en översyn över det kommande resursbehovet av vårdpersonal för att ha en god framförhållning. Viss förskjutning har skett i tidsplanen: tilldelningsbeslut kommer att ske i mitten på december mot planerade mitten på oktober. Anledningen är att arbetet med kvalitetssäkring av utvärderingen fördröjts något.

Kompetenssystem:
Projektet är nu inne i implementationsfasen. Piloter är:

Kemlab
Förvaltning Affärssystem
Brunnsgården Karlshamn
Ambulansen Karlshamn
Hjälpmedelcenter
Tandvården

Kurskatalogen kommer att införas den första oktober för piloterna och för hela organisationen den första november.

En utbildningsplan håller på att upprättas för både kurskatalog och kompetenssystem som kommer att ske i flera steg.

Det krävs mindre utbildningsinsatser inför implementationen av kurskatalogen, endast utbildning av de som administrerar kurser idag och för de som jobbar med e-learning.

Kompetenssystemet kommer att implementeras under 2019. Utbildning planeras för alla chefer och HR konsulter och det kommer att ske under mars 2019.
Införandet av de olika delarna i kompetenssystemet kommer att starta i april. Man kommer då att starta med medarbetarsamtalet, därefter individuell utvecklingsplan och introduktion för nyanställd personal.
Piloterna är med från början och testar nya mallar, processer och support mm.
Utvärdering pågår under projektets gång

Beställning och svar (BoS)
Projektet arbetar vidare med införandet av tre specialiteter:

- Röntgenremissen är färdiganpassad och tänkt att införas under slutet av året.
- Allmänremissen är färdigutvecklad för att kunna tas i drift. En pilot planerades att starta i maj där en specialistvårdsklinik skulle skicka remisser till Lyckeby vårdcentral.
  Men i samband med verksamhetsmöten framkom behovet av tydliga landstings-gemensamma rutiner och på grund av att man idag inte har några rutiner fick piloten skjutas fram till dessa rutiner var kartlagda.
- Ett arbete har även påbörjats kring Kemlab och kopplingen till BoS. Denna specialitet är dock framflyttad och produktionsstart är först under 2019.

Sync:
WEADD Sync är en lösning som är framtagen för att höja säkerheten och effektivisera arbetet för användare som arbetar med flera olika IT stöd i vården av en patient. Med en enda inloggning och ett val av medarbetaruppdrag får användaren snabb och enkel åtkomst till aktuella system utifrån sin verksamhetsroll. Om en patient väljs i något system garanterar WEADD Sync att samma patient väljs i alla andra anslutna system.
Under våren har en pilot pågått på Lyckeby vårdcentral samt på IVA, Karlskrona. Utvärderingen gav följande positiva effekter:

- **Höjning av patientsäkerheten** då systemet eliminerar risken för patientförväxlingar genom stöd för patientkontexthantering (samma patient och vårdenhet i alla anslutna system). Idag förekommer det varje vecka att användare råkar arbeta med fel patient då flera olika system är aktiva.

- **Stora tidsvinster i samband med inloggning och uppstart av applikationer samt vid återinloggning till låst miljö** på såväl vanlig PC som i Vårdklient.
- **Minskad stress** över att komma ihåg olika inloggningar och lösenord då en inloggning ger åtkomst till alla anslutna system samt att vald patient följer med
- **Eliminerar ett flertal tidstjuvar och irritationsmoment i form av onödiga klick**, vilket sparar tid och bidrar till en totalt sett bättre arbetsmiljö.
- **Höjd säkerhet i samband med att SITHS-kort dras ur datorn** då användarens hela session blir låst i stället för enbart NCS Cross.
- Lösningen påbjuder ett **säkrare arbetssätt då användarna kan arbeta under egen identitet** (eget kort) utan att förlora i produktivitet.
- **Tydlig navigering till de system man behöver**. Användarna behöver inte leta efter sina system – allt finns lätt tillgängligt på skärmen.

Beslut om breddinförande pågår och driftkostnad är lyft till budgetarbete 2019.

8.8 Övrigt

Affärsområde Fastighet är med i PTS Forum, Program för teknisk standard. I detta samarbete pågår en rad olika forskningsprojekt i samarbete med Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers. Vi är representerade i arbetsutskottet där vi representerar de mindre och medelstora landstingen. Vi är även representerade i Nationella fastighetsrådet, SKL som driver en rad forskningsprojekt genom SKL:s FoU-fond för landstingens fastighetsfrågor.

- Fonden är också medfinansiär till Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers.
- Fastighetsinvesteringar i landstingen. Syftet med det här projektet är att beskriva de kommande årens investeringar i landstingsägda vårdbyggnader. Särskilt fokus är på de ekonomiska konsekvenser som byggandet får för landstingets ekonomi.
- Högteknologiska vårdmiljöer Iva och OP. Fastighetsrådet (SKL), Chalmers CVA, PTS, Forum Vårdbyggnad driver ett projekt med syfte att tillgängliggöra och sammanställa utvärderingar och annan data avseende nybyggda högteknologiska vårdmiljöer (intensivvård och operation) i Sverige som underlag för beslut vid planering av nya enheter. Utvärderingen ska sedan kunna ligga till grund för en uppdatering av PTS konceptprogram ”Högteknologiska vårdmiljöer”.
- FoU-fonden har under året tagit fram skriften ”Krisberedskap i landstingens fastighetsförsörjning” där Landstinget Blekinge medverkat. Syftet med utvecklingsprojektet är att beskriva och analysera arbetet med krisberedskap ur ett fastighetsperspektiv. Ansvarsfördelning och styrning är viktiga utgångspunkter.

9 Intern kontroll

9.1 God hälso- och sjukvård med insatser för en bättre folkhälsa

9.1.1 Uppföljning av att rutin för avvikelsehantering på affärsområdesnivå följs

Landstingsservice följer upp inrapporterade, besvarade och åtgärdade avvikelser. Se vidare under måluppfyllelse avsnitt 4.3.1 i delårsrapporten.

9.1.2 Uppföljning av de aktiviteter som är framtagna i förvaltningens handlingsplan

Se indikatorer och aktiviteter inom målområdet, avsnitt 4 i delårsrapporten.

9.1.3 Säkerställa att politiskt fattade beslut blir verkställda

Utöver kontinuerlig återrapportering av fattade delegationsbeslut genomförs löpande inga kontroller förrän från landstingsdirektörens stab vid årsbokslutet.

9.2 Aktivt klimat- och miljöarbete

9.2.1 Uppföljning av de aktiviteter som är framtagna i förvaltningens handlingsplan

Se indikatorer och aktiviteter inom målområdet, avsnitt fem i delårsrapporten.

9.3 Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktig stabil ekonomi

9.3.1 Uppföljning av rutiner för kostnadskontroll

Se indikatorer och aktiviteter inom målområde sju samt att rutiner för rapportering månad, kvartal, delår och helår följs inom förvaltningen liksom till tjänstemannaledning och politisk ledning.

9.3.2 Uppföljning av att aktiviteterna i förvaltningens handlingsplan har genomförts för målområdet

Se indikatorer och aktiviteter inom målområdet, avsnitt sju i delårsrapporten.

9.3.3 Uppföljning av rutinerna för att följa aktiviteterna i beslutad investeringsplan

Se indikatorer och aktiviteter inom målområdet, avsnitt sju i delårsrapporten.

9.4 Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter

9.4.1 Uppföljning av att det finns kompetensförsörjningsplan för samtliga affärsområden inom förvaltningen

Se indikatorer och aktiviteter inom målområdet, avsnitt sex i delårsrapporten.

9.4.2 Uppföljning av rutin för lagefterlevnad i AFS-listan enligt instruktion

Se avsnitt 6.2.1 i delårsrapporten.

9.5 Övrig intern kontroll

Representation

Kontroll har skett inom förvaltningen om obligatorisk information om syfte och deltagarförteckning finns till fakturor för representation.
Granskning har gjorts på samtliga fakturor på kontona 46310, 46311, 70710 samt 70711 per 180731. Totalt har 10 fakturor granskats. På 8 fakturor, dvs. 80 % var både syfte och deltagare angivet. På 2 fakturor, dvs. 20 % var varken syfte eller deltagare angivet.

En förbättrande åtgärd är föreslagen där ekonomisystemet ger en påminnelse om syfte och deltagare vid kontering på kontona för representation.
Förslaget har genomförts och finns nu som pop-up fönster vid kontering av fakturor då konton för representation används.

Sekretessfakturor
Kontroll har skett för Landstingshälsan om sekretessfakturor har sekretessbelagts i ekonomisystemet.
Granskning har gjorts för fakturor under perioden januari 2018 till 26 augusti 2018. Kontrollen har gjorts på kontona 50000-50999, dvs köpt vård. Här har Landstingshälsan inga konteringar, m.a.o. finns inget att granska.

Kontrollen har också gjorts på kontorna 55000-55999, d.v.s. labbprover. Här finns det inga bifogade bilagor till de ombokningar som är gjorda, m.a.o. inget att granska.
Kontot används för interna labbprovsvarskostnader från Blekingesjukhuset.

Stickprover har gjorts på konto 17110 (förutbetalda kostnader). Detta konto använder Landstingshälsan för att ta emot externa kostnader för köpt vård såsom psykiatriker och labbprovsvar från andra län.

Av 59 inkomna leverantörsfakturor har lite mer än vannan (59%) d.v.s. 35 granskats.

Av de 35 granskade var det två leverantörsfakturor som innehöll persondata och dessa var inte sekretessbelagda vid analysen.

Yterliggare åtta fakturor var inte sekretessbelagda, men de innehöll ingen persondata.
Berörd personal och ansvarig chef på Landstingshälsan har informerats. Anledningen till missen beror på den mänskliga faktorn.

Av 760 skapade kundfakturor har var sjunde granskats, d.v.s. 114 stycken eller 15 %. Av de granskade var en inte sekretessbelagd och innehöll persondata. Yterliggare två andra var inte sekretessbelagda men innehöll ingen persondata.
Processen för skapande av kundfakturor till primärvården och psykiatrin/rehabiliteringen innebär att Landstingshälsan skapar ett bokföringsunderlag med bilaga och sedan är det mottagaren som konterar vilket ansvar m.m. som ska ha kostnaden och det är mottagaren som sätter sekretessmarkeringen på bokföringsverifikationen. Denna process är upprättad enligt önskemål från Primärvården och psykiatrin/rehabiliteringen.

Berört affärsområde och avdelning är informerad. De har även i efterhand sekretessbelagt de två leverantörsfakturor som inte var sekretessbelagda vid granskningen.

Avtalstrohet – livsmedel
Kontroll har gjorts den 31 augusti 2018 gällande avtalstrohet för livsmedel för Landstinget Blekinge. Granskning har gjorts på externa transaktioner under perioden 180101–180829. Det är kontona för livsmedel som granskats, d.v.s. konto 57210–57217.

Totalt under perioden har det handlats livsmedel för 12,4 mnkr från 32 olika leverantörer. Av dessa är åtta upphandlade och 24 ej upphandlade. De leverantörer Landstinget Blekinge handlat mest från är också de leverantörer som är upphandlade. Av det totala beloppet på 12,4 mnkr har 11,9 mnkr handlats från upphandlade leverantörer, d.v.s. 96 %. Det innebär att Landstinget Blekinge handlat livsmedel för 0,5 mnkr, d.v.s. 4 % från ej upphandlade leverantörer.

Bilagor

- Resultaträkning FR1 för landstingsservice
- Personalstatistik för landstingsservice
- Utbetalningsplan fastighetsinvesteringar
- Utbetalningsplan it och telefoni investeringar
- Delårsrapport från förvaltningsobjekten enligt pm3

Landstinget Blekinge
Ekonomirapportering

Formulär FR 1 - Resultatrapport
Utfall - Förvaltning

Förvaltning:	16 Landstingsservice	Period:	augusti 2018	Belopp:	TKR	Ifylld av:		Datum:	2018-09-05

Kontoslag	UTFALL - ACKUMULERAT			BUDGET - ACKUMULERAT			FÖREG. ÅR - ACKUMULERAT			UTFALL JMF BUDGET			UTFALL JMF FÖREG. ÅR		
	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt
Intäkter	**-84 388**	**-512 772**	**-597 161**	**-77 154**	**-518 339**	**-595 493**	**-76 290**	**-512 039**	**-588 329**	**7 234**	**-5 566**	**1 668**	**8 098**	**733**	**8 831**
Personal	**199 177**	**1 855**	**201 032**	**12 435**	**195 257**	**207 693**	**196 470**	**1 286**	**197 756**	**-186 742**	**193 403**	**6 661**	**-2 707**	**-569**	**-3 276**
- Anställda	197 635	0	197 635	12 320	192 103	204 424	194 733	0	194 733	-185 315	192 103	6 789	-2 902	0	-2 902
- Inhyrda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Övrig personal	1 542	1 855	3 397	115	3 154	3 269	1 737	1 286	3 023	-1 427	1 299	-128	195	-569	-374
Drift	**190 952**	**83 809**	**274 761**	**48 473**	**222 380**	**270 853**	**182 859**	**82 946**	**265 805**	**-142 479**	**138 572**	**-3 907**	**-8 093**	**-863**	**-8 956**
- Livsmedel och övr råvaror	11 633	0	11 633	6 223	6 156	12 379	11 876	0	11 876	-5 410	6 156	746	242	0	242
- Lokal- och fastighetskostn	29 980	23 801	53 781	1 800	52 400	54 200	24 710	23 565	48 276	-28 180	28 598	419	-5 269	-236	-5 506
- Energi mm	28 918	0	28 918	0	29 450	29 450	26 341	0	26 341	-28 918	29 450	531	-2 578	0	-2 578
- Datorer	9 340	0	9 340	0	6 292	6 292	9 889	0	9 889	-9 340	6 292	-3 048	549	0	549
- IT-program	33 599	5 020	38 619	80	37 198	37 278	31 703	5 830	37 533	-33 519	32 178	-1 341	-1 896	809	-1 086
- Lagerförändring Ma-depån	42 249	44 846	87 095	37 040	45 976	83 016	39 749	43 414	83 163	-5 209	1 130	-4 079	-2 499	-1 432	-3 931
- Ankomstregistrerat	2 506	0	2 506	0	0	0	3 100	0	3 100	-2 506	0	-2 506	594	0	594
- Övrig drift	32 727	10 141	42 868	3 330	44 908	48 238	35 490	10 136	45 627	-29 397	34 767	5 371	2 764	-5	2 759
Kapitalkostnad	**100 356**	**15 769**	**116 125**	**9 578**	**100 701**	**110 279**	**91 116**	**14 692**	**105 808**	**-90 778**	**84 932**	**-5 846**	**-9 240**	**-1 077**	**-10 318**
TOTALA INTÄKTER	**-84 388**	**-512 772**	**-597 161**	**-77 154**	**-518 339**	**-595 493**	**-76 290**	**-512 039**	**-588 329**	**7 234**	**-5 566**	**1 668**	**8 098**	**733**	**8 831**
TOTALA KOSTNADER	**490 486**	**101 432**	**591 918**	**70 487**	**518 339**	**588 825**	**470 445**	**98 923**	**569 368**	**-419 999**	**416 906**	**-3 093**	**-20 041**	**-2 509**	**-22 550**
NETTORESULTAT	**406 098**	**-411 340**	**-5 243**	**-6 667**	**0**	**-6 667**	**394 155**	**-413 116**	**-18 961**	**-412 765**	**411 340**	**-1 425**	**-11 943**	**-1 776**	**-13 719**

Landstinget Blekinge
Ekonomirapportering

Formulär FR 1 - Resultatrapport
Prognos - Förvaltning

Förvaltning:	16 Landstingsservice	Period:	augusti 2018	Belopp:	TKR	Ifylld av:		Datum:	2018-09-05

Kontoslag	PROGNOS - HELÅR			BUDGET - HELÅR			FÖREG. ÅR - HELÅR			PROGNOS JMF BUDGET			PROGNOS JMF FÖREG. ÅR		
	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt
Intäkter	**-127 536**	**-778 273**	**-905 809**	**-115 731**	**-777 508**	**-893 239**	**-119 143**	**-760 274**	**-879 417**	**11 805**	**765**	**12 570**	**8 394**	**17 998**	**26 392**
Personal	**307 529**	**2 440**	**309 969**	**18 653**	**292 886**	**311 539**	**301 969**	**1 969**	**303 938**	**-288 876**	**290 446**	**1 570**	**-5 560**	**-471**	**-6 031**
- Anställda	305 337	0	305 337	18 480	288 155	306 636	299 151	0	299 151	-286 857	288 155	1 299	-6 186	0	-6 186
- Inhyrda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Övrig personal	2 192	2 440	4 632	173	4 731	4 904	2 818	1 969	4 787	-2 019	2 291	272	626	-471	154
Drift	**288 452**	**127 137**	**415 589**	**72 710**	**333 570**	**406 280**	**280 554**	**126 398**	**406 951**	**-215 742**	**206 434**	**-9 309**	**-7 899**	**-739**	**-8 637**
- Livsmedel och övr råvaror	18 169	0	18 169	9 335	9 234	18 569	18 458	0	18 458	-8 834	9 234	400	289	0	289
- Lokal- och fastighetskostn	45 327	36 376	81 703	2 700	78 600	81 300	43 374	35 254	78 628	-42 627	42 224	-403	-1 953	-1 122	-3 074
- Energi mm	43 680	0	43 680	0	44 175	44 175	42 098	0	42 098	-43 680	44 175	495	-1 581	0	-1 581
- Datorer	11 133	0	11 133	0	9 439	9 439	12 536	0	12 536	-11 133	9 439	-1 694	1 403	0	1 403
- IT-program	49 642	7 517	57 159	120	55 797	55 917	48 231	8 746	56 977	-49 522	48 280	-1 242	-1 412	1 229	-183
- Lagerförändring Ma-depån	65 308	68 215	133 523	55 560	68 964	124 524	61 091	66 988	128 079	-9 748	749	-9 000	-4 217	-1 227	-5 444
- Ankomstregistrerat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Övrig drift	55 194	15 029	70 222	4 995	67 363	72 358	54 766	15 410	70 176	-50 199	52 334	2 135	-428	382	-46
Kapitalkostnad	**152 813**	**24 755**	**177 568**	**14 367**	**151 052**	**165 419**	**141 514**	**22 256**	**163 770**	**-138 446**	**126 297**	**-12 150**	**-11 299**	**-2 499**	**-13 798**
TOTALA INTÄKTER	**-127 536**	**-778 273**	**-905 809**	**-115 731**	**-777 508**	**-893 239**	**-119 143**	**-760 274**	**-879 417**	**11 805**	**765**	**12 570**	**8 394**	**17 998**	**26 392**
TOTALA KOSTNADER	**748 794**	**154 332**	**903 126**	**105 730**	**777 508**	**883 238**	**724 037**	**150 623**	**874 659**	**-643 065**	**623 176**	**-19 888**	**-24 758**	**-3 709**	**-28 467**
NETTORESULTAT	**621 258**	**-623 941**	**-2 683**	**-10 001**	**0**	**-10 001**	**604 894**	**-609 652**	**-4 758**	**-631 259**	**623 941**	**-7 318**	**-16 364**	**14 289**	**-2 075**

Personalrapport per personalgrupp

källa: QlikView

Organisation: Landstingsservice

Utförd arbetstid inkl jour och beredskap, övertid, mertid och timanställningar i årsarbetare perioden jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.1 Ledningsarbete	16,6	13,5	**30,2**	15,7	14,8	**30,5**	-0,9	1,2	**0,3**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	104,5	24,9	**129,4**	105,4	25,3	**130,7**	0,9	0,4	**1,3**
1.3 Medicinska sekreterare	1,3	0,0	**1,3**	1,3	0,0	**1,3**	0,0	0,0	**0,0**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	0,0	1,0	**1,0**	0,0	1,0	**1,0**	0,0	0,1	**0,1**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	4,4	0,0	**4,4**	4,8	0,0	**4,8**	0,4	0,0	**0,4**
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	0,1	0,0	**0,1**	0,1	0,0	**0,1**	0,1	0,0	**0,1**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	4,9	2,5	**7,4**	4,7	1,8	**6,5**	-0,1	-0,8	**-0,9**
7.0 Teknikarbete	20,9	83,3	**104,2**	19,3	87,8	**107,2**	-1,6	4,5	**2,9**
8.0 Hantverkararbete m.m.	6,0	47,3	**53,3**	6,1	42,4	**48,5**	0,1	-4,9	**-4,8**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	170,4	38,6	**209,0**	155,0	37,6	**192,6**	-15,4	-1,0	**-16,4**
Total [årsarbetare]	**329,1**	**211,1**	**540,2**	**312,6**	**210,7**	**523,3**	**-16,5**	**-0,4**	**-16,9**

Övertid i årsarbetare jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.1 Ledningsarbete	0,00	0,06	**0,06**	0,00	0,07	**0,07**	0,00	0,01	**0,01**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	0,11	0,07	**0,18**	0,15	0,09	**0,24**	0,05	0,02	**0,07**
7.0 Teknikarbete	0,18	2,67	**2,85**	0,11	2,79	**2,90**	-0,08	0,12	**0,04**
8.0 Hantverkararbete m.m.	0,02	0,32	**0,34**	0,10	0,39	**0,49**	0,08	0,07	**0,16**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	0,64	0,22	**0,87**	0,56	0,15	**0,70**	-0,09	-0,07	**-0,16**
Total [årsarbetare]	**0,95**	**3,34**	**4,29**	**0,91**	**3,49**	**4,40**	**-0,04**	**0,15**	**0,11**

Mertid i årsarbetare jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.1 Ledningsarbete	0,02	0,00	**0,02**	0,02	0,00	**0,02**	0,00	0,00	**0,00**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	0,20	0,00	**0,20**	0,16	0,00	**0,16**	-0,04	0,00	**-0,04**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	0,02	0,00	**0,02**	0,04	0,00	**0,04**	0,03	0,00	**0,03**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	0,01	0,00	**0,01**	0,00	0,00	**0,00**	-0,01	0,00	**-0,01**
7.0 Teknikarbete	0,00	0,00	**0,00**	0,01	0,01	**0,01**	0,00	0,00	**0,01**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	0,20	0,04	**0,24**	0,10	0,03	**0,13**	-0,10	-0,01	**-0,11**
Total [årsarbetare]	**0,44**	**0,05**	0,49	**0,33**	**0,04**	0,37	**-0,12**	**-0,01**	-0,13

Timavlönade i årsarbetare jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	1,91	0,01	**1,92**	2,52	0,01	**2,54**	0,61	0,00	**0,61**
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	0,00	0,00	**0,00**	0,15	0,00	**0,15**	0,15	0,00	**0,15**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	0,00	0,00	**0,00**	0,10	0,00	**0,10**	0,10	0,00	**0,10**
7.0 Teknikarbete	0,00	0,22	**0,22**	0,00	0,17	**0,17**	0,00	-0,05	**-0,05**
8.0 Hantverkararbete m.m.	0,04	0,53	**0,57**	0,00	0,41	**0,41**	-0,04	-0,12	**-0,16**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	5,05	1,77	**6,82**	4,40	1,68	**6,08**	-0,65	-0,08	**-0,73**
Total [årsarbetare]	**7,00**	**2,53**	9,52	**7,17**	**2,27**	9,44	**0,17**	**-0,25**	-0,08

Frånvaro i årsarbetare per frånvarohuvudgrupp jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

Frånvarogrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
01 Sjukfrånvaro	19,86	7,07	**26,93**	24,07	8,34	**32,42**	4,21	1,27	**5,49**
02 Tf Vård av barn	3,19	1,22	**4,40**	3,78	1,19	**4,97**	0,59	-0,03	**0,57**
03 Semester	51,34	31,31	**82,65**	47,35	32,13	**79,47**	-4,00	0,82	**-3,18**
04 Föräldraledighet	10,20	2,10	**12,30**	9,89	2,77	**12,66**	-0,32	0,67	**0,35**
05 Utbildning	1,59	1,07	**2,67**	3,29	0,73	**4,02**	1,70	-0,35	**1,35**
06 Fackligt uppdrag	0,17	0,23	**0,41**	0,17	0,34	**0,51**	0,00	0,11	**0,11**
07 Övr.frånvaro m lön	2,70	1,74	**4,44**	2,36	2,11	**4,47**	-0,35	0,37	**0,03**
08 Övr.frånvaro u lön	3,77	3,48	**7,26**	3,09	3,55	**6,65**	-0,68	0,07	**-0,61**
09 Flexledighet	4,12	3,31	**7,43**	4,05	3,27	**7,32**	-0,07	-0,04	**-0,11**
10 Sem i timmar	0,49	0,14	**0,63**	0,46	0,15	**0,61**	-0,03	0,01	**-0,02**
Total [årsarbetare]	**97,45**	**51,68**	149,12	**98,51**	**54,58**	153,09	**1,06**	**2,90**	3,97

Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro, för månads- och timavlönade jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

År	2017			2018			Förändring		
Kön	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
Sjukfrånvaro i % av ordinarie arbetstid	5,5%	3,1%	**4,6%**	7,2%	3,4%	**5,7%**	1,7%	0,3%	**1,2%**

Extern personalrörlighet i procent (exklusive pensionsavgångar) jan-jul 2018 jämfört med jan-jul 2017

År	2017			2018			Förändring		
Kön	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
Externa avgångar	2,5%	1,9%	**2,3 %**	2,6%	4,3%	**3,2 %**	0,1%	2,4%	**1,0%**

Totalt antal anställda 2018-07-31

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.1 Ledningsarbete	17	14	**31**	16	15	**31**	-1	1	**0**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	132	28	**160**	130	31	**161**	-2	3	**1**
1.3 Medicinska sekreterare	2	0	**2**	2		**2**	0	0	**0**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	0	1	**1**	0	1	**1**	0	0	**0**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	6	0	**6**	6		**6**	0	0	**0**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	5	3	**8**	6	3	**9**	1	0	**1**
7.0 Teknikarbete	24	94	**118**	23	90	**113**	-1	-4	**-5**
8.0 Hantverkararbete m.m.	10	63	**73**	9	54	**63**	-1	-9	**-10**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	242	56	**298**	207	56	**263**	-35	0	**-35**
Total [anställda]	**438**	**259**	**697**	**399**	**250**	**649**	**-39**	**-9**	**-48**

Antal tillsvidareanställda 2018-07-31

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.1 Ledningsarbete	17	14	**31**	16	15	**31**	-1	1	**0**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	121	27	**148**	120	28	**148**	-1	1	**0**
1.3 Medicinska sekreterare	2		**2**	2		**2**	0		**0**
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare		1	**1**		1	**1**		0	**0**
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	6		**6**	6		**6**	0		**0**
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	5	3	**8**	6	3	**9**	1	0	**1**
7.0 Teknikarbete	24	91	**115**	23	89	**112**	-1	-2	**-3**
8.0 Hantverkararbete m.m.	7	47	**54**	7	38	**45**	0	-9	**-9**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	176	29	**205**	163	31	**194**	-13	2	**-11**
Total [tillsvidareanställda]	**358**	**212**	**570**	**343**	**205**	**548**	**-15**	**-7**	**-22**

Antal visstidsanställda (månadsavlönade) 2018-07-31

Personalgrupp	2017			2018			Förändring		
	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**	Kvinna	Man	**Total**
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	11	1	**12**	10	3	**13**	-1	2	**1**
7.0 Teknikarbete	0	3	**3**	0	1	**1**	0	-2	**-2**
8.0 Hantverkararbete m.m.	3	16	**19**	2	16	**18**	-1	0	**-1**
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	66	27	**93**	44	25	**69**	-22	-2	**-24**
Total [visstidsanställda]	**80**	**47**	**127**	**56**	**45**	**101**	**-24**	**-2**	**-26**

Utbetalningsplan fastighetsinvesteringar, delårsrapport 2018

Projektgrupp 141-143
Fin.form #-
Konto #30000-39999,60000-69999,79210-79399,85210
Boktyp #AR,IB

Projekt	Namn	Utfall Jan	Utfall Feb	Utfall Mar	Utfall Apr	Utfall Maj	Utfall Jun	Utfall Jul	Utfall Aug	Utfall Ack 2018	Prognos Sep	Prognos Okt	Prognos Nov	Prognos Dec	Prognos Ack 2018-03	Utfall + prognos 2018	Investerings plan 2018	Total projekt budget	Kommentar
6009	Ny beläggning kulvertgolv	5	58	4	83	66	12	0	0	226	0	100	200	200	500	726		500	FTI
6050	02-26 Byte Styr och Övervaknin	1	55	2	218	210	6	0	0	492	0	0	0	0	0	492		300	FTI
6052	02-42 Omb för Gyn mott	18	57	156	134	191	295	122	35	1 007	150	300	250	800	1 500	2 507	5 000	29 145	
6061	13-21 Elevboende Folkhögskolan	105	288	263	379	376	561	459	175	2 625	100	100	100	93	393	3 018	10 000	48 500	
6062	25-20 Samariten Personalrum	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3		2 000	
6063	Flytta Materialdepå	0	0	0	0	48	87	96	56	288	10	10	10	10	40	328	20 000	5 500	
6100	02-26 SPECT-CT Anp Klin fys	1 140	355	1 429	231	241	207	21	43	3 667	0	0	0	0	0	3 667	2 700	6 500	
6102	BLS KMA/KNA Pub.laddstolp elb	0	0	2	2	2	0	256	0	261	0	0	6	0	6	267		300	
6104	02-35 Ventilbyte Panncentral	0	0	0	77	0	0	0	0	77	0	0	0	0	0	77		0	
6105	51-02 Åtg innem.p Rödeby VC	61	34	82	15	0	0	0	0	192	0	0	0	0	0	192		860	
6108	02-42 Ombyggnad kyla	0	802	33	33	81	5	70	5	1 028	200	200	0	0	400	1 428		3 500	FTI
6221	89136 Minnesmottagning Pantarh	0	0	3	34	16	11	4	2	71	0	0	0	0	0	71		800	
6244	89203 Omb. FTV Asarum	0	51	148	31	84	28	41	12	396	25	0	0	0	25	421	100	1 000	
6272	08-01 HMC Rekond.hall	2	73	240	237	280	129	27	28	1 015	0	100	85	0	185	1 200	1 900	8 200	
6285	02-39 Uppgradering Lab 2	20	26	29	30	5	0	7	17	143	0	0	0	0	0	143		1 500	
6297	02-26 Uppgradering Kallelsesig	0	234	3	4	38	0	0	0	279	0	0	0	0	0	279		250	FTI
6318	02-00 Byte gruppcentraler	0	155	1 044	7	133	42	3	0	1 383	200	200	200	0	600	1 983		2 000	FTI
6319	02-13 Byte UPS AVBF 02	0	53	41	16	57	8	2	39	216	100	200	200	50	550	766		750	FTI
6336	02-26 Fönsterbyte	9	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	9		0	
6338	12-02 Rehab nybygg RBY Hälsoc.	0	282	248	53	32	5	22	44	686	0	0	0	0	0	686		16 000	
6360	02-35 Ombyggnad av fjärrvärme	0	6	2	0	0	2	0	0	9	0	0	0	0	0	9		2 000	
6362	02-39 Rengöring av kylsystem	165	0	0	0	0	0	0	0	165	0	0	0	0	0	165		170	FTI
6375	02-41 Byte Styr och Övervaknin	0	3	11	6	4	53	0	0	77	100	200	200	50	550	627		800	FTI
6378	02-13 Byte av Styr och Övervak	150	381	8	105	0	0	0	0	644	0	0	0	0	0	644		500	FTI
6382	02-39 Renovering hissar 7037,	0	7	1	1	1 113	81	434	328	1 964	100	400	400	100	1 000	2 964		2 900	FTI
6460	02-45 Etab. av paviljong BLS K	0	5	9	0	74	41	10	0	139	0	0	0	0	0	139		50 500	
6484	25-07 Byte mattor&undertak kor	0	160	0	0	0	0	0	0	160	0	0	0	0	0	160		541	FTI
6498	25-15 Ventilagg,renovering Bas	0	2	43	96	182	209	183	48	775	200	200	200	40	840	1 615	10 000	10 600	
6499	25-15 Byte kallelsesignalsys,	4	161	41	5	2	48	0	16	278	8	0	0	0	8	286		400	FTI
6521	Utredning solceller LTB	0	5	0	0	0	0	0	0	5	0	0	50	0	50	55		300	
6541	25-16 Omb. Rehab avd 20	0	0	0	0	0	24	32	157	213	0	0	0	0	0	213	6 000	9 900	
6561	83-01 Utbyte värmepanna	0	0	0	3	0	24	3	37	67	0	0	0	0	0	67		200	FTI
6578	02-46 Yttre VA/Etabl.	2	177	0	0	13	24	0	0	216	0	0	0	0	0	216		9 000	
6624	25-29 Ambulansstation K-hmn	1 357	6 229	1 092	14 838	8 304	101	7 896	9 841	49 656	5 000	5 200	4 000	2 500	16 700	66 356	50 000	67 500	
6625	02-49 Severhall IT	0	918	-893	18	12	9	0	7	72	20	20	20	20	80	152	9 000	11 000	
6627	62-01 Fasadrenovering	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1		100	FTI
6629	25-30 Cykelgarage Karlshamn	0	0	6	7	78	0	0	0	92	0	0	0	0	0	92		1 000	
6632	02-39 Mammografi byta kameror	0	5	41	19	9	45	0	8	127	0	0	0	0	0	127		500	
6649	02-13 Åtgärda miljöproblem	32	307	262	356	121	199	235	105	1 632	70	200	1 000	1 730	3 000	4 632	15 000	16 000	
6659	25-01 Diskrum Endoskopi	53	667	69	63	23	72	2	3	952	0	0	0	0	0	952	1 500	3 000	

Projekt	Namn	Utfall Jan	Utfall Feb	Utfall Mar	Utfall Apr	Utfall Maj	Utfall Jun	Utfall Jul	Utfall Aug	Utfall Ack 2018	Prognos Sep	Prognos Okt	Prognos Nov	Prognos Dec	Prognos Ack 2018-03	Utfall + prognos 2018	Investerings plan 2018	Total projekt budget	Kommentar
6663	02-11,02-24,25-18, psyk SV	19	149	9	13	6	0	1	0	197	0	0	0	0	0	197	400	2 900	
6671	02-41 Blod komp rum	0	0	0	2	5	9	0	0	15	0	0	0	0	0	15	3 000	3 000	
6692	12-00 RBY HC byte äld styrsys	0	7	0	2	0	0	0	0	9	50	100	100	0	250	259		1 700	
6758	02-26 Byte golv omkläd.rum bas	0	0	0	1	0	16	0	0	17	0	0	0	0	0	17		500	
6781	25-00 Reservvatten K-hamn	0	0	0	0	0	0	13	0	13	0	0	0	0	0	13		6 300	
6789	02-13 Evakueringslokal pl 5	364	793	328	127	12	12	0	74	1 709	80	0	0	0	80	1 789		4 000	
6803	02-46 Ny byggnad för Pat/Cyt	135	1 491	11 857	17 119	40 738	1 014	25 708	25 391	123 453	26 000	27 000	26 000	46 000	125 000	248 453	175 000	523 000	
6811	02-42 Ortopedtek. avd.	4 547	2 851	2 371	2 797	854	398	3 515	1 506	18 839	1 100	800	600	400	2 900	21 739	23 000	53 280	
6812	25-10 Kylar och frysar utbyte	0	24	27	15	2	1	0	0	68	0	0	0	0	0	68		11 650	
6839	33-01 Psykiatri mellanvård Olo	0	0	0	0	0	9	0	28	37	0	0	0	0	0	37		12 000	
6852	25-10 Byte endoskopimaskin OP	85	131	104	15	0	0	2	0	336	0	0	0	0	0	336	1 500	1 500	
6865	02-39 OP sal 8 renov vent	2	78	277	265	180	560	701	1 432	3 531	200	0	0	0	200	3 731		3 300	
6871	02-40 Lustgasdestruktion	0	5	-1 252	2	5	655	1	691	107	650	50	600	1 000	2 300	2 407		3 000	
6873	02-32 Golvb diskr Cent.kök	17	113	622	398	400	231	36	34	1 850	0	0	0	0	0	1 850		1 500	
6903	02-41 Omb. Kemlab	24	18	61	25	31	16	0	0	176	0	0	0	0	0	176		7 000	
6940	02-25, Ombygg Kirurgens Inskri	606	1 297	1 515	2 361	508	2 459	342	90	9 338	0	0	0	0	0	9 338	9 000	10 000	
6971	Reservkraft S-borg, R-by	0	0	0	5	0	0	0	0	5	0	50	50	0	100	105		2 000	
6972	02-24 Omb. Beroendemott.	0	0	21	131	100	214	2	226	694	1 000	1 500	1 000	700	4 200	4 894	3 900	4 200	
6973	02-39 Skelettlabb	0	0	0	0	0	16	2	4	21	0	200	200	250	650	671	2 000	2 000	
6975	02-40 Omb. Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	20	30	70	70		10 000	
8000	Datainstallationer	0	191	142	155	130	12	47	12	688	0	0	0	0	0	688	500	2 500	
8001	Byte äldre styrsystem	35	32	4	63	310	403	200	2	1 049	150	300	300	200	950	1 999	2 000	10 000	
8002	Brandlarm generellt	0	0	0	0	5	0	0	0	5	300	300	100	0	700	705	1 000	5 000	
8003	Säkerhetshöjande åtg.	26	216	131	34	155	84	19	52	717	25	25	25	25	100	817	300	1 500	
8004	Mindre inv.projekt i fast	5	268	344	312	100	187	43	289	1 554	0	0	0	0	0	1 554			
8005	Mindre energisparproj i b	0	0	0	319	168	8	0	1	497	50	50	50	50	200	697	1 000	5 000	
8006	Mindre inv i byggnader	0	19	87	34	40	235	27	156	599	50	50	50	50	200	799			
8007	Mindre anpassningar MT-ut	0	33	0	0	2	0	0	0	34	0	0	0	0	0	34		300	
8008	Programplansarbete FHSJV	172	28	65	39	126	95	11	2	538	10	10	10	10	40	578	250	1 250	
8021	Akuta Fastighetstek inves	0	0	15	0	4	12	78	102	211	0	100	100	0	200	411	8000	2 500	
8022	02-00 Ytskiktsren. publika yto	0	78	37	39	44	62	0	12	272	0	0	0	50	50	322	15 000	300	FTI
8023	02-00 Ståldörrar till teknikut	0	0	3	8	34	23	0	0	69	0	0	150	0	150	219		300	FTI
8024	02-25 Byte av solavskärmn	0	0	0	0	18	18	17	1 278	1 331	0	0	0	0	0	1 331		1 200	FTI
8025	02-35 Byte apparatskåp	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	50	50	0	100	102		200	FTI
8026	02-35 Källereg. och huvud	0	0	0	117	2	0	0	0	118	0	50	150	0	200	318		400	FTI
8028	02-39 Ytskiktsrenovering	0	6	8	24	3	760	21	177	1 000	0	100	200	200	500	1 500		1 500	FTI
8029	02-42 Byte UPS AVBF05	0	2	42	16	2	1	2	110	174	100	100	0	0	200	374		250	FTI
8030	02-42 Renovering lekplats	0	0	7	1	38	197	30	155	429	30	70	0	0	100	529		450	FTI
8031	25-00 Ståldörrar till teknikut	0	0	3	0	5	0	0	0	8	0	0	100	100	200	208		200	FTI
8032	25-00 Ytskiktsren. publika yto	0	61	87	39	1	4	8	2	203	0	0	50	50	100	303		300	FTI
8033	25-00 Byte branddörrar	0	0	0	6	0	2	0	2	9	0	0	250	250	500	509		500	FTI
8035	25-20 Byte kallelse pl.3-	0	0	0	0	0	3	0	4	7	100	500	500	100	1 200	1 207		1 200	FTI
8036	07-01 Byte vent.agg. och	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	500	500	1 000	1 000		1 800	FTI
8037	08-00 Asfaltering	0	0	0	73	12	258	70	0	414	0	0	0	0	0	414		400	FTI
8038	12-12 Byte släckanläggning	0	0	1	2	0	241	0	0	244	50	0	0	0	50	294		300	FTI
8039	Målning btgtegel-tak	0	0	6	0	0	19	5	1 111	1 141	0	50	0	0	50	1 191		1 200	FTI
8040	13-01 Fönsterbyte	0	16	0	0	0	0	3	8	30	0	1 000	0	1 000	2 000	2 030		2 500	FTI

Projekt	Namn	Utfall Jan	Utfall Feb	Utfall Mar	Utfall Apr	Utfall Maj	Utfall Jun	Utfall Jul	Utfall Aug	Utfall Ack 2018	Prognos Sep	Prognos Okt	Prognos Nov	Prognos Dec	Prognos Ack 2018-03	Utfall + prognos 2018	Investerings plan 2018	Total projekt budget	Kommentar
8041	21-01 Utvändig målning	0	0	6	33	0	38	0	183	261	0	100	0	0	100	361		250	FTI
8042	Utvändig målning vårdbygg	0	0	0	0	6	0	0	0	6	0	100	100	0	200	206		200	FTI
8043	78-01 Takbyte	0	0	0	0	512	500	6	15	1 034	0	200	0	0	200	1 234		1 250	FTI
8044	02-33 Renovering P-hus	0	0	0	2	2	1	6	1	10	10	10	10	10	40	50	5 000	30 000	
8045	02-15 Nybyggnad P-hus	0	0	27	1	0	0	0	0	28	0	0	0	0	0	28	0	25 000	
8046	xx-xx Ambulansstation K-n	0	0	5	5	6	0	0	0	17	0	0	0	0	0	17	1 000	70 000	
8047	02-30/31 Åtgärda miljöpro	0	0	44	94	98	48	50	10	362	0	20	30	105	155	517		500	
8048	51-02 Rödeby VC åtg innem	0	0	8	17	13	92	13	17	159	0	0	50	100	150	309		800	
8049	02-26 Aggregatbyte Gymnas	0	0	0	26	109	5	15	5	159	0	50	250	300	600	759	1 000	750	
8050	02-26 Fönsterbyte lågdel	0	0	0	11	17	39	0	3	70	30	200	1 000	2 200	3 430	3 500		3 500	
8064	02-26 Klin-Fys Etapp 2	0	0	0	0	0	11	6	0	17	0	0	0	0	0	17	3 000	3 000	
8070	02-40 Omb. IVA	0	0	0	0	0	5	0	0	5	0	0	0	0	0	5	2 000	10 000	
8072	12-xx Nybyggn psykiatri R	0	0	0	0	2	8	0	0	10	5	5	5	5	20	30	5 000	55 000	
8074	25-22 Permanent akutavdel	0	0	0	9	8	7	5	5	35	10	20	30	30	90	125	5 000	20 000	
8082	02-40 Belysning pat.salar	0	0	0	1	5	18	0	164	187	300	300	300	45	945	1 132		945	
8084	02-13 Lustgasdestruktion	0	0	0	0	0	0	506	12	518	0	50	500	1 100	1 650	2 168		2 000	
8085	43-00 Parkeringar Jämjö	0	0	0	0	0	4	6	10	20	0	0	0	0	0	20		850	
8086	02-00 Skyddsrumsåtgärder	0	0	0	0	0	0	12	1	14	0	0	50	100	150	164		500	
6700	02-00 Omb avdelningskök	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1500	4 500	
8051	BLS Småprojekt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 000	4 000	
8052	Nya autoklaver STA Karlskrona	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5100	6 000	
8054	Byte gamla vent.aggregat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 000	4 000	
8055	LTS småprojekt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	500	2 500	
8056	PH småprojekt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	300	1 500	
8057	PRV småprojekt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	500	2 500	
8058	FTV småprojekt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	500	2 500	
8059	Byte av unitar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	50	50	150	150	200	600	
8067	02-35 Omb. Av värmeanlägg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16 500	16 500	
8072	12-xx Nybyggn psykiatri Rby	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5 000	55 000	
8073	13-01 Tillgänglighet huvu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	500	15 500	
		9 353	**19 572**	**21 689**	**41 862**	**56 638**	**11 341**	**41 460**	**44 385**	**246 570**	**36 693**	**41 200**	**40 651**	**60 653**	**178 697**	**424 824**	**431 650**	**1 358 041**	

UTBETALNINGSPLAN Investeringar 2018 - IT och Telefoniinvesteringar
Uppdaterat: 2018-09-13

			Kontering																				
Objektnr	Investering	Typ	Ansvar	Aktivitet	Projekt	Avskriv-ningstid	Betalt totalt 2017	Budget 2018	jan 2018	feb 2018	mars 2018	april 2018	maj 2018	juni 2018	juli 2018	aug 2018	sept 2018	okt 2018	nov 2018	dec 2018	Investerat 2018	Inv i %	Prognos	Inv i % Prognos	Kommentar
300100	Tandvården	IT	1582				0	2 000 000													0	0%	0	0%	Tandvårdsstöd blir en upphandling först under 2018. Betalning faller nog inte ut förrän 2018-2019.
300101	Reinvesteringar IT infrastruktur	IT	1583	210			0	8 000 000	165 482		58 865	5 587 200	485 807	8 585 360	919 870						15 802 584	198%	16 000 000	200%	2 igångsättningar har blivet beslutade att genomföras på 8 + 8 mnkr.
300102	Haveri och reinvesteringsreserv	IT	1583		6562		0	1 000 000	375 020	244 950	450 169	217 800	302 435	342 164	184 740	230 000					2 347 278	235%	1 400 000	140%	Lagt till 0,4 mnkr för BP
300104	Infrastruktur Mobilitet/WiFi/Positionering/video	IT	1583				3 588 092	8 000 000	310 110	305 415	3 192 290	69 375	399 453	314 829	53 666	233 157					4 878 295	61%	7 000 000	88%	
300107	Container för serverhallsredundans	IT	1583					6 000 000													0	0%	0	0%	Har i flyttat till 2019 i reviderad investeringplan 2019-2023.
300110	Akut och ambulans, Kartmotor 21 bilar á 5000 kr	IT	1582					105 000									43 248				43 248	41%	0	0%	Ej aktuell längre
300110	Ambulas och akutverksamhet (Ny verison av Patienliggare)	IT	1582					1 000 000													0	0%	0	0%	Ej aktuell längre
300110	Akut och ambulans, Integration mellan Paratus och Mobimed (ny version av Paratus)	IT	1582					100 000													0	0%	100 000	100%	
300110	Akut och ambulans, SBAR-är ett rapporteringssystem	IT	1582					25 000													0	0%	0	0%	Ej aktuell längre
300111	Framtidens vårdsystemsstöd och arkivering	IT	1582				0	36 000 000													0	0%	0	0%	Flyttas till 2019
300117	Order, Lager och faktureringssystem som ersätter dagens system (Sesam 2)	IT	1584					2 000 000													0	0%		0%	Upphandlas under 2018. Betalning först 2019?
300121	Bildhantering Sectra Open Archive	IT	1584				708 799	291 201													0	0%		0%	Breddinförande avstannat på grund av avsaknad av Projektledare.
300126	Externa uthopp röntgen	IT	1584					200 000	138 300												138 300	69%	138 300	69%	
300127	Verktyg för att stödja målstyrning och uppföljning av landstingsplanen	IT	1584				0	3 500 000													0	0%	0	0%	1500000 från 2017 och 2000000 för 2018. Inte prioriterat under 2018.
300133	Datawarehouse för vårdstatistik, lokal tjänsteplattform	IT	1584				0	2 500 000		40 200	349 000		7 500		24 751						421 451	17%	700 000	28%	
300135	Nationella IT-strategin NPÖ-2, HSA-2, SITHS-2	IT	1581		6250		0	400 000													0	0%	400 000	100%	Tidigare 300007
300136	BoS	IT	1582				0	500 000		500 000	40 000				79 907						619 907	124%	540 000	108%	
300138	QA-licenser Röntgen	IT	1584					237 700	237 700												237 700	100%	237 700	100%	
300139	Sectra One Connect	IT	1584				0	40 000													0	0%		0%	
300140	Taligenkänning Mammografi (3 st licenser)	IT	1584				0	215 000													0	0%	215 000	100%	
300057	Upphandling av BHV-journal PMO	IT	1584				0	1 000 000													0	0%	1 000 000	100%	Driftstart sommaren 2017
300143	Uppgradering Kurskatalogen	IT	1584					1 000 000													0	0%	0	0%	Kravställt i kompetenssystemet
300144	System för kompetensplanering	IT	1584					1 000 000													0	0%	0	0%	Inköpt som tjänst
300146	Operation, Appar till Operationsplaneringssystem	IT	1582					300 000													0	0%	0	0%	Flyttas till 2019
300146	Operation, Spärrtjänst	IT	1582					75 000													0	0%	0	0%	Flyttas till 2019
300146	Operation, ORM	IT	1582					1 000 000													0	0%	0	0%	Flyttas till 2019
300147	We Add SYNC (Portallösning för vårdsystem)	IT	1582					3 000 000													0	0%	1 800 000	60%	Investeringskostnad minskat från Leverantör
300148	BoS (integration mot Röntgen + Kemlab)	IT	1582					400 000						400 000							400 000	100%	400 000	100%	
300150	Heroma: Partiell frånvaro och omplanera schema	IT	1584					38 000													0	0%		0%	
300150	Heroma: All personal inkl läkare – Aktivitetsplanering.	IT	1584					300 000													0	0%	0	0%	
300153	Blodcentralen (läskopia, drivers till nya instrument)	IT	1584					150 000													0	0%	150 000	100%	
300154	Kemlab (drivers till nya instrument och bana)	IT	1584					700 000								479 500					479 500	69%	700 000	100%	
300154	Kemlab (integration med befolkningsregister)	IT	1584					100 000													0	0%	100 000	100%	
300154	Kemlab (integration mot BoS)	IT	1584					200 000					22 261		4 566						26 827	13%	200 000	100%	
300155	Patologen (integration mot BoS)	IT	1584					400 000													0	0%	400 000	100%	
300156	Nytt avvikelsesystem, vårdsynpunkter	IT	1582					1 000 000													0	0%	0	0%	Blir nog först 2019 denna investering
300157	Röntgen (LiteView Sectra)	IT	1584					685 000													0	0%	685 000	100%	
																					0				
	TOTALT PLANERAT							**83 461 901**	**1 226 612**	**1 090 565**	**4 090 324**	**5 874 375**	**1 217 456**	**9 642 353**	**1 267 499**	**942 657**	**43 248**	**0**	**0**	**0**	**25 395 089**	**28%**	**32 166 000**		
	TOTALTRAM																								

Gamla investeringar från 2017

Nya investeringar 2018

Ej aktuella längre enligt verksamhet

Bilaga - Delårsrapportering från förvaltningsobjekten pm3

Program Hälso- och sjukvård

Objekt Akut- och ambulansverksamhet

Vidareutveckling och förvaltning av befintliga system har löpt på enligt plan.

- Integrationen mellan ambulansjournalen, Paratus och Mobimed fortgår och fungerar nu i testmiljön. Utvärdering i några bilar kommer att ske i början av september. Försenat pga leverantören inte kunnat leverera på utsatt tid.
- Journalsystemet Paratus håller just nu på att modifieras vilket gör att det är lättare och billigare för Landstinget att göra ändringar i journalsystemet och i RETTS utskrifterna. Måldatum: Spetember 2018.
- GIS kartorna läggs på CSAM (Paratus) och integreras med befintliga navigationskartor. Anledningen är att GIS kartorna är gratis för oss.
- Testning av nya SIM kort från Telenor för dataöverföring mellan systemen i bilarna och våra servrar pågår och vi räknar med att kunna göra en bra ekonomisk besparing på byten av SIM.
- Förändring av utskriften från ambulanserna till användning av Siths kort för att kunna skriva ut journalerna, detta för att öka säkerheten.
- EVAM-system. Planeras i två ambulanser under hösten (ambulansen larmar via bilarnas spelradio att utryckningsfordon kommer)

För övrigt är det ett växande teknikbehov i ambulansen vilket tar mer och mer tid från verksamheten. Det växande teknikbehovet gör det också sårbart.

Objekt Obstetrisk verksamhet

Vidareutveckling och förvaltning av befintliga system har löpt på enligt plan.

Objekt Operationsverksamhet

- Orbit (Operationsplanering) Ny version av Orbit i vår ledde till två vigilance ärenden och rättning för detta har kommit. Testas och ska driftsättas 9/10.
- Spärrtjänsten. Status är att tjänsten inte är inköpt. Eventuellt görs det samtidigt som man inför SPOR
- Appar Förseningar för Orbit apparna. Problem med införande av InTunes
- Carath Ny version är på gång hösten 2018.
- PasIva Ny version är planerad till hösten 2018
- SPOR (Svenskt PeriOperativt Register) Brist på resurser både från verksamhet och teknik orsakar försening av driftstart. Mycket arbete för verksamheten (mappning av sökord för störningar) måste ske innan start av test. Projektgrupp bör tillsättas.

Objekt Patientbunden bilddiagnostik

- BoS (Beställning och Svar). Oväntade händelser har medfört att arbetet med BoS koppling mot röntgen har förskjutits något men väntas återupptas i november i år.
- Multimediaarkiv. Sectras multimediaarkiv uppgraderas till ett leverantörsoberoende plattform, så kallad VNA (Vendor Neutral Archive). Planeringen av breddinförande till hösten 2019.
- Upphandling av system för medicinsk bildanalys. Upphandlingen syftar till att handla ett videofångstsystem som kan fånga upp de källor som inte själva kan producera bildmaterial för slutlagring i multimediaarkivet. Det är främst tänkt för de olika skopier som idag finns bland annat på operation. Arbetet med kravspecifikation pågår.
- Ombyggnad av rondrum.
- Bröstcentrum. Planering av nya bröstcentrum pågår. Vi bevakar.
- Sectra Enterprise Worklist Engine + Användarmigrering till AD. Ny hårdvara planeras och driftsätts under resterande delen av året.
- HL7 migrering av PACS/RIS. Påbörjat arbete, beräknas vara klart under oktober månad.
- Nya fönster i PACS. Nya funktioner i systemen som kommer att underlätta arbetet för sköterskor ute vid labben. Beräknas vara infört sista kvartalet.
- Uppgradering RIS/PACS version 20.1. Förväntas genomföras senare delen av 2019.
- Migrering Patologen. Patologen vill lagra bilder i röntgens PACS-arkiv. Förhandlingar pågår. Troligen genomförbart under första delen av 2019.
- Uniview bildvisare. I samband med att vi tittar på Patologens samt för BoS projektets del så inför vi en ny bildläsare för arkiverade bilder. Denna bildläsare är till skillnad från den förra utan begränsningar vad gäller format och lämpar sig därför till MDK-ronder.
- Anyfile XDS. Anyfile tillägget gör det möjligt att lagra alla typer av objekt i röntgens arkivlösning. Vi utreder möjligheten och ser över behovet. Tidigast hösten 2020.
- Integration 1177, Vårdguiden MVK. Integration mot 1177 för att kunna erbjuda ombokningar av mammografiscreening via webben. Införande under hösten 2018.
- Mammografiscreening, Reinvitation module. Införande under hösten 2018.
- Utbyte av långtidsarkiv PACS. Klart under september.
- Win10 migrering + utbyte av datorer. December 2018

Genomfört:

- One Connect. Installation var planerad under förra året men har varit tvunget att skjutas på. Driftsatt under sommaren.
- Site QA-Licenser. Driftsatt.
- Uthoppsfunktioner Finns nu mera i drift. Först ut blev integration med Sectra PACS och Philips Intellispace.
- Kalibreringsserver.
- Mammografi Mammografiverksamheten togs tillbaka i Landstingets regi den 1 januari i år. Arbetet med övergången har pågått under hösten/vintern 2017.
- BoneExpert Önskemål från barnkliniken att kunna åldersbestämma röntgenbilder.

Objekt Patientbunden funktionsdiagnostik

- SPECT-CT, Kameran är i drift.
- Ultraljudsupphandlingen, Inte klar. Blir förhoppningsvis klart innan årsskiftet.
- Upphandling av lungfunktions utrustning Upphandlingen har blivit avbruten men skall starta igång snart igen. Troligen klart under 2019.
- Upphandlingen av kapselendoskopi Status vilande då verksamheten inte har tid.
- EEG Nervus, Uppgraderad. Nya windows 10 datorer.

- Exini har avvecklats.
- Gobi och Laborie (cytometri undersökningar) Planeras ersättas av nytt system. Eventuellt redan 2018.

Objekt Provbunden diagnostik

- Ackreditering. Alla laboratorier är ackrediterade och från och med i år är även Public360 med i Swedacs granskning av IT eftersom alla labben har alla styrande dokument lagrat i detta system.Vissa påpekande uppkom och en handlingsplan för åtgärder är framtagen och godkänd av Swedac i juni. Tillgång till viktiga dokument krävs dygnet runt så en Minibackup lösning av Public360 på bärbara datorer är gjord och ska ställas ut på avsedda platser på labben.

Blodcentral:

- Webbokning blodgivning, togs i drift augusti 2018 (mål: driftsättning mars 2018)
- Signering av Elektronisk hälsodeklaration (EHD), tas i drift september 2018.
- Lokal läskopia Prosang, Klart från AFO Informatik, Återstår installation av leverantör, Måldatum: April 2018
- Ny blodgrupperingsutrutning Upphandling av ny blodgrupperingsutrustning har gjorts med överklagan. Uppställning av två olika utrustningarna testas och utvärderas på blodcentralen.
- Instrumentanslutning mellan ny blodgrupperingsmaskin och ProSang. Upphandling av blodgrupperingsmaskin pågår. Mål: Under 2018

Klinisk kemi:

- CoaguChek kopplas till Labka. Ej klart, Tester påbörjas.
- Koppling mellan befolkningsregister och Labka II, Pågår, Offert från leverantör avseende utredning av möjlig lösning lämnad och ska beslutas.
- NCSBos, ej påbörjat, Måldatum: Implementering januari 2019
- Upphandling av Kemi- & Immunologianalysatorer, mellanmjukvara samt preanalys (banan) Upphandlingen går nu in i sin slutfas. Ärendet måste upp till politiken innan ett slutgiltigt beslut kan tas. Man måste vänta till LS mötet den 20/9 2018.
- Hematologi instrument (fyra stycken) Upphandling planeras 2019.

Patologi/Cytologi

- RCC Canceranmälan, Klart, april 2018
- Webbokning cellprovtagning, Förstudien klar och testning ska påbörjas under våren 2019,. Mål: Klart under 2018
- NCSBos, ej påbörjat.
- Digitalscanning. Lagt på is då man väntar på Sectras lösning.
- HPV – screening tillsammans med Kronoberg Tekniska tester påbörjats. Övriga tester kommer att ske under hösten -18 för att gå i drift innan 2018 utgång.
- KPP (Kostnad per patient) Rättning i systemet Analytix är levererad och driftsatt.

Objekt Tandvård

Fövaltningsprodukter

- Journalsystemet Lifecare Dental uppgraderat med bl.a versionen med stöd för GDPR. Detta gäller även ortodontins journalsystem Edward.

- Arbete med nytt administrativt IT-stöd för tandvårdsstöd samt barn-och ungdomstandvård är påbörjat i samarbete med Region Västmanland.
- Arbete med uppföljningsrapporter i Qlikview från Lifecare Dental påbörjat. Beslutstödsobjektet har dock inte tillräckliga resurser för att tillgodose tandvårdens behov för närvarande.

IT-komponenter

- 2 konsultbolag har fått åtkomst till statistikserver för att förbättra och effektivisera tandvårdens verksamhet. Ett av bolagen ska genomföra patientnöjdhetsundersökningar.
- Arbetet med det nya tandvårdsstödet skapar diskussioner kring outsourcing av drift, något som inte har tillämpats ännu i tandvården.

Förbrukade resurser personellt och monetärt för objektverksamhet resp. IT-verksamhet

- Ny TSF har anställts vid förvaltning vårdsystem. Han arbetar 100% för tandvården. Totalt är det 3 personer från förvaltning vårdsystem som arbetar 260% för tandvården.
- 1: linjens support har utökats med 1 ny anställd. Hon arbetar ca 30% för supporten. Totalt är det 4 personer som arbetar 190% för 1:a linjen.

Objekt Vård Bas

Följande delmål för vidareutveckling har uppfyllts enligt plan för 2018:

- Informationsklassning genomförd för minst 50 % av IT-komponenterna inom Objekt Vård bas
- För de verksamhetssystem som innehåller personuppgifter är arbete genomfört för att möta reglerna för Dataskyddsförordningen GDPR
- Barn- och ungdomspsykiatrin samt Habiliteringen har anslutits till Journalen via nätet
- Breddinförande av webbtidbok för journalsystemet NCS Cross påbörjat
- Reservrutin digital diktering framtagen och implementering pågår

Utöver dessa delmål har objektet under periden även genomfört nedanstående:

- Pilot avseende allmänremiss i BoS (Beställning och Svarssystem kopplat till journalsystemet)
- Pilot avseende Sync (Sync skapar förutsättningar för en sammanhållen journal där vårdapplikationer från olika leverantörer kan samverka i en gemensam session (”single-sign-on”)
- PMO (barnhälsovårdsjournal) infört och överlämnat till förvaltning

Målen för vidmakthållande har uppfyllts enligt plan för 2018 med ett undantag:

- Förbättring av säkerheten avseende lokalt administrationsverktyget för NCS Cross – planerat men ej genomfört

Följande delmål har ej uppfyllts enligt plan för 2018:

- Införande av Svevac på alla berörda enheter inom BLS
- Införande av BoS för Allmänremiss, Röntgen och Klinisk kemi (påbörjat)
- Införande av Stöd och behandlingsplattformen (stöd- och behandlingsprogram via Vårdguidens e-tjänster 1177.se för invånare)

- Test av system inför uppgradering till Windows 10 (planerat till hösten 2018)
- Införande av självincheckning och e-frikort
- Införande av nytt IT-stöd för samordnad vårdplanering mellan landsting och kommun
- ePed (Besluts- och kunskapsstöd vid ordination, iordningställande och administrering av läkemedel till barn) infört på Barn- och ungdomspsykiatrin (planerat till hösten 2018)
- Införande av Webcert, en e-tjänst för elektroniska myndighetsintyg (planerat till hösten 2018)

Plan framåt

Webbtidbok (nationell e-tjänst där patienten själv kan boka tid på mottagning)

- Breddinförande inom primärvården påbörjat under maj 2018. Grupp 1: västra Blekinge, grupp 2: östra Blekinge. Därefter införande för ungdoms-mottagningarna
- Fortsatt plan för Blekingesjukhuset och psykiatrin behöver tas fram

BoS (Beställning och Svarssystem)
Röntgen

- Planerad pilot vecka 2, 2019. (Lyckeby Vårdcentral samt Infektion/Hudkliniken)
- Planerad drift vecka 6, 2019

Allmänremiss

- Båda piloterna, Ortopedkliniken, Lyckeby Vårdcentral samt Sölvesborgs Vårdcentral, framskjutna till vecka 47 pga behov av enhetlig hantering av allmänremiss inom specialistvården En referensperson behövs från varje specialistvårdsklinik för deltagande i arbetet med att ta fram gemensamma remisshanteringsrutiner

Klinisk kemi

- Planering och förundersökning pågår för att analysera vad som måste utvecklas i respektive system (BoS och Labka, labsystem för Klinisk kemi)
- Tidplan för pilot och driftsättning är inte fastställd

Dokumentation i journal som stödjer personcentrerad vård

- Arbetsgrupp tillsatt, utreder behov samt tekniska möjligheter
- Samverkan med SKL angående Patientkontrakt i höst där arbetsgruppen kommer att vara representerad. Patientkontrakt är en sammanhållen vårdplan för patientens alla vårdkontakter

LisBet (system för listning av patient inom hälsoval)

- Arbete pågår för att öppna upp mot Vårdguidens e-tjänster 1177.se för att möjliggöra listning digitalt

Prator (vårdplaneringssystem)

- Fler enheter behöver anslutas till vårdplaneringssystemet för att stödja arbetssätt enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

FVIS (framtidens vårdinformationsstöd)

- Fortsatt arbete med införande av nytt vårdinformationsstöd

Objekt Vård specialiserat

Alla system har fått IT-specialister, behovet beräknas vara 25 % av en heltids tjänst.

- HandAid har blivit godkänt för installation. HandAid är ett träningsprogram som för rehabilitering av händer.
- En inventering för att få en samlad blid av vilka system som används inom de områden som objekt Vård Specialiserat ska stödja påbörjades 2017 och har inneburit att nya system har tillkommit och system har tagits bort då de inte längre används eller att det inte är något IT-system.

I Vård Specialiserat har det tagits fram en skriftlig rutin på hur systemen ska hanteras gällande hantering av personuppgifter. Denna rutin har framtagits i samråd med användare av systemen. Rutinen har förankrats genom information på möte och via mail till berörda avdelningschefer samt objektspecialister.

Objekt Ögon, öron

Hörselvården

- Uppgradering av AuditBase Planerad till oktober. Bättre möjlighet för lagerinventering m.m
- Nya datorer beställda, Testat ny dator som är godkänd för alla instrument/system. Övriga byts under hösten.

Tolkcentralen

- Tolkservice via plattor Ny funktion så att brukare kan läsa tolkningen via samsung platta.

Program Service

Objekt Beslutsstöd

- 2 resurser har varit utlånade till FVIS projektet vilket har lett till att vissa aktiviteter i objektet har nedprioriterats och därför ligger långt efter planering.
- 2 resurser var med i behovsanalysen palliativ vård.
- Versionslyft och ny teknisk plattform för QlikView och datalager.

Nyutveckling av applikationer inom bland annat följande områden:

- Uppföljning av vårdprocesser
- Lagen om samverkan
- Levnadsvanemottagningen
- Månadsrapport psykiatri
- Tandvård
- KPP
- Framtidens hälso- och sjukvård

Objekt Dokumentation, samarbete och kommunikation

- Informationsklassningen samt registrering i registerförteckningen är genomförd till 100 % för alla system inom DSK objektet.
- Det nya intranätet lanserades den 16 januari och är överlämnad till förvaltning.
- Extern webb upphandlad och arbete löper på. Förvaltningen bevakar projektet för att senare ta över de ingående leveranserna.
- E-meeting införd och löper på enligt plan.
- Ett ökat antal verksamheter använder dokumentstyrningsstödet i systemet Public 360. Etableringen i verksamheten pågår löpande.
- Arbetet med integrationen mellan intranätet och Public 360 är påbörjad och en kravställning håller på att tas fram.
- Etableringen av en gemensam extern webbplats för Region Blekinge löper på enligt plan.
- Arbetet kring Win 10 uppgradering kommer att kräva en hel del resurser vad gäller testning och verifiering av system.
- Avtalet för Styrelsemöte.se kommer att sägas upp och ersätts fullt ut av modul i Public 360.
- Arbetet kring ledningssystemet är pausat på grund av annat med högre prioritet, men beräknas kommer igång igen under hösten.
- OpenGov, som är en del av vårt dokumenthanteringssystem ska driftsättas under hösten. Detta möjliggör publicering av information om möten offentligt så att allmänheten kan ta del av detta

Objekt Ekonomi- och materialförsörjning

Registeranmälan för GDPR har gjorts av alla ingående system i Ekonomi- och materialförsörjningsobjektet.

- **Raindance** Raindance uppgraderades under våren ett antal servicepack. En kundreskontraportal infördes i oktober 2018 och arbete med anpassningar fortgår. Tid- och projektmoduler har införts. Fastighetsavdelningen är piloter. E-handelsmodulen Marknadsplatsen ska gå i drift inom det snaraste.
- **Atronic** Ett antal nya kassor har köpts in och installerats. Kontantfritt infördes i maj på några enheter, men har också dragits tillbaka för att tillgängligheten blev för låg för kunder endast har kontanter.
- **Sesam 2 Materialdepån** Materialdepån finns fortfarande i de gamla lokalerna. Ett hisslager med system är upphandlat och en integration mellan hisslagrets system Compact Store och Sesam 2 ska tas fram. Ett nytt materialhanteringssystem för materialdepån ska upphandlas. Region Kronoberg har bytt e-handelssystem och detta har integrerats med våra system.
- **Sesam 2 Hjälpmedelscenter** Systemet har uppgraderats med senaste servicepackar under perioden. Leverantören håller på att utveckla Sesam2 så det lever upp till gällande krav när det gäller GDPR, t.ex. ska vårdtagare kunna spärra uppgifter för andra vårdenheter. Appen S2 Mobile för Sesam 2 är i drift, vilket effektiviserar arbetet på Hjälpmedelscenters lager.
- **Utomlänsfakturering** En gemensam lösning för alla regioner och landsting för utbyte av digital vårdinformation i samband med utomlänsfakturering. Syftet är att förbättra möjligheterna att kunna följa diagnoserna på sina medborgare även om de får vård i andra landsting samt att effektivisera fakturakontrollen för utomlänsfakturor. Landstinget Blekinge kan nu ta emot fakturor i digital form enligt konceptet för Utomlänsfakturering. Arbetet med att vi själva skapar digitala fakturor från de olika vårdsystemen fortgår.

Övriga system inom Ekonomi och materialförsörjningsobjektet har underhållits löpande.

Objekt Personal

Registeranmälan för GDPR och informationsklassning har gjorts av alla ingående system i Personalobjektet.

- **Heroma** Årskörningar gjordes som brukligt under de första två veckorna i januari. Installationer av ny version, servicepack och fixpack i Heroma har gjorts under perioden. Möjlighet finns nu för medarbetare att få tillgång till bl. a Heroma Webb hemifrån. Det sker genom inloggning i 1A-portalen. Arbetet med att koppla Heroma till befolkningsregistret är ännu inte klart. Lönekörningarna görs sedan i april på dagtid.
- **Hyrläkarsystemet b**eställningsförfarandet har under 2018 förändras så att förvaltningarna själva ska beställa externa resurser. Med anledning av det har hyrläkarsystemet byggts om för att matcha de krav som finns i avtalet.
- **Herman** Ett nytt system för registrering av hyrpersonal håller på att utvecklas av interna resurser. Det ersätter externa Heroma och kommer att vara mer anpassad för ändamålet än nuvarande system.
- **Kompetenssystem** Ett kompetenssystem är upphandlat och håller på att införas. Systemet ska hantera kompetenshantering, medarbetarsamtal, kursadministration, e-learning och uppföljning. Delen för kursadministration och e-learning går i drift i november, medan kompetensmodulen införs under våren 2019. Projektledare är Eva Douglas.
- **IA-systemet**

IA-systemet har övergått till inloggningsförfarande via SSO, Single Sign On. SSO är en process för användarverifiering som innebär att användaren bara behöver logga in med användarnamn och lösenord en enda gång för att sedan få tillgång till flera olika system.

Övriga system inom Personalobjektet har underhållits löpande.

Objekt Telefoni

- **Beslutad handlingsplan för mobilitet** Mobilitet är att kunna utföra arbetsuppgifter/saker där du befinner dig med den enheten du har. Vilka arbetsuppgifter man kan utföra beror idag på vilken enhet man använder dator, läsplatta, mobiltelefon eller andra enheter som t ex Google Glass. Möjligheterna är många med mobilitet och för att realisera idéer så kartlägger landstinget konkreta verksamhetsprojekt där mobilitet ger patienter och egen personal effektiviseringar och kvalité. För att klara av att realisera dessa idéer krävs ett stort arbete med att skapa tekniska förutsättningar. Tanken med handlingsplanen för mobilitet är att skapa en styrning av den tekniska utveckling som krävs för att införa mobila möjligheter. Handlingsplanen är beslutad och etablering av styrgupp är nästa steg för att sedan succesivt starta upp handlingsplanens identifierade arbetsgrupper.
- **Beslutad handlingsplan för Telefoni** Landstinget har serviceavtal med Unify på telefoniplattformen t.o.m. 2020-02-28. En handlingsplan är framtagen som föreslår hur landstinget på ett ekonomiskt försvarbart sätt utvecklar sitt telesystem för att ge den egna organisationen och allmänheten, tillgång till effektiva teletjänster med bibehållen robusthet och stabilitet under perioden 2018-2023. Handlingsplanen är nu förankrad och beslutad av IT-ledningen
- **Mobilanknytning** Det pågår ett omfattande arbete med att utveckla tjänsterna för mobilanknytning för att på sikt kunna ersätta landstingets alla bärbara telefoner med mobiltelefoner. Dels handlar det om att säkerställa funktionalitet och dels handlar det om att

kunna erbjuda den robusthet/ tillgänglighet som vi har för olika telefonianvändare i landstinget. Ersättningen av landstingets bärbara telefoner pågår, idag 160st, och planen är att 1000 administratörer har gått över till att bara ha mobiltelefon under våren 2019. Därefter planeras vårdrelaterade användarna och tredje etappen de telefoner som används i hjärtstoppslarm

- Mo**biltäckning** Landstinget har idag mobiltäckning på Blekingesjukhuset, medan alla våra lokaler utanför har begränsad publik täckning. Under våren har mätningar genomförts på alla yttre områden för att vi ska ringa in behovet av att stärka täckningen även på dessa platser. Nästa steg är att projektera byggnationen vilket är planerat att ske i höst.
- **Utredning robust mobilnät** Att öka mobiliteten är en förutsättning för att vi skall kunna tillgodogöra oss de nya system och funktioner som är aktuella för landstinget. T.ex förutsätter framtidens vårdinformationssystem en ökad mobilitet med en bakomliggande robust infrastruktur. På sikt är syftet att fasa ut alla bärbara telefoner och ge samtlig personal tillgång till det extra tjänsteutbud som mobiltelefonen innebär. Detta förslås ske i takt med att robustheten på mobiltelefonernas infrastruktur och administration kan säkerställas.
- **Ny telefonistarbetsplats och "telefonbok"** Under hösten/ våren har vi bytt telefonistarbetsplatsen samt tillhörande abonnentregister där alla landstingets telefonnummer finns. Med den nya telefonistplatsen kommer telefonisterna kunna fortsätta att ge hög service till allmänheten samt landstingets anställda, även när vi succesivt övergår till mobiltelefoner. Det är nu även enklare att söka efter telefonnummer i vår telefonbok.

- **Pilot managering av mobila enheter** Antalet mobila enheter förväntas öka de närmaste åren i linje med de möjligheter mobilitet ger. Arbetsuppgifterna på de mobila enheterna ställer krav på funktionalitet/ enkelhet samtidigt som krav på säkerheten/ robusthet behöver uppfyllas. Piloten hanterar i första hand operativsystemen android och ios. De tekniska förutsättningarna har under våren förändrats vilket inneburit ett omfattande arbete. Under fjärde kvartalet 2018 planeras en pilotgrupp inom IT få mobil anknytning med tillgång till mail, telefonnummer, intranätet samt Heroma.
- **Pilotprojekt "Patient/ personalkommunikation i den moderna vårdmiljön**" Landstinget går in i en stor ny/ombyggnadsfas som kommer att löpa under flera år framöver. Att hitta en framtidsäker teknik som tillgodoser verksamhetens och patienternas behov blir en stor utmaning. Samtidigt har från kliniker kommit önskemål om ny funktionalitet och leveransen av nuvarande patienttelefonlösning kommer enligt leverantören att upphöra under hösten 2017.Den nya tekniken kräver dessutom en infrastruktur som kan tillgodose tillgänglighetskraven och de terminaler som väljs, samtidigt som den skall stämma in i landstingets sammantagna infrastrukturutbyggnad. Med detta som bakgrund så planeras ett pilotprojekt vars syfte är att på kort och lång sikt finna lösningar på ovanstående.

  Beskrivning av vad piloten ska uppnå

- Att hitta en lösning på uppkomna behov från vården om en tystare-, effektivare -vårdmiljö och en bättre-, enklare -kommunikation med patienter och kollegor.

- Att hitta lösning på att ersätta nuvarande patienttelefoni.
- Att utreda funktionen/behovet av patientunderhållnings och informationssystem vid sängplatsen.

  Projektet skall beakta hur infrastruktur och affärsmodell påverkar resultatet. Piloten planeras starta Q4 2018.

- **Genomgång och dialog runt stödet för videokonferens** Detta arbete är påbörjat och kommer att fortsätta under 2018. Som en del av detta arbete så har vi haft en dialog med landstingets ledning och där fått uppdraget att se över våra videorum i syfte att marknadsföra för att de ska användas.

- **Vårdplanering med Lync** I vårdplaneringen för patienten samverkar landstinget och kommunen ofta med distansmöten med stöd av videomöten. Under 2018 har förutsättningarna ändrats då det numer är primärvården som kallat till mötet. Status är att det finns en teknisklösning och denna är införd på BLS och den håller på att införas i primärvården.
- **Rakel med telefonilösning ska införas på särskilt utpekade funktioner i syfte att kunna leda landstingets verksamhet.** Förvaltningsorganisationen har inte klarat att fullfölja detta beslut p.g.a. begränsade resurser. Förvaltningsorganisationen håller på att ses över och kommer att behöva justeras om utvecklingen ska kunna fortsätta.
- **Upphandling av Rakelterminaler** Annonsering kommer att ske under september.

Objekt Service- och logistik

- **Landlord III**U nder 2017-18 har flera nya moduler driftsatts och många nya funktioner har utvecklats som stöd för verksamheten. Närmast ligger driftsättning av en ny Viewer för ritningar. (FM-access) Allt fler moduler kan idag köras i våra mobila enheter och plattor. Arbete påbörjat för införande av ny funktion för hantering av konferens.
- **Beställningsportalen (Anställningspaketen)** Beställningsportal ger en väg in för beställningar som ökar vår support till verksamheten genom tillgänglighet och tydlighet. Integration är gjord med Landlord för att ”Anställningspaketen” (Start, Förlängning och Avslut) ska kunna beställas via Beställningsportalen. Förutom ”Anställningspaketen” förser Landlord Beställningsportalen med rumsinformation och Kunder.
- **ARX** Standardiserat system för passagehantering. Exempel på detta är beröringsfri inpassage i dörrar och medicinskåp samt funktion för import/export till vårt kassasystem och tillverkning av extrakort. Byte till beröringsfria läsare görs vid nymontage och vid utbyte vid trasig läsare. Vidareutveckling av ARX program för kopplingar och administration av Galaxy inbrottslarm pågår. Byta till IP-moduler även i ytterområden pågår. Pågår en uppgardering av hela passagesystemet och dess mjukvaran till för att få till paniklåsningen.
- **CCTV** Kameraövervakning – Uppgradering gjord under hösten -17 för att säkerhetsställa framtida funktionalitet och säkerhet utifrån de krav som finns kring kameraövervakningslagen. Nya kameror med ny teknik kommer ersätta gamla för att höja kvaliteten framöver.
- **Galaxy inbrott** Vi styr centraler via IP som har en ARX central intill sig. De övriga bör vi uppgradera med IP-modul. För att komma ifrån de gamla analoga modemen vi har.
- **Safeline (nödtelefon, hiss)** Vi håller på med att programmera om alla hissar så att vi kan ta emot testlarm från dem som måste göras senast var 72 timme. Tester sker idag via telelina, framöver bör detta klassas som ett IT-system.
- **Win10** Pågår utredning och förberedelse för övergång från win7 till win10 på våra klientdatorer.Detta görs i samråd med leverantörer och lokal IT. Följer e-klients krav.Tester påbörjas under oktober-18
- **Win2008 server** Pågår utredning och förberedelse för övergång till win2016 server. Detta görs i samråd med leverantörer och lokal IT. Följer e-klients krav. Tester påbörjas under oktober-18
- **Explorer (edge) och Windows 11** Pågår utredning och förberedelse för övergång till ny webbläsare på våra klientdatorer. Detta görs i samråd med leverantörer och lokal IT. Följer e-klients krav. Tester påbörjas under oktober-18.
- **Nätsäkerhet** Nätsäkerhet är en mycket viktig fråga i IP-världen. Det finns olika nivåer av säkerhet när det gäller att säkra information som skickas över IP-nätverk. Inventering och migration av fastighetsutrustning. Projektet har påbörjats under -17 och kommer att pågå under närmaste åren.

- **Medicinska gaser (flaskor)** Ett nytt system ACCURA (AGA) har införts och det gamla kommer att fasas ut så snart nya flaskor fyller våra lager.
- **Tvätt-och textilservice** Upphandlingen klar angående tvätt-och textilservicetjänster till Landstinget Blekinge och Region Kronoberg. Befintligt system (Textilia) kommer att finnas kvar och vi kommer framöver se över en uppgradering av systemet och dess hårdvara. Finns önskemål om att framöver installera klädautomater på Landstinget Blekinge för att förenkla administrationen och få spårbarhet.
- **Nödljus/ledljus** IP-baserat system för administration och övervakning kommer att driftsättas under 2018. Nödbelysning skall möjliggöra utrymning på ett säkert och effektivt sätt även vid strömavbrott. Nödbelysning skall finnas i utrymningsvägarna i byggnader som innehåller hotell, vårdanläggning (utom förskola och liknande) eller samlingslokal. Nödbelysning skall även finnas i samtliga trapphus som används för utrymning i byggnader med fler än åtta våningsplan. Vägledande markeringar skall förses med nödbelysning, om det inte är uppenbart obehövligt.
- **Tyst Kallelsesystem (BEST)** IP-baserat system för administration och övervakning kommer att driftsättas under 2018. Tyst kallelse innebär att vi inte längre kommer se blinkande ljus och höra larm i korridoren utan nu larmar vi digitalt. Patienterna får en patientterminal, det är en surfplatta där det finns möjlighet att kalla på personalen, dels via en vanlig kallelseknapp men också genom att välja mellan olika kategorier av personal för rätt hjälp.
- **NTP-klockor** Pågår ett införande av NTP-klockor (synkroniserade klockor)Landstinget Blekinge har redan idag ett sk. NTP-system. Vilket är en server/tjänst för att synkronisera och säkerhetsställa en korrekt tidsangivelse i vår servermiljö och på landstingets datorer osv.Genom en enkel integration med detta system så uppfyller vi de önskemål som finns.Oavsett var någon är eller på vilken avdelning på ett stort sjukhus, kommer de att få tillgång till en synkroniserad klocka som berättar exakt samma tid som alla andra klockor runt sjukhuset
- **Aivo** Pågår en upphandling av ett nytt system verksamhetsystem för storkök (beställning måltider, förrådsvaror)
- **GDPR** Införandet av Dataskyddsförordningen i Landstinget Blekinge!

Program Teknisk plattform

Objekt IT-arbetsplats

Långsiktigt mål för IT-arbetsplats är:

Att vidareutveckla förvaltningsprodukt Service och Supporttjänster med mål som snabbare handläggningstider av incidenter (ITIL), en tidigare övergång från Incident till Problem (ITIL), vara proaktiva och få kontroll av it-miljön och automatiserade standardrutiner. Att få mer effektivitet i supportflödet gentemot andra avdelningar inom AFO Teknik och AFO Informatik, att proaktivt förbättringsarbete med både incidenter och beställningar (Service Request).

Beställningsportal har gett möjlighet för verksamheten att själva hantera beställningar, självservice och standardiserade tjänster. Beställningsportal ger även en väg in för alla It-beställningar som ökar vår support till verksamheten genom tillgänglighet och tydlighet. Ett tydligt mål är att vi skall försöka att komma närmare verksamheten så vi enklare kan fånga det behov som finns från verksamheten.

- Arbete som genomförts under 2017:
- Fortsatt Nationellt samarbete genom eKlient samt följsamhet mot eKlients livscykelplaner och standarder. Aktivt deltagande och medverkan i samtliga 4 objekt inom eKlient. Vi följer livcykelplanerna för 2018.
- Uppdatering av Microsoft System Center version 2016 är klar.

- Infört och automatiserat utvalda standardtjänster/arbetsflöden för slutanvändare i Beställningsportalen.
- Driftsatt ny verksamhetskomponent, Beställningsportalen, automation av packade tjänster – bla. självservice, lösenordshantering. Även faktureringsmodell finns med. Arbetet har bedrivits i projekt. Fortsatt införandearbete och övergång till förvaltning under Q4 2018.
- Infört It-beställningar via Beställningsportalen, vidareutveckling så att fler tjänster är automatiserade. Kontohantering och distansaccessbeställningar under Q4 2018. Vi har arbetat fellistor och problemlista som gjort att vi fått en mer stabilare plattform av Beställningsportalen. Arbetat med ekonomiuppföljning och qlickwiev för statistikuppföljning för varje person för varje kostnadsansvarig.
- Nya rutiner för uppdateringar i våra utbildningssalar – gällande versionsuppdateringar och patchar.
- Nytt uppdrag uppdaterade för changeprocessen, del 2.
- Arbete med System Center Service Manager fas 1, restlista med ca 30 punkter efter projektet. Stor del klart men en del flyttas till 2018.
- XP maskiner utbytta mot Win7. Arbete är klart.
- Pågående arbete med att få över alla Privata VårdGivare till befintlig Citrixmiljö. Påbörjat arbete som fortsätter 2018, klart till 80 %.
- Lokaladmin på klient, nytt regelverk som innebär tydligare regler och rättigheter för vilka som skall vara lokal admin på sin klient. Nya blanketter och godkännande nivåer. Klart under Q4 2018.
- Påbörjat inledande arbete med migrering från Windows 7 till Windows 10. Påbörjat under 2017och startar POC under Q3 2018. Breddinförande sker efter årsskiftet 2019.
- Omorganisationen kommer att innebära ganska mycket arbete för It Arbetsplats kopplat till AD tillhörighet och lagring på G:/H: / S: etc.
- Utredning och arbete med Office365. Vi behöver ta fram strategier och vägval. Fortsätter under 2018.
- Nytt printeravtal går ut under våren 2019. Uppstart under Q3 av en förstudie inför nästa avtalsperiod.
- Nytt PC avtal håller på att avslutas, vi kommer att avsluta under Q4 2018.
- FVIS representant in i Projektet m 20%, pågående aktiviteter är försenade. Brist på resurser från IT Service i det projektet

Objekt IT-infrastruktur

IT-infrastruktur är inne på sin femte förvaltningsperiod där de övergripande målen är att :

- Klara leveranser av verksamheternas prio 1
- Uppdaterad serverpark och datacenter miljö
- Vidareutvecklad IT-infrastruktur för att stödja nutida och framtida behov

Investering

- Investeringen inom följande områden är:
- Plattformar för säkra tillgängliga lagringsmiljöer, redundans på disklagringen, Pågår
- Plattform för säker och tillgänglig datakommunikation, lastbalanserare, Pågår
- Fortsatt arbete med införande av identitetsbaserat nätverk, pågår.
- Ny Datacenter lösning, pågår
- Software defined network, pågår

För att nå målen var ett antal delmål formulerade och beslutade, både för vidmakthållande och för vidareutveckling:

- Fortsatt arbete med identitetsbaserat nätverk 802.1x. Genomfört enligt plan
- Utbyte av disklagring. Genomfört enligt plan.
- Övervakning av lagringsinfrastrukturen. Genomfört enligt plan.
- Migrering data till ny disklagring . Genomfört enligt plan.
- Avveckling av W2k3 AD-servrar. Genomfört enligt plan.
- Behov av effektivare och säkrare hantering av remoteaccess. Delvis genomfört, resterande flyttas till årets års planering. Fortsatt arbete 2019
- Avveckling av bluecoat. Genomfört enligt plan
- Utbyte av ISE ”Identity service Engine”. Gemomfört enligt plan
- Arbete med Philipsövervakning. Pågår
- Förbindelse upphandling. Genomfört enligt plan.
- Driftsättning av filkluster på ny hårdvara och mjukvara. Genomfört enligt plan.
- Webb filter (Web Gateway). Genomförd enligt plan.
- Implementation av ny plattform för att skydda våra servrar Deep Security. Genomfört enligt plan.
- Exchange 2013 installerat och mirgrering av brevlådor. Genomfört enligt plan.
- Implementering av ny serverhårdvara. Genomfört enligt plan.
- Migrering av IBM hårdvara till ny servrer miljö. Pågår, 90% klart
- Konfigurering Microsoft Azure. Pågår
- ADFS för federering mot Sitevision, IA. Genomfört enligt plan.
- Plattform för fullbackup av virtuella servrar. Genomfört enligt plan
- Upphandling ny datahall. Pågår enligt plan
- Avveckling windows 2003 servrar. Genomfört enligt plan
- Avveckling windows XPr. Genomfört enligt plan
- Implementation och driftsättning av ny hårdvara för lagring av PACS, Kamera övervakning, Journalsystem och Patologi. Genomfört enligt plan
- Målmiljö nät. Beslut om vägval. Genomfört enligt plan
- Databashotell. Ta fram kravspec. Design och implementation. Fortsatt arbete 2018
- Byte av Officescan till Trendmicro. Genomfört enligt plan
- Automatisering för test/dev. Testmiljö uppsatt. Delivis genomfört, arbete pågår
- Flytt av printkluster. Genomfört enligt plan.
- Lansering av fritt gästnät över Wifi. Genomfört enligt plan.
- Migrering PVG till egen utrustning. Pågår
- SAN uppgradering. Genomfört enligt plan

Nedanstående arbeten är överförda till 2019 års plan:

- Driftsättning av Biztalk till ny plattform. Arbete pågår. Beräknas till Q1 2019
- Implementation av O365 och onedrive, påbörjat
- Arbeta fram plan för utbyte av distributionsswitchar. Arbete pågår. Fortsatt arbete 2019.
- Nytt datacenter. Byggnation av datahall, fiberdragning, flytt av utrustning. Fortsatt arbete 2019.
- Redundant datacenter. Projektering av datacenter 2. Uppstart 2019
- Fortsatt utbyggnad av accesspunkter. Genomfört enligt plan, fortsatt arbete 2019.
- Microsoft Azure. Tjänster i molnet. Fortsatt arbete 2019
- Tjänstefiering. Fortsatt arbete 2019

- Målmiljö nät. Design av nytt nät för. Fortsatt arbete 2018
- Databashotell. Design och implementation. Fortsatt arbete 2019
- Handlingsplan för avveckling Windows 2008. Beräknas till Q2 2019.
- Automatisering för test/dev. Testmiljö uppsatt. Beräknas till Q3 2019
- Verktyg monitorering av IT infrastruktur och applikationer
- Verktyg för stöd av IT säkerhetsangrepp.
- Verktyg för logg hantering
- Verktyg för larmahantering av IT infrastruktur
- Switchutbyte access. Fortsatt arbete 2019
- Migrering PVG till egen utrustning. Fortsatt arbete 2019

Punkterna är inte påbörjade eller inte helt genomförda och flyttas över till Förvaltningsplan IT-infrastruktur 2019. Anledningen till detta var omprioriteringar och resursbrist.

§ 349/18 Ärendenummer: 2018/01435

Delårsrapport augusti 2018 för landstingsservice

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att godkänna delårsrapporten per augusti 2018 för landstingsservice.

Sammanfattning

Landstingsservice lämnar per augusti ett positivt nettoresultat på + 5,2 mnkr, vilket är 1,4 mnkr sämre än budget för perioden. För helåret prognostiseras ett positivt resultat på +2,7 mnkr. Det innebär en negativ avvikelse mot budget på -7,3 mnkr. I resultatet finns bl.a. kostnader för landstingsövergripande projektet för framtidens vårdinformationsstöd (FVIS).
Generellt har landstingsservice en god måluppfyllelse inom samtliga inriktningsmål.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Delårsrapport augusti 2018 för landstingsservice
Bilaga: Delårsrapport augusti 2018 Landstingsservice september 2018.
Bilaga: Ekonomirapportering förvaltning

Protokollet ska skickas till

Landstingsservice

Filen hittades inte. Den är antingen borttagen eller utcheckad

LANDSTINGET BLEKINGE

Planeringsavdelningen
Fredrik Brockhagen

2018-10-31

Ärendenummer 2018/01653
Dokumentnummer 2018/01653-2

Till landstingsfullmäktige

Regionplan 2019-2021 med budget för 2019

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

1. Att fastställa regionplan 2019-2021 med budget 2019 och ekonomisk plan 2020-2021 enligt förslag,
2. Att fastställa resultatbudget, finansieringsbudget och balansbudget 2019-2021,
3. Att fastställa investeringsbudget för 2019-2023,
4. Att uppdra åt nämnderna och regionstyrelse att ta fram verksamhetsplaner för 2019 som är anpassade till regionplan 2019-2021 med budget för 2019, samt
5. Att uppdra åt nämnderna och regionstyrelsen att ta fram intern kontrollplan för 2019.

Sammanfattning

Regionplanen med budget är Region Blekinges främsta politiska styrdokument och anger de ekonomiska ramarna och den övergripande inriktningen för Region Blekinge under kommande planperiod. Regionplanen beslutas av fullmäktige och binder samman Region Blekinges övergripande vision och strategiska mål med verksamhetens inriktning och omfattning. Utifrån regionplanen konkretiserar styrelsen och nämnderna sitt uppdrag och sina mål i årliga verksamhetsplaner.

Från januari 2019 planeras en bildning av en regionkommun för Blekinge genom att Landstinget Blekinge och nuvarande Region Blekinge går samman i en ny organisation som kommer heta Region Blekinge. Regionplan 2019-2021 omfattar den nya organisationen Region Blekinges ansvarar för hälso- och sjukvård, tandvård, folkhälsa, kultur och bildning, kollektivtrafik samt regional utveckling och tillväxt.

Regionplanen är treårig men antas av regionfullmäktige inför varje nytt budgetår. Region Blekinges styrmodell utgår utifrån fem perspektiv som beskrivs i planen.

- Perspektivet invånare och samhälle
- Perspektivet kvalitet och process
- Perspektivet kompetens
- Perspektivet miljö och hållbarhet
- Perspektivet ekonomi

Inom varje perspektiv anges inriktningsmål. Inriktningsmål är långsiktigt strategiska mål som riktar sig till hela verksamheten. För respektive inriktningsmål anges särskilda insatsområden. Insatsområden markerar uppdrag som fullmäktige anser särskilt angelägna att genomföra för att uppfylla inriktningsmålen. För att följa utvecklingen av inriktningsmålen används indikatorer på regionövergripande nivå som också beskrivs i planen i en bilaga. Planen innehåller även budget för 2019 och ekonomisk plan för 2020-2021.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Ralph Harlid
Planeringsdirektör

Bilaga

- Regionplan 2019-2021 med budget för 2019

REGION BLEKINGE

Regionplan 2019–2021 med budget för 2019

2018-11-26
Ärendenummer: 2018/01653
Dokumentnummer: 2018/01653-1

Förord

Med stor ödmjukhet och stolthet tar vi i Alliansen över styrningen av Region Blekinge 2019, och vi vill tacka för väljarnas förtroende.

Det är en förändringens tid som stundar, inte bara tack vare nytt politiskt styre, utan också genom bildandet av det nya Region Blekinge. Förändringarna innebär att vi ställs inför både möjligheter och utmaningar. Eftersom såväl sjukvård som regional utveckling, trafik och kultur samlas i det nybildade Region Blekinge kommer samarbetet att förenklas och förstärkas.

Ett ledord för Alliansen är samverkan. Vi vill se samverkan mellan kommunerna i Blekinge och Region Blekinge, men också inom Södra sjukvårdsregionen. Samverkan inom Södra sjukvårdsregionen innebär att vi kan få specialisthjälp vid sjukdomar där vi inte kan erbjuda vård inom länet. Vi vill också se en större samverkan mellan den offentliga och den privat drivna vården.

Framtidens hälso- och sjukvård är den utvecklingsplan som vi politiskt är överens om och som beskriver den väg vården ska ta. Planen innebär att vården ska flytta närmre dig som patient med hjälp av olika mobila vårdlösningar, och att vi ökar tillgängligheten genom digitala lösningar. Vården kommer också att organiseras mer personcentrerat.

I den här regionplanen, som är Alliansens första, vill vi lyfta fram några specifika satsningar. Vi ska:

- öppna en dygnet runt-öppen Närakut i Karlshamn
- satsa på personalen genom att erbjuda kompetensutveckling
- använda de möjligheter som en väl utbyggd digital infrastruktur ger för att få en nära vård och enklare sätt att kommunicera.

Tillsammans ska vi ta ansvar för Region Blekinges ekonomi och verksamhet, och den ska kännetecknas av kvalitet, tillgänglighet och valfrihet. Vårt fokus är att ge goda förutsättningar för alla.

Alexander Wendt (M)
Lars Karlsson (C)
Erik Lindborg (KD)
Nils Ingmar Thorell (L)

Innehåll

Förord 2
Om regionplanen 4
Region Blekinge 5
Verksamhetsidé, värdegrund, vision och uppdrag 6
Region Blekinges styrmodell 7
Perspektiv, mål och uppdrag – en översikt 10
Perspektivet invånare och samhälle 12
Perspektivet kvalitet och process 19
Perspektivet kompetens 23
Perspektivet miljö och hållbarhet 26
Perspektivet ekonomi 28
Budget 2019 och ekonomisk plan för 2020–2021 30
Bilagor 37

Om regionplanen

Regionplanen med budget är Region Blekinges främsta politiska styrdokument och anger de ekonomiska ramarna och den övergripande inriktningen för Region Blekinge under kommande planperiod. Region Blekinges uppdrag, vision och värdegrund bildar utgångspunkt för inriktningen.

Regionplanen beslutas av regionfullmäktige och binder samman Region Blekinges övergripande vision och strategiska mål med verksamhetens inriktning och omfattning. Utifrån regionplanen konkretiserar styrelsen och nämnderna sitt uppdrag och sina mål i årliga verksamhetsplaner.

Region Blekinge styrs också av lagstiftning som kommunallagen, hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, patientsäkerhetslagen, patientlagen, lagen om kollektivtrafik, lagen om regionalt utvecklingsansvar i vissa län, och annan lagstiftning som är relevant för verksamheten.

Utöver lagar och förordningar finns dessutom föreskrifter, policydokument, riktlinjer och anvisningar som reglerar Region Blekinges olika verksamheter. Nämndernas ansvarsområden fastställs i respektive nämnds reglemente.

Region Blekinge

Den 1 januari 2019 bildas en regionkommun för Blekinge län genom att Landstinget Blekinge och nuvarande Region Blekinge går samman i en ny organisation som kommer att heta Region Blekinge. Bildandet av en regionkommun sammanför två organisationer till en helhet med möjlighet till större långsiktighet, ökad demokratisk förankring och effektivitet.

Fortsättningsvis i regionplanen skriver vi Region Blekinge när vi menar verksamheten, och enbart regionen eller Blekinge när det handlar om länet.

Den nya organisationens ansvarsområden

Det nya Region Blekinge ansvarar för hälso- och sjukvård, folkhälsa, kultur och bildning, kollektivtrafik samt regional utveckling och tillväxt. Utgångspunkten är att skapa en region med en stark förmåga att attrahera invånare, företag och besökare. Förändringen innebär ett tydligare och starkare regionalt ledarskap, där hållbar regional utveckling och en god hälso- och sjukvård ännu bättre möter människors behov.

I november 2017 fattade landstingsstyrelsen beslut om verksamhetsidé, vision och uppdrag för det nya Region Blekinge.

Verksamhetsidé, värdegrund, vision och uppdrag

Region Blekinges verksamhetsidé, värdegrund, vision och uppdrag anger riktningen för inriktningsmålen i regionplanen.

Verksamhetsidé

Region Blekinges verksamhetsidé beskriver vilken verksamhet vi bedriver, vem vi är till för och vad vi vill uppnå med verksamheten:

Region Blekinge leder utvecklingen för ett attraktivt Blekinge med god livsmiljö för invånare, företag och besökare.

Värdegrund

Region Blekinges värdegrund vägleder hur vi förhåller oss till dem vi finns till för, och hur vi förhåller oss till varandra som medarbetare. Värdegrunden utgår från en humanistisk människosyn som värnar om och respekterar alla människors lika värde. Den syftar ytterst till att göra verksamheten ännu bättre och få invånare, företag och besökare att känna sig trygga. Region Blekinges gemensamma värdegrund vilar på tre ledstjärnor:

Engagemang, kvalitet och samarbete.

Vision

Region Blekinges vision är en bild av den önskade framtiden. Visionen är ett viktigt hjälpmedel, ett rättesnöre, för att kunna fatta rätt beslut. Region Blekinges vision är:

Den bästa livsmiljön för hållbar tillväxt och god hälsa.

Begreppet livsmiljö visar att invånarnas perspektiv vägleder oss. Region Blekinge verkar i invånarnas intresse. Vi ska medverka till att förbättra den enskilda människans livsmiljö och stärka människans egen förmåga och förutsättning att ta ansvar för sitt liv.

Region Blekinge har ett viktigt ansvar för den långsiktiga hälsoutvecklingen. Att främja god hälsa är en viktig del i att uppnå visionen om den bästa livsmiljön för hållbar tillväxt och god hälsa. Ett framgångsrikt förebyggande och hälsofrämjande arbete för en god hälsa leder på sikt till högre livskvalitet, minskade sjukvårdskostnader och ett effektivt användande av samhällsresurserna.

Uppdrag

Region Blekinges uppdrag är att:

Främja en hållbar utveckling i hela Blekinge. Våra ansvarsområden är hälso- och sjukvård, folkhälsa, regional tillväxt, infrastruktur, kollektivtrafik, kultur och bildning.

Region Blekinges styrmodell

Syftet med en styrmodell är att säkerställa att den politiska viljeinriktningen får genomslag i verksamheterna och att skattepengarna hanteras på bästa sätt, så att visionen och målen uppnås och att god ekonomisk hushållning säkras. Genom en tydlig och känd styrmodell har alla kunskap om vem som fattar vilka beslut och kan istället fokusera på innehållet för att nå verksamhetens vision och mål.

Styrmodellen beskriver hur verksamheten leds och styrs, det vill säga hur det går till att besluta vad som ska utföras. Ambitionen är att styrmodellen ska bidra till att skapa en helhetsbild och en röd tråd från verksamhetsidé och vision, via strategiska och operativa planer, till den dagliga verksamheten.

Perspektiv

Region Blekinges styrmodell innebär en styrning utifrån fem perspektiv för att fastställa, styra mot och följa upp de mål som fullmäktige beslutat är strategiskt viktiga. De fem perspektiven är:

- invånare och samhälle
- kvalitet och process
- kompetens
- miljö och hållbarhet
- ekonomi.

Invånar- och samhällsperspektivet är överordnat de andra perspektiven; det är invånarnas behov som styr. Övriga perspektiv ska stödja detta perspektiv och skapa förutsättningar för att leverera den nivå av service för invånare och samhälle som är politiskt beslutad. Perspektivet kvalitet och process handlar om att utveckla kärnkvaliteten så att den kan omvandlas till servicekvalitet för invånarna.[1] Perspektiven kompetens, miljö och ekonomi rör sig om de resurser vi har till förfogande för att skapa kvalitet.

Perspektiven finns med från regionfullmäktige till nämnder och verkställande organisationer på alla nivåer. På så sätt skapas en tydlig och balanserad styrningslogik som sträcker sig från politisk nivå till verksamhetsnivå.

Inriktningsmål, insatsområden och indikatorer

Inom ramen för varje perspektiv anges inriktningsmål. Inriktningsmål är långsiktigt strategiska mål som riktar sig till hela verksamheten. För att följa utvecklingen av inriktningsmålen används indikatorer på regionövergripande nivå som redovisas i den bifogade indikatorbilagan. Indikatorer behövs för att kunna mäta och följa upp verksamheten. Indikatorer speglar däremot inte målet i sig utan ska ses som ett påvisande av något, det vill säga en indikation på om målet är på väg att nås.

[1] Med kärnkvalitet menas kvalitetsnivå i utförandet av verksamheten som är svåra för invånaren själv att bedöma, exempelvis medicinska resultat, omvårdnadsresultat, patientsäkerhet, driftsäkerhet och miljöpåverkan. Med servicekvalitet menas kvalitetsnivå i tjänster och utförande som invånaren själv kan bedöma, exempelvis tillgänglighet, bemötande och delaktighet.

För respektive inriktningsmål anges särskilda insatsområden. Insatsområden markerar uppdrag som fullmäktige tycker är särskilt angelägna att genomföra för att uppfylla inriktningsmålen. Dessa uppdrag kan vara generella och gälla för alla nämnder, eller riktas mot enskilda nämnder.

Verksamhetsplaner och handlingsplaner

Nämnderna beskriver i verksamhetsplaner sina åtaganden kopplade till perspektiven, inriktningsmålen och tillämpliga insatsområden. Nämnderna tar också fram indikatorer med målvärden för varje inriktningsmål, som används för att bedöma måluppfyllelsen på nämndsnivå. Verksamhetsplanen innehåller även budget och prioriterade investeringar.

Respektive förvaltning omvandlar nämndens verksamhetsplan till en handlingsplan som redovisar vilka aktiviteter som ska genomföras under året för att bidra till att målen nås.

Verksamhetsberättelser och årsredovisning

Efter årets slut lämnar varje nämnd en verksamhetsberättelse som utvärderar årets verksamhet och hur fastställda åtaganden, mål, aktiviteter och eventuella andra uppdrag har uppfyllts. Verksamhetsberättelsen innehåller ekonomiskt utfall för året och relevanta nyckeltal.

Grundat på de verksamhetsberättelser nämnderna har lämnat ska regionstyrelsen till regionfullmäktige göra en årsredovisning för Region Blekinge som helhet. I årsredovisningen redogörs för hur verksamhetens finansiering och den ekonomiska ställningen vid räkenskapsårets slut ser ut. Dessutom ska måluppfyllelsen och relevanta nyckeltal beskrivas och utvärderas.



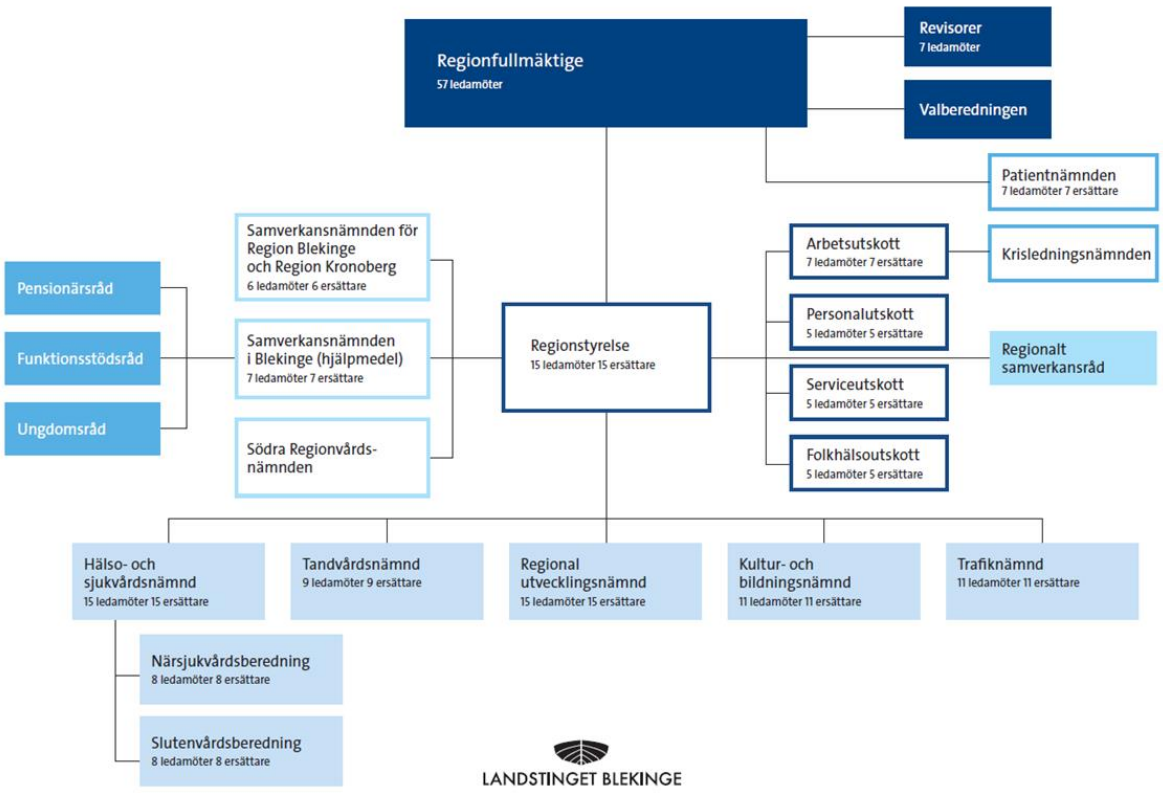
Figur 1. Styrnings- och uppföljningslogik utifrån perspektiv.

Politisk organisation

Regionfullmäktige är Region Blekinges högsta beslutande organ. I Region Blekinge sitter 57 folkvalda fullmäktigeledamöter. Regionfullmäktige leds av ett presidium med en ordförande, en förste vice ordförande och en andre vice ordförande. Regionfullmäktige beslutar i ärenden av principiell karaktär och i frågor av större vikt.

Regionstyrelsen består av 15 ledamöter som väljs av regionfullmäktige. Regionstyrelsen ska verkställa regionfullmäktiges beslut och i övrigt ansvara för de uppdrag regionfullmäktige lämnar över till regionstyrelsen. Enligt kommunallagen har regionstyrelsen uppsiktsplikt över övriga nämnder.

Regionfullmäktige har utsett nämnder till att styra förvaltningarna inom sina respektive områden. Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat och de föreskrifter som gäller för verksamheten.



Perspektiv, mål och uppdrag – en översikt

Perspektiv	Inriktningsmål	Insatsområden
Invånare och samhälle	Ett attraktivt Blekinge	Skapa förutsättningar för en attraktiv boendemiljö och samhällsservice. Förmedla bilden av det attraktiva Blekinge. Utveckla varumärket för Region Blekinge.
	En god och jämlik hälsa	Utöka förebyggande och hälsofrämjande insatser i Region Blekinge. Genomföra insatser för en mer jämlik hälsa i samverkan. Utveckla ett personcentrerat förhållningssätt i Region Blekinges verksamheter.
	God tillgänglighet	Utveckla tillgängligheten till Region Blekinges verksamheter. Utveckla infrastruktur för god tillgänglighet.
	Ett hållbart näringsliv	Främja innovationer och företagande. Matcha utbildningsutbudet i Blekinge med näringslivets behov av kompetens.
Kvalitet och process	God kvalitet i Region Blekinges tjänster och samverkans-processer	Etablera ett processorienterat arbetssätt. Omsätta inriktningsbesluten i Framtidens hälso- och sjukvård. Minska antalet vårdskador.
	En digitaliserad verksamhet	Utveckla digitala tjänster anpassade till befolkningens behov. Etablera en regiongemensam utvecklings- och innovationsstrategi.

Kompetens	Ett engagerat medarbetarskap --- Säkrad kompetens-försörjning nu och i framtiden	Utveckla kompetens inom processorientering. Utveckla kompetens i personcentrerat förhållningssätt. Utveckla digital kompetens. --- Säkra kompetensförsörjningen för Region Blekinge som arbetsgivare. Samverka för att möta kompetens-behovet i Blekinge.
Miljö och hållbarhet	En hållbar verksamhet	Arbeta systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar. Ta hänsyn till hållbarhet i beslut och utvecklingsinsatser. Minska verksamhetens miljöbelastning.
Ekonomi	Ekonomi med god kostnadskontroll --- Långsiktig ekonomisk planering	Följa budget i samtliga verksamheter. Kostnadskontroll. Intäktskontroll. --- Följa planerad investeringstakt. Utveckla långsiktighet i förvaltningen av kapital.

Perspektivet invånare och samhälle

Invånare- och samhällsperspektivet beskriver de viktigaste målsättningarna för att invånarnas behov ska tillgodoses på bästa sätt och för att skapa en attraktiv region för invånare, näringsliv och besökare. Perspektivet innehåller även målsättningar inom servicekvalitetsområdet för Region Blekinge som till exempel tillgänglighet, bemötande och delaktighet.

Region Blekinge ska verka för en god folkhälsa och förse invånarna med en hälso- och sjukvård, tandvård och kollektivtrafik av god kvalitet. Region Blekinge har även det regionala utvecklingsansvaret i Blekinge. Det innebär ansvar för ett antal statliga uppgifter, bland annat kultursamverkansmodellen och regionala kompetensplattformar. Region Blekinge har också ansvar för den regionala dimensionen inom en rad andra områden. Ansvaret innebär att Region Blekinge ska driva på utvecklingen i områden där organisationen inte äger eller helt kan styra utvecklingen. Arbetet sker istället genom ett tydligt regionalt ledarskap som bygger på samspel med länets kommuner, kringliggande regioner och andra aktörer som kan bidra till önskad utveckling.

Inriktningsmål – ett attraktivt Blekinge

I Blekinge ska fler vilja bo, arbeta och komma på besök. För att fler ska välja att komma till Blekinge ska Region Blekinge tillsammans med andra aktörer i länet utveckla bilden av ett attraktivt Blekinge. Blekinge som livsplats ska förknippas med kreativitet, innovation och sitt strategiska läge med en unik kust och skärgård. Genom sitt ansvar för övergripande och strategiska säkerhets- och krisberedskapsfrågor värnar Region Blekinge om människor, egendom och verksamheter samt grundläggande värden som demokrati, rättvisa, integritet och förtroende.

Attraktivitet är ett brett begrepp och förutsättningarna för att Blekinge ska upplevas attraktivt skapas genom insatser inom en rad områden. Blekinges attraktivitet hänger ihop med hur väl Region Blekinge tillsammans med andra aktörer lyckas skapa förutsättningar för en god livskvalitet, bra infrastruktur och ett rikt arbetsliv. Utöver det behöver Blekinge kunna erbjuda god tillgång till kultur och natur och ett väl utvecklat föreningsliv, som jämte annat fyller platsen med liv och bidrar till invånarnas hälsa och livskvalitet.

Hur attraktiv en plats upplevs vara påverkar in- och utflyttning, antalet företagsetableringar och hur många som besöker länet. En positiv befolkningsutveckling i en region har stort värde för arbetsmarknaden, välfärden och regionens innovativa förmåga. Det är också viktigt att fler ser Blekinge som en attraktiv plats att starta och driva företag i. För att öka attraktiviteten krävs att Region Blekinge arbetar med att främja utvecklingen av sådant som gör att Blekinge upplevs som attraktivt av invånare, näringsliv och besökare. Region Blekinge ska också driva ett långsiktigt varumärkesarbete som bidrar till att skapa en trovärdig och attraktiv bild av länet.

I den regionala utvecklingsstrategin (RUS) lyfts fyra prioriterade områden fram som viktiga för att nå målbilden:

- bilden av attraktiva Blekinge
- livskvalitet
- arbetsliv
- tillgänglighet.

De prioriterade områdena i RUS:en speglas av de fyra inriktningsmålen som finns samlade under perspektivet invånare och samhälle i regionplanen.

Insatsområden som bedöms viktiga för att nå målet ”ett attraktivt Blekinge”:

Skapa förutsättningar för en attraktiv boendemiljö och samhällsservice. Region Blekinge ska se till livsmiljön i hela Blekinge. År 2020 ska Blekinge vara känt som en bra plats att växa upp och åldras på. Barnfamiljer och unga som vill bilda familj söker sig hit. Här finns barnomsorg och skola av hög kvalitet, trygga uppväxtmiljöer, god livskvalitet med sprudlande kulturupplevelser samt ett aktivt idrotts- och fritidsliv. En region med varierande landskap, från djupa skogar med vackra sjöar till en kustkänsla som ofta gör sig påmind. Den regionala utvecklingsstrategin (RUS) är vägledande för att skapa ett attraktivt Blekinge. I den nya kulturplanen för 2018–2020 pekas tre särskilda satsningar ut för perioden: bildkonst och form, kulturpedagogisk kompetens samt professionella kulturskapares villkor.

Samtliga nämnder ska omsätta den regionala utvecklingsstrategin (RUS) i sin verksamhet och bidra till att Blekinge ska vara ett inkluderande samhälle präglat av öppenhet och deltagande. Kultur- och bildningsnämnden ska genomföra de särskilda satsningarna i kulturplanen. För insatserna finns särskilda medel avsatta i budgeten (satsningar enligt kulturplan). Regionstyrelsen ska under planperioden 2019–2021 utreda möjligheten till utökning av vårdval.

Förmedla bilden av det attraktiva Blekinge. Region Blekinge ska kommunicera Blekinge som en attraktiv region att bo, verka i och besöka. Blekinge ska uppfattas som en attraktiv plats att starta och driva företag i. Region Blekinge ska i samverkan med andra aktörer bidra till en effektiv fysisk planering som tar hänsyn till boendemiljö, kommunikation, samhällsservice, kultur och fritid. Blekinges geografiska läge med kust och skärgård och ett brett utbud av kultur och upplevelser för såväl boende som besökare ger tillsammans med en väl fungerande hälso- och sjukvård och tandvård och ett rikt näringsliv förutsättningar för kreativitet och gott innovationsklimat.

Samtliga nämnder ska utveckla verksamheten så att den stödjer bilden av ett attraktivt Blekinge.

Utveckla varumärket för Region Blekinge. För att skapa en enhetlig bild av Region Blekinge ska kommunikation och insatser till besökare, investerare och potentiella inflyttare koordineras.

Regionstyrelsen ska koordinera kommunikation om Region Blekinge.

Inriktningsmål – en god och jämlik hälsa

Ett framgångsrikt arbete för en jämlik hälsa utgår från en människosyn som bygger på allas lika värde. En persons förutsättningar är sammansatta och det är viktigt att ta hänsyn till många aspekter när vi pratar om jämlikhet, exempelvis kön, bostadsort, ekonomi, etnicitet, funktionsvariation, hudfärg, könsidentitet, sexualitet och ålder. En utmaning för Blekinge är att på olika sätt skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa bland länets invånare.

Hälsan är inte jämlikt fördelad i Blekinge. Folkhälsoarbete ska bidra till en jämlik hälsa genom att skapa förutsättningar för invånarna att tillvarata sina förmågor, forma sina liv och delta i samhällets utveckling.

Region Blekinge har en samordningsfunktion för det länsgemensamma folkhälsoarbetet och ska verka för en regional samordning där kommuner, statliga myndigheter, näringsliv, den sociala ekonomin och det civila samhället involveras i arbetet.

Ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande förhållningssätt ska integreras i Region Blekinges alla verksamheter. Att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande är en viktig förutsättning för att i ett längre perspektiv minska behovet av vårdinsatser. Ett steg i den riktningen är att utveckla ett personcentrerat förhållningssätt. Hälso- och sjukvården har med sin kompetens en särskild roll i den långsiktiga hälsoutvecklingen. Personcentrerad vård handlar bland annat om att tillvarata de resurser som varje människa har och upptäcka vilka drivkrafter som kan bidra till att utveckla hälsa och livskvalitet. Ett annat steg är att införa riktade hälsosamtal. Ett aktivt kultur- och idrottsliv bidrar också till en god och jämlik hälsa. Att få ta del av konstnärliga upplevelser och själv ha möjlighet att uttrycka sig konstnärligt är grundläggande mänskliga behov. På samma sätt ska idrotten välkomna alla, oavsett bakgrund och ambitionsnivå.

Insatsområden som bedöms viktiga för att nå målet ”en god och jämlik hälsa”:

Utöka förebyggande och hälsofrämjande insatser i Region Blekinge. Den länsgemensamma folkhälsopolicyn är styrande för regionens prioriteringar och mål och pekar ut fyra prioriterade målområden:

- goda livsvillkor
- psykisk hälsa
- alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel
- hälsofrämjande miljöer och levnadsvanor.

Region Blekinge ska vara drivande i det länsgemensamma folkhälsoarbetet. Ett framgångsrikt förebyggande och hälsofrämjande arbete för en god hälsa leder på sikt till högre livskvalitet, minskade sjukvårdskostnader och ett effektivt användande av samhällsresurserna.

Samtliga nämnder ska underlätta för invånare att ta ansvar för sin hälsa, även vid sjukdom eller funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska erbjuda ett ökat stöd till patienter som har svåra problem med levnadsvanor. För insatserna finns särskilda medel avsatta i budgeten (levnadsvanemottagning).

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska införa tarmcancerscreening under 2019 för personer mellan 60 och 74 år. För insatserna finns särskilda medel avsatta i budgeten (tarmcancerscreening).

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska under planperioden 2019–2021 utreda möjligheten för en länsgemensam barn- och ungdomshälsa.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska under planperioden 2019–2021 utreda möjligheten till utökat åldersspann avseende mammografi och cellprovstagning.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska under planperioden 2019–2021 utreda möjligheten för en ordnad provtagning gällande förekomsten av prostatacancer. För en etablering finns särskilda medel avsatta i budgeten (ordnad provtagning för prostatacancer, PSA).

Genomföra insatser för en mer jämlik hälsa i samverkan. Den länsgemensamma Kommissionen för jämlik hälsa i Blekinge överlämnade sin rapport till landstingsstyrelsen i januari 2018. Kommissionen föreslår tydligare politisk samverkan och styrning på regional nivå och att en långsiktig handlingsplan ersätter

nuvarande länsgemensamma folkhälsopolicy. Behovsanalysen om palliativ vård pekar på ett behov av utveckling inom området.

Lagen om samverkan (LOS) gäller från och med 2018. Primärvården har ett samordningsansvar för den individuella planeringen (SIP) och en fast vårdkontakt eller samordningssköterska ska utses där patienten är listad. För primärvården medför detta utökade arbetsuppgifter som finansieras som en målrelaterad ersättning via Hälsoval Blekinge.

Samtliga nämnder ska omsätta kommissionens förslag i sina verksamhetsplaner.

Regionstyrelsen ska ta fram strategier för en jämlik hälsa i samverkan med kommunerna.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska under planperioden 2019–2021 presentera ett underlag för inrättandet av hospiceverksamhet[2] i Blekinge.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska genomföra insatser för att implementera lagen om samverkan. Särskilda medel avsätts i budgeten till hälsovalet för målrelaterad ersättning (lagen om samverkan, LOS).

Utveckla ett personcentrerat förhållningssätt i Region Blekinges verksamheter. Region Blekinge ska ha ett personcentrerat förhållningssätt i alla sina verksamheter. Med ett personcentrerat förhållningssätt anpassas verksamheten så att kunden, invånaren eller patienten involveras i planeringen. För hälso- och sjukvården innebär det att bedriva personcentrerad vård för att ta vara på patienters och närståendes resurser så att de kan bli medskapare i sin egen vård.

Hälso- och sjukvårdsnämnden och tandvårdsnämnden ska genomföra insatser för en mer personcentrerad vård i sina verksamheter.

Inriktningsmål – god tillgänglighet

God tillgänglighet handlar om god tillgänglighet till Region Blekinges verksamheter, vilket är en förutsättning för att bland annat kunna erbjuda en god och jämlik vård av hög kvalitet. God tillgänglighet handlar också om infrastruktur, som är en viktig faktor för god livskvalitet och en utvecklande arbetsmarknad. En välutvecklad infrastruktur är också avgörande för regional tillväxt och produktivitet. Blekinge ska ha ett attraktivt och hållbart transportsystem som utvecklas utifrån invånarnas, arbetsmarknadens och besökarnas behov. Blekinge ska också utmärka sig som ett attraktivt e-samhälle där en stor del av befolkningen använder digitala tjänster.

En lagändring från den 1 januari 2019 säger att landstingen och regionerna ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Vård inom rimlig tid är en viktig faktor för att nå bra medicinska resultat, men även för patientens upplevelse av vården. För att åstadkomma det behöver en förflyttning ske från dagens sjukhustunga vård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Vårdcentralen ska vara det naturliga förstahandsvalet i allt utom akuta tillstånd som kräver sjukhusets resurser. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.

För att kunna ge invånarna i västra Blekinge ett bättre omhändertagande i akuta lägen ska en dygnet runt-öppen Närakut öppnas i anslutning till akutavdelningen och Samaritens vårdcentral i Karlshamn. Närakutens

[2] Ett medicinskt område som fokuserar på omfattande vård av människor med livshotande sjukdomar.

uppdrag är att ta hand om akuta besvär som inte kräver de resurser och den kompetens som finns på akutmottagningen i Karlskrona. Förutsättningarna för att starta kvällsöppna jourcentraler i alla länets kommuner ska också utredas. I Blekinge finns idag två jourcentraler, en i Karlshamn och en i Karlskrona. Jourcentralerna ska vara ett komplement till vårdcentralerna och ha öppet när de vanliga vårdcentralerna stänger för dagen. 1177 Vårdguidens resurser för telefonidelen ska förstärkas för att korta svarstiderna och göra det möjligt att boka tid till vårdcentral via telefonnumret 1177.

Begreppet nära vård innefattar även att ta tillvara alla de nya möjligheter som ryms inom begreppet e-hälsa[3]. Vård kan vara nära på olika sätt. Även om fysiska besök fortfarande är vanligast behöver det finnas andra lösningar för dem som önskar. Regeringen har beslutat att vårdgarantin ska stärkas från och med den 1 januari 2019 så att den enskilde inom viss tid ska garanteras medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

En funktionell infrastruktur och en väl fungerande kollektivtrafik är de enskilt viktigaste faktorerna för att binda samman regionens delar till en väl fungerande helhet. Det ska finnas goda möjligheter att pendla in och ut från vår region. Det ska också finnas goda möjligheter för Blekinges invånare att kunna färdas mellan hem, arbete och fritidsintressen. Detta gäller både kollektivtrafik och infrastruktur för annat resande, till exempel med bil eller cykel.

En fullt utbyggd digital infrastruktur är en förutsättning för att alla ska kunna vara en del av det digitala samhället. Det är i synnerhet viktigt på landsbygden, då det kan vara en förutsättning för att utveckla, verka och bo. Blekinge ligger långt efter när det gäller utbyggnad av bredband. År 2016 var andelen arbetsställen och hushåll i Blekinge med tillgång till 100 Mbit/s långt under riksgenomsnittet, samtidigt som det fanns stora skillnader mellan kommunerna och mellan stad och landsbygd. Det stora effektiviseringsbehovet inom offentlig verksamhet förväntas delvis realiseras med hjälp av digitalisering. För att detta ska kunna ske är tillgång till digital infrastruktur en avgörande faktor. För att nå de nationella bredbandsmålen krävs en bred samverkan mellan privata och offentliga aktörer. Mognaden och beredskapen för en sammanhållen utveckling i länet förutsätter en helhetssyn som sammanfattas i den regionala bredbandsstrategin.

Insatsområden som bedöms viktiga för att nå målet ”god tillgänglighet”:

Utveckla tillgängligheten till Region Blekinges verksamheter. Tillgänglighet innebär både fysiska möten och de möjligheter som e-tjänster skapar. Det ska vara enkelt att få kontakt med Region Blekinges verksamheter.

Samtliga nämnder ska säkerställa god tillgänglighet till sina verksamheter.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska under planperioden 2019–2021 genomföra en resursförstärkning i 1177 Vårdguiden. För insatserna finns särskilda medel avsatta i budgeten (1177 Vårdguiden).

Hälso- och sjukvårdnämnden ska under planperioden 2019–2021 utreda förutsättningarna för kvällsöppna vårdcentraler i samtliga kommuner i länet. För en etablering finns särskilda medel avsatta i budgeten (jourcentral).

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska presentera ett underlag för att öppna en dygnet runt-öppen Närakut i Karlshamn 2019. För insatserna finns särskilda medel avsatta i budgeten (Närakut).

[3] E-hälsa är att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och behålla hälsa.

Utveckla infrastruktur för god tillgänglighet. Det finns ett ökat behov av pendling och hållbara godstransporter i Blekinge. När allt fler reser och fler transporter sker finns det en risk att vi inte har möjlighet att tillgodose behoven. Infrastrukturen behöver förbättras och vi måste öka användningen av förnybara drivmedel. En digital infrastruktur som når alla är en förutsättning för att vara en del i dagens digitala samhälle.

Regionstyrelsen, regionala utvecklingsnämnden och trafiknämnden ska agera för en utbyggd infrastruktur i Blekinge. Trafiknämnden ska öka kapaciteten i kollektivtrafiken. För insatserna finns särskilda medel avsatta i budgeten (trafik kapacitetsåtgärder).

Inriktningsmål – ett hållbart näringsliv

Grunden för den gemensamma välfärden skapas i näringslivet, där en ökad intäktsbas är en viktig faktor för att skapa en attraktiv region med många arbetstillfällen. Blekinge ska kännetecknas av ett expansivt och konkurrenskraftigt näringsliv med ett starkt innovationsklimat som involverar näringsliv, utbildningsaktörer, offentlig och ideell sektor. För att åstadkomma detta ska Region Blekinge verka för att öka regionens innovationsförmåga. Främst sker det genom att stödja utvecklingen i science parks[4] och liknande grupperingar vars syfte är att främja innovation och utveckling i Blekinge. En viktig förutsättning för att främja innovation och utveckling i Blekinge är att utveckla och förvalta den egna utvecklings- och innovationsprocessen så att den leder till fler innovationer till nytta för invånare, näringsliv och besökare.

Region Blekinge ska tillsammans med andra offentliga aktörer även erbjuda direkta näringslivsfrämjande insatser för att stötta företag som vill växa och utvecklas. Exempelvis har Region Blekinge startat samverkan mellan Business Sweden (tidigare Exportrådet), Almi, Exportkreditnämnden och Länsstyrelsen. På så sätt kan man nå ut till fler företag med rådgivnings- och finansieringserbjudanden riktade till företag som vill utvecklas genom export. Region Blekinge samarbetar utöver det med Business Sweden (Invest) för att öka Blekinges möjligheter att attrahera utländska investeringar till regionen. I samband med regionbildningen den 1 januari 2019 kommer också ett verksamhetsövertagande att ske från Länsstyrelsen. Övertagandet innebär att Region Blekinge förfogar över ytterligare verktyg för att främja näringslivet, genom så kallat företagsstöd och stöd till kommersiell service.

God kompetensförsörjning är en förutsättning för ett hållbart näringsliv. Därför behöver utbildningarna i Blekinge på ett bättre sätt överensstämma med näringslivets behov. Genom samverkan med Blekinge tekniska högskola (BTH) och andra aktörer på området ska Region Blekinge verka för att bättre matcha näringslivets behov av kompetens med de utbildningar som bedrivs i länet.

Insatsområden som bedöms viktiga för att nå målet ”ett hållbart näringsliv”:

Främja innovationer och företagande. För att öka Blekinges innovationsförmåga ska vi stimulera kreativ samverkan mellan olika kompetenser inom Region Blekinge och befintligt näringsliv. Region Blekinge ska stärka befintliga kluster, science parks och nätverk samt öka internationaliseringen på arbetsmarknaden. Region Blekinge ska också arbeta för ett gränsöverskridande samarbete mellan olika näringar.

[4] En science park kan beskrivas som en mötesplats mellan människor, idéer, kunskap och kreativitet och utgör ofta en plattform för större innovations- och utvecklingsprojekt.

Samtliga nämnder ska främja innovationer inom sitt ansvarsområde.

Matcha utbildningsutbudet i Blekinge med näringslivets behov av kompetens. God kompetensförsörjning möjliggör tillväxt i regionen. En stor bredd av utbildningsaktörer är viktig för att tillgodose näringslivets behov av arbetskraft. Tillsammans med de regionala utbildningsaktörerna ska Region Blekinge verka för att bättre matcha behovet av kompetens och dimensioneringen av utbildningsutbudet.

Regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden ska genomföra insatser för att stärka kompetensförsörjningen i Blekinge.

Perspektivet kvalitet och process

Perspektivet kvalitet och process lyfter fram områden som påverkar kvaliteten i de tjänster Region Blekinge levererar. Kvaliteter som invånaren själv kan bedöma, exempelvis tillgänglighet, bemötande och delaktighet innefattas i perspektivet invånare och samhälle. Kvaliteter som är svåra för invånaren själv att bedöma, exempelvis medicinska resultat, omvårdnadsresultat, patientsäkerhet, driftsäkerhet och miljöpåverkan finns under det här perspektivet och benämns som kärnkvalitet. För att leverera god kvalitet behövs ändamålsenliga, resurseffektiva och flexibla processer i verksamheten.

Region Blekinge står inför stora utmaningar de kommande åren. Antalet invånare i Blekinge som är 80 år eller äldre kommer att öka med drygt en tredjedel de närmsta 20 åren. Med tanke på att gruppen 80 år eller äldre står för en jämförelsevis stor del av vårdkonsumtionen, och att gruppen utgör en allt större del av befolkningen, finns det anledning att anta att behovet av vård för åkommor som oftast drabbar äldre avsevärt kommer att öka trycket på Region Blekinges verksamheter. En ökad andel äldre innebär också att försörjningskvoten[5] kommer att öka, det vill säga att färre kommer att behöva försörja fler.

Med en ökande försörjningskvot blir det tydligt att Region Blekinge inte kan prioritera behov och producera tjänster på samma sätt som idag. För att tillgodose invånarnas behov av god service till lägre kostnad är det därför angeläget att utveckla kärnkvaliteten i de tjänster Region Blekinge levererar, oavsett vilken verksamhet det gäller. Det är också viktigt att tillvarata de möjligheter som digitaliseringen erbjuder.

Inriktningsmål – god kvalitet i Region Blekinges tjänster och samverkansprocesser

Kvaliteten i Region Blekinges verksamheter ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Det innebär att Region Blekinge ska ha en tydlig kvalitetsstyrning som utgår från invånarnas behov. Ledningen ska vara organiserad för att främja god kvalitet och kostnadseffektivitet. Ett integrerat ledningssystem syftar till att skapa ordning och reda i verksamheten för att förebygga risker och misstag. Främst handlar det om att införa ett processorienterat arbetssätt. Med ändamålsenliga, effektiva och flexibla processer kan Region Blekinge bättre tillgodose invånarnas behov, samtidigt som kostnaderna sänks. Ett processorienterat arbetssätt innebär fokus på värdeskapande aktiviteter utifrån kundens behov.

Region Blekinges plan för att utveckla en effektiv hälso- och sjukvårdsverksamhet med invånarens bästa i fokus vilar på de inriktningsbeslut som finns inom utvecklingsplanen Framtidens hälso- och sjukvård kring nära vård, koncentration av vård och samverkan. Invånarna i Blekinge ska känna trygghet i att vården finns nära dem, att de får den vård de behöver när de behöver den oavsett var de bor i länet, och att övergångarna mellan olika vårdinsatser blir smidiga genom att olika aktörer samverkar. Mobila team med läkare och sjuksköterska har etablerats i västra Blekinge. En utökning även till östra Blekinge behöver ske under planperioden. Syftet med mobila team är att erbjuda stöd till kroniskt sjuka patienter i deras hem och därigenom frigöra vårdplatser vilket på sikt innebär effektivisering och minskade kostnader för den slutna vården. Från och med 2019 förväntas också en ny lag om funktion för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering antas. Det innebär en skyldighet att inrätta en funktion för koordinering i hälso- och sjukvården.

[5] Försörjningskvoten beräknas genom att dividera hela befolkningsmängden med antalet personer i yrkesaktiv ålder. Försörjningskvoten används för att få en bild av hur många, inklusive sig själv, var och en i yrkesaktiv ålder ska försörja genom sitt arbete.

Säker hälso- och sjukvård är en grundsten i kvalitetsarbetet och innebär att vårdskador ska förhindras. Undvikbara skador är sådana som inte skulle uppkommit om exempelvis rutiner och riktlinjer följts. Patientsäkerhet och kvalitet ska vara centralt i hälso- och sjukvårdens ledningssystem. Kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården ska styras och stödjas med hjälp av den nationellt beslutade kunskapsorganisationen.

Insatsområden som bedöms viktiga för att nå målet " god kvalitet i Region Blekinges tjänster och samverkansprocesser":

Etablera ett processorienterat arbetssätt. Ett processorienterat arbetssätt innebär en helhetssyn som utgår ifrån kundens eller invånarens behov, och att utveckla processer som tillgodoser dessa behov samtidigt som de är resurseffektiva och flexibla. Region Blekinge ska integrera ett processperspektiv i hela verksamheten som ett komplement till den nuvarande funktionsorganisationen.

Cancerprocesserna beskrivs som standardiserade vårdförlopp (SVF). De standardiserade vårdförloppen ska underlätta och förbättra för både patienter och vårdgivare. En god cancervård ställer krav på samlade insatser från olika vårdyrken och kompetenser. För att kunna genomföra de åtaganden som standardiserade vårdförlopp innebär finns behov av kontaktsjuksköterskor och andra specialister samt utrymme för ökad diagnostik och behandling.

Samtliga nämnder ska genomföra insatser för en omställning till ett processorienterat arbetssätt. Regionstyrelsen ska leda och samordna Region Blekinges omställning till ett processorienterat arbetssätt. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska genomföra insatser för att förbättra cancervården. För insatserna finns särskilda medel avsatta i budgeten (förbättrad cancervård).

Omsätta inriktningsbesluten i Framtidens hälso- och sjukvård. Landstingsstyrelsen har fattat inriktningsbeslut om nära vård, koncentration av vård och samverkan. Dessa beslut innehåller förslag som riktar sig till hälso- och sjukvård samt tandvård för att utveckla kvaliteten.

Regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt tandvårdsnämnden ska omsätta inriktningsbesluten i verksamheten. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska inrätta mobila team som når kroniskt sjuka patienter i hela Blekinge. För insatserna finns särskilda medel avsatta i budgeten (mobila team). Hälso- och sjukvårdsnämnden ska säkerställa att det finns rehabiliteringskoordinatorer i verksamheten. För insatserna finns särskilda medel avsatta i budgeten (rehabiliteringskoordinatorer).

Minska antalet vårdskador. Patientsäkerhetspolicyns vision är en hälso- och sjukvård utan vårdskador.

Hälso- och sjukvårdsnämnden och tandvårdsnämnden ska minska antalet vårdskador.

Inriktningsmål – en digitaliserad verksamhet

Digitaliseringens utveckling är snabb och har stor betydelse för samhällsutvecklingen. Den anses vara den enskilt starkaste förändringsfaktorn i samhället. Begreppet innefattar både informationsdigitalisering där

analog information förs över till digitalt format, och samhällelig digitalisering, den större samhällsprocess där olika former av IT-stöd integreras allt tätare i verksamheter och påverkar dem i grunden.

År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på e-hälsa för att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och stärka individens egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Blekinge har goda förutsättningar för att bli bäst i Sverige på e-hälsa, men det kräver kraftfulla insatser såväl inom Region Blekinges egna verksamheter som för befolkningen. Region Blekinge genomför därför ett e-hälsolyft under 2018 och 2019.

Region Blekinge genomför tillsammans med fyra andra regioner en upphandling av det som kallas framtidens vårdinformationsstöd (FVIS), som en viktig del för att stödja nya arbetssätt inom hälso- och sjukvården och erbjuda invånarna en god och effektiv vård av hög kvalitet. Införandet av det nya stödet påbörjas 2019 och kommer att pågå under större delen av planperioden. Införandet av framtidens vårdinformationsstöd innebär en investeringskostnad, ökad driftskostnad inledningsvis och att verksamheten kan avsätta medarbetarnas tid under perioden. Utöver det tillkommer kostnader för den informationstekniska implementeringen och för att avveckla nuvarande system inklusive driftövertagande av dagens vårdinformationssystem, för att frigöra resurser.

Digitaliseringens möjligheter handlar om att hitta nya lösningar på problem som redan finns. Genom digital transformation kan arbetsprocesser förändras, utvecklas och effektiviseras. Region Blekinges tjänster kan göras mer lättillgängliga för invånarna med möjligheter att erbjuda mer individualiserad vård och en mer lättillgänglig kollektivtrafik och kultur. För att klara av den demografiska utvecklingen och ha råd med välfärden även i framtiden behöver Region Blekinge skapa en innovativ miljö som tar tillvara på digitaliseringens möjligheter. En viktig förutsättning är en gemensam digitaliseringsstrategi för Blekinge och en utvecklings- och innovationsprocess som är väl känd och förankrad i verksamheten.

Insatsområden som bedöms viktiga för att nå målet ” en digitaliserad verksamhet”:

Utveckla digitala tjänster anpassade till befolkningens behov. Digitaliseringen innebär att erbjuda digitala tjänster för att täcka invånarnas behov men även att införa stöd för att driva en effektiv verksamhet inom Region Blekinge

Samtliga nämnder ska skapa förutsättningar för systematisk verksamhetsutveckling där digitalisering är en integrerad del.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska förbereda för införandet av ett nytt vårdinformationsstöd. För insatserna finns särskilda medel avsatta i budgeten (Framtidens vårdinformationsstöd, FVIS).

Hälso- och sjukvårdsnämnden och tandvårdsnämnden ska genomföra ett e-hälsolyft i sina verksamheter.

Regionstyrelsen ska leda och samordna Region Blekinges insatser för ett e-hälsolyft.

Etablera en regiongemensam utvecklings- och innovationsstrategi. För att etablera en digitaliserad verksamhet behövs en gemensam strategi och väl beskrivna processer inom området.

Regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden ska gemensamt ta fram en digitaliseringsstrategi för Blekinge inom ramen för projektet ”Digitala Blekinge”.

Regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden ska under planperioden 2019–2021 presentera ett underlag för inrättandet av ett innovationsråd.

Perspektivet kompetens

Perspektivet kompetens omfattar målsättningar för att Region Blekinge ska ha den kompetens som behövs för att bedriva verksamheten. Det handlar dels om att kunna attrahera rätt medarbetare, dels om att kunna behålla och utveckla den kompetens organisationen redan har. Perspektivet omfattar också målsättningar för utveckling av kompetensen i Blekinge för att kunna matcha näringslivets behov av kompetens med den arbetskraft som finns tillgänglig.

Kompetensförsörjning på kort och lång sikt är en prioriterad fråga både för länet och för Region Blekinge som arbetsgivare. Arbetslösheten i Blekinge är fortsatt hög. Samtidigt upplever många arbetsgivare i länet svårigheter att rekrytera kvalificerad kompetens.

Region Blekinge har under den kommande tidsperioden en stor utmaning när det gäller att möta verksamhetens behov av medarbetare med rätt kompetens. Fram till och med 2023 kommer drygt 850 medarbetare att nå 65 års ålder, och fram till och med 2028 ytterligare 650. Totalt handlar det om drygt var tredje anställd. Dessutom slutar cirka 250 medarbetare per år av annan orsak än pension, beräknat på nuvarande personalrörlighet. Arbetsmarknaden är snabbrörlig och det råder en ökad konkurrens om kompetens. För att också i framtiden kunna leverera en god och jämlik vård är det avgörande att Region Blekinge kan rekrytera och utveckla rätt kompetens, men också behålla den befintliga. Region Blekinge ska vara en attraktiv arbetsgivare där det finns goda utvecklings- och karriärmöjligheter, en god arbetsmiljö och där medarbetarnas engagemang och delaktighet bidrar till en väl fungerande verksamhet. Ett viktigt led i detta är att stärka vårt arbetsgivarvarumärke i syfte att behålla och rekrytera personal.

Inriktningsmål – ett engagerat medarbetarskap

För att Region Blekinge ska nå sina mål krävs engagerade medarbetare med lust att lära och viljan att göra skillnad. Det innebär att Region Blekinge som arbetsgivare behöver skapa förutsättningar för medarbetarna att kunna utvecklas och bidra, likväl som att medarbetarna tar eget ansvar för att göra detta. En viktig förutsättning är att skapa förståelse för helheten, att alla medarbetare känner ett ägandeskap för verksamhetens vision och mål samt att målen bryts ner från övergripande nivå till de olika organisationsnivåerna och hela vägen till den enskilde medarbetaren.

Region Blekinge ska uppfattas som en attraktiv arbetsplats där många vill arbeta. Verksamheten ska ha en god arbetsmiljö och skapa förutsättningar för delaktighet och inflytande genom dialog och samverkan som utgår från arbetsplatsens frågor. En viktig del i attraktiviteten är också medarbetares möjligheter till utveckling och karriär. Medarbetare ska uppleva att det finns goda möjligheter till karriär- och kompetensutveckling och att den egna kompetensen tas tillvara och används på rätt sätt.

Kompetensutveckling är viktigt för att skapa organisatorisk förmåga att nå uppsatta mål, men också för att medarbetarna ska utvecklas som individer. Region Blekinge står inför en stor omställning med en övergång mot ett processorienterat arbetssätt, ett personcentrerat förhållningssätt och en digitaliserad verksamhet. Det kräver att alla medarbetare får möjlighet till den kompetensutveckling som behövs för att kunna bidra på ett bra sätt. För att skapa engagerade medarbetare är det också viktigt att den enskilde får växa inom yrkesrollen och utvecklas inom områden som speglar den egna förmågan och talangen. I överenskommelse med närmsta chef ska kompetensutvecklingen planeras, genomföras och utvärderas i förhållande till den kompetens som behövs för verksamheten.

Insatsområden som bedöms viktiga för att nå målet ”ett engagerat medarbetarskap”:

Utveckla kompetens inom processorientering. För att kunna genomföra omställningen mot ett processorienterat arbetssätt ska Region Blekinge öka sin kompetens på området. Kompetenshöjningen inleds på ledningsnivå för att sedan spridas ut i organisationen.

Samtliga nämnder ska öka kompetensen i processorienterat arbetssätt i sina verksamheter, så att målen under perspektivet kvalitet och process nås. Regionstyrelsen ska leda och följa upp utvecklingen kring processorienterat arbetssätt.

Utveckla kompetens i personcentrerat förhållningssätt. Det personcentrerade förhållningssättet är en grundsten i Region Blekinges arbete för en god och jämlik hälsa. Region Blekinge ska därför genomföra de kompetenssatsningar som behövs för att kunna utveckla förhållningssättet i verksamheten. I första hand gäller det personcentrerade förhållningssättet gentemot invånare, men förhållningssättet bör även användas mellan medarbetarna inom organisationen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden och tandvårdsnämnden ska öka kompetensen i personcentrerat förhållningssätt i sina verksamheter, så att målen under perspektivet invånare och samhälle nås.

Utveckla digital kompetens. För att kunna genomföra omställningen mot en mer digitaliserad verksamhet ska Region Blekinges digitala kompetens öka.

Samtliga nämnder ska öka den digitala kompetensen i sina verksamheter, så att målen under perspektivet kvalitet och process nås.

Inriktningsmål – säkrad kompetensförsörjning nu och i framtiden

Bland arbetsgivarna i Blekinge finns en vilja att växa, men bristen på rätt kompetens hämmar tillväxten. För att möta framtidens utmaningar på arbetsmarknaden i Blekinge och öka konkurrenskraften behöver arbetet med matchning utvecklas. En viktig framgångsfaktor är samverkansformer och arenor för samverkan för att kunna planera för och matcha behov och tillgång av kompetens. Ett fortsatt arbete med strategisk kompetensförsörjning är en förutsättning för att minska obalansen. Detta kräver en helhetssyn som sammanfattas i den regionala kompetensförsörjningsstrategin.

Inom hälso- och sjukvården medför omställningar och stora pensionsavgångar ett omfattande rekryteringsbehov både nu och i framtiden. Redan idag är bristen på specialutbildade medarbetare och nyckelkompetenser ett stort problem som blir synligt exempelvis i beroendet av hyrpersonal.

För att klara utmaningen krävs en långsiktig planering av kompetensförsörjningen på alla nivåer, dels regionalt, dels verksamhetsmässigt både när det gäller rekrytering och att ompröva arbetssätt och arbetsuppgifter.

Insatsområden som bedöms viktiga för att nå målet ”säkrad kompetensförsörjning nu och i framtiden”:

Säkra kompetensförsörjningen för Region Blekinge som arbetsgivare. Centrala faktorer för kompetensförsörjning är förmågan att hantera förändring och utveckling, en strukturerad planering för att kunna attrahera, rekrytera, utveckla och behålla medarbetare för Region Blekinges verksamheter, samt en god arbetsmiljö.

Under planperioden avsätts en personalpott för satsningar på Region Blekinges kompetensförsörjning. Medlen ska användas för att stärka medarbetares vidareutbildning och kompetensutveckling och för att utveckla den långsiktiga personalförsörjningen i Region Blekinge, främst inom hälso- och sjukvården. Viktiga delar av satsningen är att utöka antalet utbildningsanställningar och att utveckla utbildningssamordningen. Utifrån behovsanalyser görs årligen, i dialog med förvaltningarna, en prioritering av hur medlen ska fördelas och vilka satsningar som är mest angelägna.

Socialstyrelsen har ett regelverk för att landsting och regioner ska få genomföra ST-utbildning. För att upprätthålla kvaliteten på våra ST-utbildningar ska dessa kvalitetsgranskas genom inspektion. För en löpande sådan granskning avsätts särskilda medel (se vidare i budgeten under kvalitetsgranskning av ST-utbildning, SPUR).

För att säkra kompetensförsörjningen och vara en attraktiv arbetsgivare avsätts också särskilda medel för förändringar i det reviderade avtalet om så kallad nattkvot, det vill säga att arbete under natten ger ett minskat arbetstidsmått (se vidare i budgeten under nattkvot).

Samtliga nämnder ska ta fram kompetensförsörjningsplaner för sitt ansvarsområde. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska genomföra insatser för att stärka tillgången till kompetens. För insatserna finns särskilda medel avsatta i budgeten (personalpott).

Samverka för att möta kompetensbehovet i Blekinge. Region Blekinge ska analysera Blekinges kompetensförsörjningsbehov i samverkan med kommuner och näringsliv. Region Blekinge ska också genomföra strategiska aktiviteter på området i samverkan med andra aktörer.

Regionala utvecklingsnämnden ska genomföra insatser enligt kompetensförsörjningsstrategin för Blekinge. Regionala utvecklingsnämnden ska under planperioden 2019–2021 påbörja en utredning i samverkan med länets kommuner med syfte att inrätta en lärarutbildning i länet. Regionstyrelsen ska under planperioden 2019–2021 utreda förutsättningarna för att inrätta ett vård- och omsorgscollege i länet.

Perspektivet miljö och hållbarhet

I perspektivet miljö och hållbarhet anges målsättningar för hur Region Blekinge ska bidra till en utveckling som skapar hållbara livsmiljöer i länet.

För att kunna leva väl och behålla en god hälsa är vi beroende av en miljö som förser oss med ren luft, rent vatten och andra livsuppehållande naturresurser, samt ett socialt hållbart samhälle där människors lika värde står i centrum. Både vad gäller social miljö och ekologisk miljö krävs system som tål påfrestningar, är anpassningsbara och kan hantera de förändringar vi står inför i form av bland annat klimatförändring och samhällsutveckling.

Region Blekinge är en viktig samhällsaktör och har stora möjligheter att bidra till en hållbar utveckling både genom ett systematiskt miljö- och hållbarhetsarbete inom Region Blekinge och genom att ta hänsyn till miljö- och hållbarhetsfrågor vid beslut som påverkar regionen.

Inriktningsmål – en hållbar verksamhet

För att bidra till en utveckling som skapar hållbara livsmiljöer i länet behöver Region Blekinge arbeta för att minimera klimat- och miljöpåverkan såväl inom verksamheten som för hela Blekinge.

Ett systematiskt miljö- och hållbarhetsarbete är en avgörande framgångsfaktor. Med fokus på rätt saker och med tydliga mål ökar förutsättningarna för att nå framgångsrika resultat. Genom att verksamheten systematiskt arbetar med miljöfrågor minskas miljöpåverkan och verksamheten kostnadseffektiviseras. Miljöarbetet ska integreras i den ordinarie verksamhetsstyrningen på alla nivåer och under 2019 fortsätter införandet av ett systematiskt arbetssätt utifrån ISO 14001:2015 i hela verksamheten.

En central del i miljöarbetet är att minimera miljöpåverkan i och från verksamheten. Verksamhetens mest betydande miljöpåverkande faktorer finns inom områdena klimat, läkemedel, lust- och anestesigaser, energi, kemikalier, transporter, avfall, livsmedel, finansplaceringar, kollektivtrafik, infrastruktur, regional utveckling och tillväxtfrågor. Genom att minska påverkan inom dessa områden bidrar vi till en bättre miljö, och genom att införa rutiner för att säkerställa att hållbarhetshänsyn tas i beslut och utvecklingsinsatser kan vi också bli bättre på att förebygga framtida klimat- och miljöpåverkan. Region Blekinge ligger i framkant vad gäller hållbar upphandling och är med och driver det nationella utvecklingsarbetet.

Insatsområden som bedöms viktiga för att nå målet ”en hållbar verksamhet”:

Arbeta systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar. Ett systematiskt arbetssätt är en förutsättning för att skapa hållbara livsmiljöer.

Samtliga nämnder ska utveckla ett systematiskt arbetssätt utifrån miljöledningsstandarden ISO 14001:2015.

Ta hänsyn till hållbarhet i beslut och utvecklingsinsatser. De beslut Region Blekinge tar får konsekvenser för miljön på olika sätt.

Samtliga nämnder ska införa rutiner för att säkerställa att hållbarhetshänsyn tas i relevanta beslut och utvecklingsinsatser.

Minska verksamhetens miljöbelastning. Region Blekinge bedriver en omfattande verksamhet med potentiell miljöpåverkan. Verksamheten har därför särskilt ansvar och möjlighet att bidra till en minskad miljöbelastning.

Samtliga nämnder ska genomföra Region Blekinges miljö- och hållbarhetsplan. Regionstyrelsen ska revidera miljö- och hållbarhetsplanen för Region Blekinge.

Perspektivet ekonomi

Ekonomiperspektivet innehåller mål för att Region Blekinges verksamhet bedrivs med god ekonomisk hushållning, kostnadskontroll och en långsiktig ekonomisk hållbarhet.

Regioner ska enligt kommunallagen ha en god ekonomisk hushållning och bedriva verksamheten på ett kostnadseffektivt och ändamålsenligt sätt. God ekonomisk hushållning är en förutsättning för en långsiktigt stabil ekonomi som ger regionen förutsättningar att utvecklas och att möta framtidens utmaningar samtidigt som invånarna får en god hälso- och sjukvård och en välutvecklad kollektivtrafik.

Budgeten är Region Blekinges huvudsakliga styrinstrument. Ett aktivt utvecklingsarbete med tydliga rutiner för uppföljning och kontroll av budgetföljsamheten är därför en viktig del i arbetet för att kvalitetssäkra beslutsunderlaget och följa upp ekonomiska effekter av fattade beslut.

Inriktningsmål – ekonomi med god kostnadskontroll

För att kunna bedriva den verksamhet vi vill ha måste arbetet vara rationellt och effektivt. Region Blekinge kan inte införa nya metoder, verksamheter och investeringar utan politiska beslut. De förändringar och omställningar som görs inom verksamheten ska göra att gamla metoder och arbetssätt fasas ut och att resurser omfördelas utan att kostnaderna ökar.

En god kostnadskontroll innebär bland annat att förhindra att tillfälliga intäkter genererar kostnader som inte kan påverkas på kort sikt. Budgeten är Region Blekinges sätt att prioritera de begränsade ekonomiska resurserna inom verksamheten. En god kostnadskontroll är nödvändig för att Region Blekinge ska kunna följa de ramar som fullmäktige har beslutat om i budgeten. För att på längre sikt skapa förutsättningar för budgetföljsamhet måste Region Blekinge ha kontroll över kostnaderna.

Insatsområden och uppdrag som bedöms viktiga för att nå målet ”en ekonomi med god kostnadskontroll”:

Följa budget i samtliga verksamheter. Fullmäktiges beslutade budget innebär krav att anpassa verksamheten till de ekonomiska ramar som tilldelats. Det innebär ett ständigt behov av utveckling och effektivisering för att samtidigt möta ökade behov och nå uppsatta mål.

Kommunallagen kräver balans i ekonomin på så sätt att resultatet inte får budgeteras negativt och negativa resultat ska återställas inom tre år. Landstinget Blekinge har under några år haft negativa resultat som lett till krav på återställande. Med den förändrade kommunala redovisningen kring värdepapper kommer Region Blekinge troligen redan 2018 att återställa de 61,8 miljoner som måste återställas senast under 2020. Region Blekinge räknar inte med något negativt balanskrav att återställa vid början av planperioden.

Samtliga nämnder ska bedriva en verksamhet med ekonomi i balans.

Kostnadskontroll. En förändrad demografi och den tekniska utvecklingen är kostnadsdrivande för flera av Region Blekinges verksamheter. För att möta den utvecklingen krävs insatser för att minska kostnadsnivån. Landstinget Blekinge har i många år haft ett högre kostnadsläge per invånare jämfört med omkringliggande

landsting, och även jämfört med liknande landsting. För att ha en ändamålsenlig verksamhet med budget i balans behöver kostnadsutvecklingen minska och kostnadskontrollen öka.

Samtliga nämnder ska vidta åtgärder för att stärka kostnadskontrollen. Regionstyrelsen ska presentera ett underlag för samordningsvinster och minskade kostnader för administration i samtliga nämnder och deras förvaltningar, till följd av regionbildning och organisationsförändring.

Intäktskontroll. Region Blekinge måste se till att vi får in de intäkter vi förväntar oss för att sammantaget kunna leva upp till en ekonomi i balans.

Samtliga nämnder ska säkerställa att förväntade intäkter erhålls.

Inriktningsmål – långsiktig ekonomisk planering

Att Region Blekinges verksamheter bedrivs med långsiktig ekonomisk planering gör det möjligt att möta framtidens utmaningar och eventuella konjunkturnedgångar. Att Region Blekinges investeringar i så hög grad som möjligt finansieras via skattemedel och inte lån är en del i en långsiktig ekonomisk planering.

Region Blekinge förfogar över finansiella medel i form av likvida medel och pensionsplaceringar. Genom en långsiktig ekonomisk planering ska Region Blekinge säkerställa att likvida medel och pensionsplaceringar förvaltas på ett effektivt och säkert sätt.

Förutom indikatorerna i bilagan kommer Region Blekinge att följa upp ett par nyckeltal som soliditet och likviditet.

Insatsområden och uppdrag som bedöms viktiga för att nå målet ”långsiktig ekonomisk planering”:

Följa planerad investeringstakt. Styrelsen beslutar om den plan för investeringar som ska gälla för Region Blekinge. Att följa den beslutade planen innebär att Region Blekinge står rustade för framtiden. Investeringsbudgeten är på totalt två miljarder kronor och gäller i fem år. De två miljarderna är fördelade på investeringar inom it, fastighet, medicinteknik och övrigt. Investeringsplanen är 20–25 procent högre än den tilldelade investeringsbudgeten. Det är viktigt att Region Blekinge följer den planerade investeringstakten för att uppfylla verksamhetens investeringsbehov.

Samtliga nämnder ska säkerställa att den beslutade investeringsplanen följs.

Utveckla långsiktighet i förvaltningen av kapital. Kapitalplaceringspolicyn för Region Blekinge beslutas av fullmäktige och ska säkerställa att kapitalplaceringarna genomförs effektivt.
Region Blekinges finansiella verksamhet styrs av ett reglemente som beslutas av fullmäktige. Reglementet för den finansiella verksamheten utgör ett regelverk för medel- och skuldförvaltningen. Den gäller såväl den löpande finansiella verksamheten som den långsiktiga förvaltningen av pensionsmedel samt finansiell upplåning och valutahantering. Reglementet ska uppdateras när det behövs, med hänsyn till aktuella förhållanden inom regionen och utvecklingen på de finansiella marknaderna.

Regionstyrelsen ska säkerställa att likvida medel och pensionsplaceringar förvaltas på ett effektivt och säkert sätt.

Budget 2019 och ekonomisk plan för 2020–2021

Den 1 januari 2019 går nuvarande regionförbund Region Blekinge samman med Landstinget Blekinge och bildar då Region Blekinge. I samband med sammanslagningen sker en skatteväxling med Blekinges kommuner. Skattesatsen kommer i och med sammangåendet att förändras med 45 öre, och dessutom görs en skattehöjning med 60 öre, vilket innebär att skattesatsen höjs till 12,24 procent.

Sveriges kommuner och landstings (SKL) analyser pekar på att hälso- och sjukvården behöver ett ekonomiskt resurstillskott i framtiden. Så även i Blekinge. Vi har inlett en omfattande omstrukturering av hälso- och sjukvården i Blekinge enligt utvecklingsplanen Framtidens hälso- och sjukvård. De ekonomiska effekterna börjar synas under 2018 genom en dämpad kostnadsökningstakt.

Sammanfattning

Trots det fortsatt höga kostnadstrycket inom hälso- och sjukvården finns prioriterade satsningar i Region Blekinges budget år 2019–2021. I tabell 1 redovisas dessa satsningar.

Landstingsfullmäktige beslutade vid sitt sammanträde i november 2017 om budget för Landstinget Blekinge 2018–2020. Nuvarande Region Blekinges styrelse beslutade vid sitt sammansträde i september 2017 om budget för 2018. Dessa två budgetbeslut är utgångspunkten för Region Blekinges budget 2019–2021. Budgetförutsättningarna, prioriterade satsningar och verksamhetsförändringar för det tidigare budgetbeslutet finns beskrivet i dokumentet Landstingsplan och budget 2018–2020 samt dokumentet Region Blekinges budget och verksamhetsplan 2018.

Budgeten innehåller resultatbudget, balansbudget och finansieringsbudget för Region Blekinge för perioden 2019–2021. Även budget specificerad per nämnd och förvaltning och specifikation av regionstyrelsens förfogandeanslag finns som bilagor till budget 2019–2021. Nämndernas och förvaltningarnas budgetramar för planperioden 2019–2021 beslutas som en nettokostnadsram.

De budgeterade beloppen för skatteintäkter och intäkter från utjämningssystemet är hämtade från SKL:s skatteunderlagsprognos från den 19 oktober 2018. Den prognosen baserades på den samhällsekonomiska bild som SKL har av den svenska tillväxten och tillväxten i Blekinge för perioden 2019–2021.

Driftskostnaderna är generellt uppräknade med 2,1 procent för 2019, med 2,5 procent för 2020 och 2,4 procent 2021. För Hälsoval Blekinge är hela nettokostnadsramen uppräknad med 2,5 procent för 2019 och 2,9 procent för 2020 och 2021.

Satsningar i budget 2019–2021 (miljoner kronor)	2019	2020	2021	Finns budgeterad på nämnd/förvaltning
Personalpott	17,0	17,0	17,0	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Nattkvot	10,3	10,3	10,3	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Levnadsvanemottagning	2,5			Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Tarmcancerscreening	3,0	1,5	1,5	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Förbättrad cancervård	7,3	7,3	7,3	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Lagen om samverkan (LOS), målrelaterad ersättning	5,5	5,5	5,5	Regionstyrelsen / Regiongemensamt
Mobila team	3,4	1,7		Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Rehabiliteringskoordinatorer	2,5	4,0	4,0	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Kvalitetsgranskning av ST-utbildning, SPUR	0,4	0,4	0,4	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Närakut	1,5	2,9	4,4	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Jourcentral	0,4	1,1	1,1	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
1177 Vårdguiden	1,9	3,8	3,8	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Ordnad provtagning för prostatacancer, PSA	0,4	0,4	0,4	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Satsningar enligt kulturplan	2,8	2,8		Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Trafik kapacitetsåtgärder	3,9			Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Framtidens vårdinformationsstöd, FVIS	20,0	25,0	50,0	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Summa	**82,8**	**83,7**	**105,7**	
Förstärkningar i budget 2019–2021 (miljoner kronor)	**2019**	**2020**	**2021**	**Finns budgeterad på nämnd/förvaltning**
Utökade uppräkningar, trafiken	1,3	1,3	1,3	Trafiknämnden / Trafikförvaltning
Utökade uppräkningar, kultur och bildning	0,1	0,1	0,1	Kultur- och bildningsnämnd / Kultur och fritid
Första linjens psykiatri	1,3	1,3	1,3	Regionstyrelsen / Regiongemensamt
Köpt vård	15,0	15,0	15,0	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Läkemedel öppen vård	16,0	16,0	16,0	Hälso- och sjukvårdsnämnd / Hälso- och sjukvårdsförvaltning samt Regionstyrelsen / Regiongemensamt
Övrigt (avtal, licenser m.m)	13,4	12,2	12,3	Regionstyrelsen / Finansförvaltning
Summa	**47,1**	**45,9**	**46,0**	

Tabell 1. Prioriterade satsningar 2019–2021. Närmare beskrivning i planen under respektive perspektiv.

Det ekonomiska läget

Sverige befinner sig efter några år av snabb tillväxt i högkonjunktur. SKL:s bedömning är att konjunkturen kulminerar under 2019. Därefter förväntas ekonomin gå in i en fas med lägre tillväxttal och små förändringar i antalet arbetade timmar. SKL förutser svagare utveckling av skatteunderlaget under 2019 och 2020.

Sveriges befolkning ökar rekordsnabbt. 2017 ökade Sveriges befolkning med 125 000 personer, vilket motsvarar 1,25 procent. Blekinges befolkning ökade med knappt 1 000 personer, vilket motsvarar 0,6 procent. Befolkningen ökar särskilt snabbt i yngre och äldre åldrar. Dessa grupper har de största behoven av de verksamheter som drivs av kommuner, landsting och regioner. Personer i yrkesverksam ålder ökar väsentligt långsammare än befolkningen i genomsnitt. Befolkningens åldersfördelning påverkar i hög grad hälso- och sjukvårdens kostnader. Utvecklingen av demografin i Sverige innebär att behoven av hälso- och sjukvård ökar snabbare än någonsin tidigare. Inom hälso- och sjukvården förväntas kostnadstrycket bli fortsatt högt. Andra orsaker som ökar hälso- och sjukvårdens kostnader är ökade behandlingsmöjligheter och ambitionsökningar i form av statliga initiativ eller lokala satsningar.

Investeringsbehoven är stora i såväl Region Blekinge som i övriga regioner de närmaste åren. Anledningen till de stora investeringsbehoven är både den växande befolkningen och att äldre byggnader behöver moderniseras eller ersättas, samt upprustning av kollektivtrafiken.

Region Blekinges mål är att ha en långsiktigt stabil ekonomi. Region Blekinge ansvarar för att ha en ekonomisk beredskap för att hantera de situationer som uppkommer. God ekonomisk hushållning av begränsade tillgångar uppnås genom en ekonomiskt ansvarsfull och ändamålsenlig verksamhet. För att klara av den förväntade lägre ekonomiska tillväxten i svensk ekonomi är det därför viktigt att verksamheten i Region Blekinge bedrivs effektivt för att minimera kostnadsökningstakten. Detta innebär att vi behöver vara restriktiva även fortsättningsvis för att dämpa kostnadsutvecklingen.

Resultatbudget

Nedan redovisas resultatbudget för år 2019 och ekonomisk plan för år 2020–2021 för Region Blekinge. I bilaga 2 finns nämndernas och förvaltningarnas budgetramar specificerade. Nedan beskrivs resultatbudgetens olika delar var för sig.

(Miljoner kronor)	2019	2020	2021
Verksamhetens intäkter	988,3	983,8	989,1
Verksamhetens kostnader	-6 198,0	-6 355,8	-6 487,3
Avskrivningar	-236,0	-262,0	-274,0
Verksamhetens nettoresultat	**-5 445,7**	**-5 634,1**	**-5 772,1**
Skatteintäkter	4 111,8	4 228,0	4 380,7
Statsbidrag	1 412,7	1 455,8	1 469,8
Finansiella intäkter	48,8	48,8	48,8
Finansiella kostnader	-68,2	-73,8	-109,6
Summa finansiella poster	**5 505,0**	**5 658,9**	**5 789,6**
Resultat	**59,3**	**24,8**	**17,5**

Tabell 2. Resultatbudget för år 2019 och ekonomisk plan för år 2020-2021.

Finansiering av Region Blekinges verksamhet

Intäkterna som finansierar Region Blekinges verksamhet består av skatte- och statsbidragsintäkter, intäkter från verksamheten och finansiella intäkter.

Skatter och statsbidrag

Region Blekinges intäkter i form av skatteintäkter och intäkter från utjämningssystemet (statsbidrag i resultatbudgeten) utgör huvuddelen av den ekonomiska ramen för omfattning och inriktning på vår verksamhet. Dessa intäkter står för cirka 85 procent av Region Blekinges totala intäkter. Nivån på skatteintäkter och statsbidrag påverkas starkt av konjunktursvängningar och det ekonomiska läget i länet och landet. De budgeterade beloppen är hämtade från den senaste skatteunderlagsprognosen av SKL från 19 oktober 2018. Den prognosen är baserad på den samhällsekonomiska bild som SKL har av den svenska tillväxten och tillväxten i Blekinge för perioden 2019–2021.

Utöver intäkter från utjämningssystemet ingår statsbidraget för läkemedel i öppen vård i resultatbudgetens statsbidrag. Nivån på statsbidraget för öppenvårdsläkemedel 2019-2021 är budgeterat med 441 miljoner kronor respektive år. Kostnaden för öppenvårdsläkemedel finns under avsnittet om verksamhetens

kostnader. Tabell 3 visar en specifikation över budgeterade skatteintäkter, intäkter från utjämningssystemet och statsbidrag för öppenvårdsläkemedel år 2019–2021.

Skatteintäkter, statsbidrag och intäkter från utjämningssystemet (mnkr)	2019	2020	2021
Skatteintäkter	4 111,8	4 228,0	4 380,7
Summa skatteintäkter	**4 111,8**	**4 228,0**	**4 380,7**
Inkomsutjämningsbidrag	864,8	897,9	931,0
Regleringsavgift	-25,9	-9,9	-16,7
Kostnadsutjämningsbidrag	28,4	31,4	32,4
Strukturbidrag	80,5	81,0	81,6
Statsbidrag öppenvårdsläkemedel	441,5	441,5	441,5
Riktade statsbidrag (välfärsmiljarderna)	23,4	14,0	0,0
Summa statsbidrag	**1 412,7**	**1 455,8**	**1 469,8**
Summa skatteintäkter och statsbidrag	**5 524,5**	**5 683,8**	**5 850,5**

Tabell 3. Budgeterade skatteintäkter, intäkter från utjämningssystemet och statsbidrag för öppenvårdsläkemedel år 2019-2021.

Verksamhetens intäkter

Verksamhetens intäkter består av patientavgifter, biljettintäkter, försäljning av hälso- och sjukvård, bidrag och övriga intäkter. Generellt är budgeten för verksamhetens intäkter inte uppräknad. För hälso- och sjukvårdsförvaltningen är intäkterna för såld vård uppräknade med LPIK 2019–2021 med utgångspunkt från utfallet 2017.

En samlad bedömning har gjorts av intäkter för riktade statsbidrag som har budgeterats till 87,5 miljoner kronor 2019, 77 miljoner kronor 2020 och 76,2 miljoner kronor 2021 på finansförvaltningen. Inom verksamhetens intäkter finns Region Blekinges andel av statsbidraget för mer resurser i välfärden som inte regleras via anslaget för kommunalekonomisk utjämning.

Finansiella intäkter

Region Blekinges finansiella intäkter består till största delen av räntor på placerade medel och avkastning på ägda finansiella tillgångar. Region Blekinge har i sin placeringspolicy avkastningskrav på finansiella tillgångar. De finansiella intäkterna är budgeterade till 48,8 miljoner kronor för respektive år 2019–2021, vilket motsvarar avkastningskravet i placeringspolicyn.

Kostnaderna i Region Blekinge

Region Blekinges kostnader består av verksamhetens kostnader och finansiella kostnader. Budgetförutsättningarna för dessa beskrivs nedan. Några centrala kostnadsområden beskrivs mer utförligt.

Verksamhetens kostnader

Verksamhetens kostnader innehåller personalkostnader, köp av verksamhet, läkemedel och övriga kostnader. Generellt är budgeten för personalkostnader (löner och ersättningar till personal inklusive sociala avgifter) uppräknad med 2,9 procent för 2019 och 3,2 procent för 2020 och 3,3 procent för 2021. Driftskostnaderna är

generellt uppräknade med 2,1 procent för 2019 och 2,5 procent för 2020 och 2,4 procent för 2021. För Hälsoval Blekinge är hela nettokostnadsramen uppräknad med 2,5 procent för 2019 och 2,9 procent för 2020 och 2021.

Eftersom vi måste effektivisera för att kunna möta ökade behov måste alla förvaltningar utom Hälsoval Blekinge genomföra kostnadseffektiviseringar motsvarande 1,5 procent under 2019 motsvarande 76,3 miljoner kronor och ytterligare 1,5 procent 2021. Hälsoval Blekinges budgeterade ram reduceras inte med anledning av kostnadseffektiviseringar. Kostnadseffektivisering innebär att verksamheterna ska minska sina kostnader utan att försämra kvaliteteten.

Personalkostnader

De budgeterade personalkostnaderna innehåller kostnader för både anställd och inhyrd personal inklusive sociala avgifter. Nämndernas och förvaltningarnas budget för löner och ersättningar till personal är i 2018 års lönenivå. Kostnader för kommande löneöversyner finns budgeterade på finansförvaltningen.

Personalomkostnadspålägget (PO-pålägget) består av lagstadgade arbetsgivaravgifter på 31,42 procent, avtalsförsäkringar 0,05 procent och avtalspension 15,00 procent. PO-pålägget uppgår, enligt SKL, preliminärt till 46,47 procent av lönesumman år 2019–2021, ingen ökning jämfört med 2018.

Pensionskostnader

Region Blekinges pensionskostnader består av pensionsutbetalningar, skuldförändring och löneskatt. Beräkningar gällande pensionskostnader år 2019–2021 har beställts från Region Blekinges pensionsadministratör, Skandia, i augusti 2018. Den del av verksamheten som 2018 tillhör Region Blekinge administreras av Kommunernas pensionsanstalt (KPA) men kommer att flyttas över till Skandia. Pensionskostnaderna påverkas av antalet anställda, inflationsnivå, diskonteringsränta, förändringar av basbelopp och den delen av sociala avgifter som kommer av pensionskostnader. I tabell 4 nedan redovisas budgeterade pensionskostnader inklusive löneskatt för personal enligt Region Blekinges organisation från och med 2019.

Pensionskostnader (miljoner kronor)	2019	2020	2021
Skuldförändring	124,1	141,9	176,5
Utbetalningar	263,2	268,4	277,0
Löneskatt (24,26 %)	93,9	99,5	110,0
Summa:	**481,2**	**509,9**	**563,5**

Tabell 4. Budgeterade pensionskostnader för inklusive löneskatt.

Utöver ovanstående pensionskostnader finns fem miljoner kronor budgeterade för kostnadsbidrag på grund av huvudmannaskapsändring från landsting till kommun och en miljon kronor för pensionsadministrationskostnader.

Köp av verksamhet

Den köpta verksamheten består av köpt vård, interkommunala ersättningar och köpt trafikverksamhet.

Köpt vård är vård som regionen köper från andra vårdgivare, vilket år 2018 uppgick till nära åtta procent av verksamhetens kostnader. Nämndernas och förvaltningarnas kostnader för köpt högspecialiserad vård är inte uppräknade utan är budgeterade med samma belopp som för år 2018. Inom Södra sjukvårdsregionen pågår det förhandlingar om prisuppräkning av köpt vård inför kommande år. Övrig köpt vård är uppräknad enligt generella driftsuppräkningen.

Kostnaden för interkommunala ersättningar finns främst budgeterad inom Hälsoval Blekinge och är då uppräknad med uppräkningen för hälsoval. Övrig interkommunal ersättning är uppräknad enligt den generella driftsuppräkningen.

Uppräkning av köpt trafikverksamhet har gjorts enligt branschöverenskommet index. Kultur och fritid betalar bidrag till vissa kultutinstitutioner, uppräkning har gjorts enligt överenskommen uppräkningsfaktor.

Läkemedel

Kostnaderna för läkemedel delas in i två olika delar: Läkemedel i öppen vård, det vill säga läkemedel som skrivs ut på recept till patienter, och rekvisitionsläkemedel, det vill säga läkemedel som används inom den slutna vården. I budgeten för år 2019–2021 är de budgeterade kostnaderna för läkemedel i öppen vård 441 miljoner kronor. Rekvisitionsläkemedel är uppräknade enligt den generella driftsuppräkningen.

Övriga kostnader

De största kostnadsposterna inom övriga kostnader är sjukvårdsartiklar, medicinskt material och lokal- och fastighetskostnader. De övriga kostnaderna är uppräknade enligt generella driftsuppräkningen. Region Blekinge betalar varje år en premie för patientförsäkringen, vilken också finns inom verksamhetens kostnader. Preliminär premie för år 2019 är 21,6 miljoner kronor, vilket är 0,2 miljoner kronor högre än 2018.

Avskrivningar

Region Blekinges avskrivningskostnader består av avskrivningar på byggnader och mark samt avskrivningar på maskiner och inventarier. De budgeterade avskrivningarna påverkas av vilka investeringar som har gjorts och förväntas göras under planperioden. Region Blekinge står inför omfattande investeringar i form av om- och nybyggnationer (se avsnitt om investeringar). De budgeterade avskrivningarna är simulerade utifrån tidigare gjorda investeringar och föreslagen investeringsbudget som Region Blekinge ska ta beslut om för år 2019–2023.

Region Blekinge tillämpar från och med år 2014 komponentavskrivning. Det innebär att byggnader som består av komponenter vars förbrukning skiljer sig väsentligt åt delas upp och komponenterna skrivs av var för sig efter förväntad användningsperioden. Syftet är att på ett mer rättvisande sätt spegla förbrukningen av en tillgång. Användandet av komponentavskrivning ökar de budgeterade avskrivningskostnaderna på grund av att den totala avskrivningstiden på byggnader blir kortare (i genomsnitt 23 år jämfört med tidigare 30 år för fastighetsinvesteringar).

Finansiella kostnader

Finansiella kostnader består av räntekostnader på pensions- och löneskattkostnader, bankkostnader och räntekostnader för lån till investeringar 2019–2021. Räntekostnaderna på pensioner och löneskatt är

budgeterade utifrån den beräkning av pensionskostnader som gjorts av Skandia och KPA. De budgeterade kostnadsökningarna mellan åren beror på förväntade räntehöjningar. Bankkostnaderna är budgeterade till 0,9 miljoner kronor för respektive år. Räntekostnader för eventuella lån är budgeterade till 3,5 miljoner kronor 2019, 11,4 miljoner kronor 2020 och 18,7 miljoner kronor 2021.

Investeringar

Region Blekinges investeringar är indelade i de fyra investeringsslagen fastighetsinvesteringar, it-investeringar, investeringar i medicinteknik och övriga investeringar.

De beslut som fattats av landstingsfullmäktige med anledning av utredningen om framtidens hälso- och sjukvård har medfört ett högt investeringsbehov jämfört med tidigare år. Investeringarna prioriteras i en femårsplan som omprövas varje år. Föreslagen investeringsbudget är 2,0 miljarder kronor för perioden 2019–2023 och redovisas i tabell 5.

Budget						
(tusen kronor)	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Summa**
Fastighet	294 004	389 236	232 101	178 891	433 061	1 527 292
Medicinteknik	90 662	74 747	14 921	19 242	10 618	**210 190**
IT	59 556	47 189	39 053	16 272	12 204	174 274
Övrigt	29 164	34 739	7 906	8 665	7 770	**88 243**
Totalt	473 385	545 912	293 981	223 070	463 653	2 000 000

Tabell 5. Investeringsbudget.

Investeringsplanen kommer att slutgiltigt fastställas av landstingsstyrelsen i november 2018 och anmälas till landstingsfullmäktige.

Bilagor

Bilaga 1: Resultatbudget Region Blekinge 2019–2021

(Miljoner kronor)	2019	2020	2021
Verksamhetens intäkter	988,3	983,8	989,1
Verksamhetens kostnader	-6 198,0	-6 355,8	-6 487,3
Avskrivningar	-236,0	-262,0	-274,0
Verksamhetens nettoresultat	**-5 445,7**	**-5 634,1**	**-5 772,1**
Skatteintäkter	4 111,8	4 228,0	4 380,7
Statsbidrag	1 412,7	1 455,8	1 469,8
Finansiella intäkter	48,8	48,8	48,8
Finansiella kostnader	-68,2	-73,8	-109,6
Summa finansiella poster	**5 505,0**	**5 658,9**	**5 789,6**
Resultat	**59,3**	**24,8**	**17,5**

Bilaga 2: Budgetramar per nämnd och förvaltning 2019–2021

Budget nämnder och förvaltningar 2019–2021			
(kronor)	2019	2020	2021
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	3 477 427 400	3 464 148 300	3 437 701 600
Hälso- och sjukvårdsnämnden	**3 477 427 400**	**3 464 148 300**	**3 437 701 600**
Tandvårdsförvaltningen	148 950 300	151 479 100	150 467 300
Tandvårdsnämnden	**148 950 300**	**151 479 100**	**150 467 300**
Regional utveckling	13 358 300	13 420 100	13 280 900
Regional utvecklingsnämnd	**13 358 300**	**13 420 100**	**13 280 900**
Kultur- och fritid	49 010 200	50 451 600	51 670 000
Blekinge folkhögskola	24 280 500	24 718 700	24 549 900
Kultur- och bilningsnämnd	**73 290 700**	**75 170 300**	**76 219 900**
Trafikförvaltningen	328 461 800	340 912 300	346 163 600
Trafiknämnd	**328 461 800**	**340 912 300**	**346 163 600**
Regionservice	-7 900 000	-7 900 000	-15 800 000
Regionstaben	125 027 200	126 495 300	126 139 900
Regiongemensamt	908 853 400	927 521 800	943 433 000
Varav Politik	*23 449 400*	*23 540 700*	*23 630 600*
Varav Anslag under regionstyrelsen	*201 170 100*	*203 873 300*	*203 392 200*
Varav Hälsoval	*684 233 900*	*700 107 800*	*716 410 200*
Finansförvaltningen	-5 128 811 500	-5 118 101 400	-5 095 991 500
Regionstyrelsen	**-4 102 830 900**	**-4 071 984 300**	**-4 042 218 600**
Patientnämndsförvaltningen	3 109 500	3 121 300	3 083 000
Patientnämnden	**3 109 500**	**3 121 300**	**3 083 000**
Hjälpmedelsförvaltningen	-1 100 000	-1 100 000	-2 200 000
Samverkansnämnden i Blekinge	**-1 100 000**	**-1 100 000**	**-2 200 000**
Budgeterat resultat Region Blekinge	**-59 332 900**	**-24 832 900**	**-17 502 300**

Bilaga 3: Balansbudget Region Blekinge 2019–2021

Tillgångar	2019	2020	2021
Anläggningstillgångar			
Mark och byggnader	1 758	2 022	2 121
Maskiner och inventarier	486	505	426
Finansiella anläggningstillgångar	25	25	25
Summa anläggningstillgångar	**2 269**	**2 553**	**2 573**
Omsättningstillgångar			
Förråd	83	83	83
Kortfristiga fordringar	366	366	366
Likvida och placerade medel	1 801	1 831	1 881
Summa omsättningstillgångar	**2 250**	**2 280**	**2 330**
Summa tillgångar (miljoner kronor)	**4 518**	**4 832**	**4 902**
Eget kapital, avsättningar och skulder			
Eget kapital	1 238	1 263	1 281
Avsättningar pensioner	1 900	2 076	2 295
Övriga avsättningar	- 0	- 0	- 0
Långfristiga skulder	211	361	361
Kortfristiga skulder	1 169	1 132	966
Summa skulder och eget kapital (miljoner kronor)	**4 518**	**4 832**	**4 902**

Bilaga 4: Finansieringsbudget Region Blekinge 2019–2021

Tillförda medel	2019	2020	2021
Resultat efter skatteintäker och finansnetto	59	25	18
Avskrivningar och nedskrivningar	236	262	274
Skuldökning nyintjänade pensioner	154	176	219
Försäljning av anläggningstillgångar	-	-	-
Minskning av kortfristiga fordringar	-	-	-
Ökning av kort- och långfristiga skulder	100	150	-
Summa tillförda medel (miljoner kronor)	549	613	511
Använda medel			
Nettoinvesteringar	473	546	294
Ökning av kortfristiga fordringar	15	20	30
Minskning av kort- och långfristiga skulder	-	-	-
Summa använda medel (miljoner kronor)	488	566	324
Förändring av rörelsekapital (miljoner kronor)	61	47	187

Bilaga 5: Specifikation finansförvaltningen

Finansförvaltningen	Budget 2019
Anslag RS-förfogande	240,5
Budget för kommande löneöversyner	83,9
Ej fördelade avskrivningar	64,7
Finansiering	-5 710,5
Patientförsäkring	21,6
Pensioner	177,6
Förvaltningsavgifter	1,0
Bankkostnader	0,9
Räntekostnader eventuella lån	3,5
Kostnad för swoppar	4,0
Summa:	**-5 112,8**

Bilaga 6: Specifikation regionstyrelsens förfogandeanslag

Regionstyrelsens förfogandeanslag	Budget 2019	Budget 2020	Budget 2021
Jämlik folkhälsa	1,0	1,0	1,0
Barnlots	0,6	0,6	0,6
Handledning introduktion	2,0	2,0	2,0
Utbildningsvårdcentral		9,0	9,0
Personalrekrytering	10,8	10,8	10,8
Övrigt från budget 2018-2020	13,0	13,0	13,0
Personalpott	17,0	17,0	17,0
Nattkvot	10,3	10,3	10,3
Levnadsvanemottagning	2,5		
Tarmcancerscreening	3,0	1,5	1,5
Förbättrad cancervård	7,3	7,3	7,3
Mobila team	3,4	1,7	
Rehabiliteringskoordinatorer	2,5	4,0	4,0
Kvalitetsgranskning av ST-utbildning, SPUR	0,4	0,4	0,4
Närakut	1,5	2,9	4,4
Jourcentral	0,4	1,1	1,1
1177 Vårdguiden	1,9	3,8	3,8
Ordnad provtagning för prostatacancer, PSA	0,4	0,4	0,4
Satsningar enligt kulturplan	2,8	2,8	
Trafik kapacitetsåtgärder	3,9		
Köpt vård	15,0	15,0	15,0
Framtidens vårdinformationsstöd, FVIS	20,0	25,0	50,0
Övrigt (avtal, licenser m.m)	13,4	12,2	11,9
Reserv	107,4	107,4	107,4
Summa:	**240,5**	**249,2**	**270,9**

Bilaga 7: Investeringsbudget

Budget						
(tusen kronor)	2019	2020	2021	2022	2023	Summa
Fastighet	294 004	389 236	232 101	178 891	433 061	1 527 292
Medicinteknik	90 662	74 747	14 921	19 242	10 618	**210 190**
IT	59 556	47 189	39 053	16 272	12 204	174 274
Övrigt	29 164	34 739	7 906	8 665	7 770	**88 243**
Totalt	473 385	545 912	293 981	223 070	463 653	2 000 000

Bilaga 8: Indikatorlista

Perspektivet invånare och samhälle

Indikator på regionnivå för inriktningsmål ”ett attraktivt Blekinge”

Indikator beskrivning	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Uppföljning: frekvens och källa	Kommentar
Inrikes flyttnetto.	-408 personer (Utfall 2014–2017)	Ökning	Ökning	Ökning	Mäts årligen i samband med årsredovisning	Under 2000-talet har länets inrikes flyttnetto varit negativt för både män och kvinnor i Blekinge.
Kollektivtrafikens andel av motoriserade transporter.	13 % (2016)	Ökning	Ökning	Ökning		Mål enligt trafikförsörjningsplan

Indikator på regionnivå för inriktningsmål ”en god och jämlik hälsa”

Indikator beskrivning	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Uppföljning: frekvens och källa	Kommentar
Förväntad återstående medellivslängd hos 30-åriga kvinnor och män i Blekinge med förgymnasial utbildning.	Kvinnor: 52,77 Män: 48,04 (Utfall 2017)	Kvinnor: 52,82 Män: 48,14	Kvinnor: 52,87 Män: 48,24	Kvinnor: 52,92 Män: 48,34	Årsbokslut, SCB	För att minska skillnader i medellivslängd knyts målvärde till en indikator på gruppen med den lägsta förväntade medellivslängden
Andelen kariesfria 3-åringar.	91 % (Pojkar 92, flickor 91) (Utfall 2017)	93 %	95 %	97 %	Delårs- och årsbokslut Källa: Life Care Dentals	

Indikator på regionnivå för inriktningsmål ”god tillgänglighet”

Indikator beskrivning	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Uppföljning: frekvens och källa	Kommentar
Andel hushåll som har bredbandsanslutning över 100 Mbit/s.	65 % (2017)	-	95 %	-		
Andel som har fått en första bedömning av legitimerad personal i primärvården inom tre dagar.	Saknas ingångsvärde - ny vårdgarantilag	100 %	100 %	100 %	SKL:s Väntetider i vården	

Indikator på regionnivå för inriktningsmål ”hållbart näringsliv”

Indikator beskrivning	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Uppföljning: frekvens och källa	Kommentar
Antal nystartade företag per 1000 invånare i åldersgruppen 16-64 år.	8,2 (Utfall 2016)	Ökning	Ökning	Ökning	Årligen	
Innovationsindex.	72,4 (2017)	76	-	79	Reglab, vartannat år	

Perspektivet kvalitet och process

Indikator på regionnivå för inriktningsmål ”god kvalitet i Region Blekinges tjänster och samverkansprocesser”

Indikator beskrivning	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Uppföljning: frekvens och källa	Kommentar
Andel svarande som svarar positivt på frågor om kontinuitet och koordinering i primärvården.	65,7 % (Kvinnor: 64,7 Män: 66,9) (2017)	68 % (Öka med 2 % årligen)	70 %	72 %	Årsbokslut NPE	Svarsfrekvens 35 % 2017, 1514 svarande
Patientsäkerhetsindex.	79,2 (Utfall 2017)	80	80,8	81,6	Årsbokslut	Delarna i indexet är: Markörbaserad journalgranskning, vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och klädregler, trycksår, överbeläggning och utlokaliserade patienter, olämpliga läkemedel för äldre över 75 år och antibiotikaförskrivning

Indikator på regionnivå för inriktningsmål ”en digitaliserad verksamhet”

Indikator beskrivning	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Uppföljning: frekvens och källa	Kommentar
Antal e-tjänster som erbjuds i 1177 Vårdguiden.	41 (okt 2018)	47	55	65	Delårs- och bokslut Manuellt	
Andel invånare som använder e-tjänsterna i 1177 Vårdguiden.	36 % (okt 2018)	50 % (öka med 15 %)	65 %	80 %	Delår- och årsbokslut. respektive e-tjänst ex.1177	Målvärdet i enlighet med nationella mål.

Perspektivet kompetens

Indikator på regionnivå för inriktningsmål ”ett engagerat medarbetarskap”

Indikator beskrivning	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Uppföljning: frekvens och källa	Kommentar
HME-index	78,2 % (2017)	78,5 %	78,7 %	79,0 %	Årlig mätning, extern leverantör	
Arbetsmiljöindex	68,2 % (2017)	68,5	68,7 %	69 %	Årlig mätning, extern leverantör	

Indikator på regionnivå för inriktningsmål ”säkrad kompetensförsörjning nu och i framtiden”

Indikator beskrivning	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Uppföljning: frekvens och källa	Kommentar
Andel medarbetare som svarar att de kan rekommendera andra att söka sig till deras arbetsplats.	88,9% (2017)	89 %	89,2 %	89,5 %	Årlig mätning, extern leverantör	
Andel arbetsgivare som anger att de inte upplevt någon arbetskraftsbrist vid rekryteringar under de senaste 6 månaderna.	67,4 % privata arbetsgivare (2017) 26,2 % offentliga arbetsgivare (2017)	Ökande	Ökande	Ökande	Arbetsförmedlingens arbetsmarknadsprognos för Blekinge. Mäts 2 gånger per år.	Riket privata 63,6 % Riket offentliga 34,8 %

Perspektivet miljö och hållbarhet

Indikator på regionnivå för inriktningsmål ”en hållbar verksamhet”

Indikator beskrivning	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Uppföljning: frekvens och källa	Kommentar
Antal ton CO_2-ekvivalenter som Region Blekinge släpper ut per år.	2848 ton CO_2-ekv (dec 2017)	2563 ton (Minska med 10 % utifrån 2017 års värde)	2421 ton (Minska med 15 % utifrån 2017 års värde)	2278 ton (Minska med 20 % utifrån 2017 års värde)	Manuell, controller, miljö Årsredovisning	Värdet omfattar utsläpp från anestesigaser, transport samt energianvändning.

Perspektivet ekonomi

Indikator på regionnivå för inriktningsmål ”ekonomi med god kostnadskontroll”

Indikator beskrivning	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Uppföljning: frekvens och källa	Kommentar
Kostnadsutveckling	Ej relevant	Lika eller lägre kostnadsutveckling än i gällande budget.	Lika eller lägre kostnadsutveckling än i gällande budget.	Lika eller lägre kostnadsutveckling än i gällande budget.	Delårsrapport och årsredovisning.	
Nettokostnadsutveckling	Ej relevant	Lika eller lägre nettokostnadsutveckling än i gällande budget.	Lika eller lägre nettokostnadsutveckling än i gällande budget.	Lika eller lägre nettokostnadsutveckling än i gällande budget.	Delårsrapport och årsredovisning.	

Indikator på regionnivå för inriktningsmål ”långsiktig ekonomisk planering”

Indikator beskrivning	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Uppföljning: frekvens och källa	Kommentar
Andel påbörjade och avslutade investeringar.	Utfall 2018	90 procent av investeringsbudgeten, max budgeterad nivå.	90 procent av investeringsbudgeten, max budgeterad nivå.	90 procent av investeringsbudgeten, max budgeterad nivå.	Delårsrapport och årsredovisning.	
Ett realt avkastningsmål på minst tre procent i genomsnitt över en femårsperiod.	2013-12-31				Delårsrapport och årsredovisning. Coins portföljrapport.	

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten
Maria Gotthardsson

2018-10-04

Ärendenummer 2018/01525
Dokumentnummer 2018/01525-1

Till Landstingsstyrelsen

Ekonomisk rapportplan 2019

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

1. Att fastställa den ekonomiska rapportplanen för 2019

Sammanfattning

För att fånga signaler om resultatet under året ska Regionstyrelsen följa upp verksamheten genom månadsrapporter, delårsrapporter och årsredovisning.

Under året föreslås Regionstyrelsen få ekonomiska rapporter med prognos för hela året vid två tillfällen.

Efter april och augusti ska delårsbokslut upprättas. Särskilda direktiv kommer att skickas ut. Dessa rapporter ska bland annat innehålla genomgång av ekonomiskt utfall per förvaltning och en prognos för helåret 2019. Prognosen för helåret kommer vara underlag för politiska beslut om eventuella åtgärder för en ekonomi i balans. Rapporterna ska också innehålla en bedömning av förvaltningar och nämnders måluppfyllelse vid periodens slut och för helåret 2019. Således en prognos även för måluppfyllelsen.

Övriga månader föreslås Regionstyrelsen att få resultatrapport byggd på utfall för respektive period. Denna rapport kommer att visa på landstinget totalt och per förvaltning/nämnd. Inga prognoser kommer att krävas in.

Landstingsfullmäktiges nämnder kan, *utöver* föreslagna rapporter, själva fastställa den ekonomiska rapporteringen för sin respektive verksamhet.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

Bilaga

- Ekonomisk rapportplan 2019

Tidplan för ekonomisk rapportering 2019

Rapport-period	Ekonomi-systemet stänger	Flash	Inlämnat till RD-staben	Prognos	Dialogmöten med förvaltn.	Ledningsstaben klar ==> Utskick	Hälso- och sjukvårds-nämnd	Tandvårds-nämnd	Regional utvecklings-nämnd	Kultur- och bildnings-nämnd	Trafik-nämnd	Patient-nämnd	Budget-beredning	Möte RSAU	Möte RS	Möte RF
Jan - jan	1/2	5/2			1/2, 5/2											
Jan - feb	1/3	5/3		X		4/4	28/3	26/3	2/4	4/4	4/4	4/4		11/4	24/4	
Jan - mars	1/4	3/4				22/5	23/5	21/5	21/5	23/5	23/5	23/5		29/5	5/6	
Jan - april	3/5	7/5	20/5	X		Duka 29/5	23/5	21/5	21/5	23/5	23/5	23/5		29/5	5/6	19/6
Jan - maj	3/6	5/6				7/8	20/6	27/8	27/8	29/8	29/8	29/8		14/8	21/8	
Jan - juni	1/7	3/7														
Jan - juli	1/8	5/8				4/9	29/8	27/8	27/8	29/8	29/8	29/8		11/9	18/9	
Jan - aug	3/9	5/9	26/9	X		2/10	26/9	24/9	1/10	26/9	26/9	3/10	25/9	9/10	23/10	6/11
Jan - sept	1/10	3/10				29/10	31/10	29/10	5/11	7/11	7/11	12/12		5/11	20/11	
Jan - okt	1/11	5/11				Duka 20/11	12/12		10/12			12/12			20/11	
Jan - nov	2/12	4/12														

§ 350/18 Ärendenummer: 2018/01525

Ekonomisk rapportplan 2019

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att fastställa den ekonomiska rapportplanen för 2019.

Sammanfattning

För att fånga signaler om resultatet under året ska Regionstyrelsen följa upp verksamheten genom månadsrapporter, delårsrapporter och årsredovisning.
Under året föreslås Regionstyrelsen få ekonomiska rapporter med prognos för hela året vid två tillfällen.
Efter april och augusti ska delårsbokslut upprättas. Särskilda direktiv kommer att skickas ut. Dessa rapporter ska bland annat innehålla genomgång av ekonomiskt utfall per förvaltning och en prognos för helåret 2019. Prognosen för helåret kommer vara underlag för politiska beslut om eventuella åtgärder för en ekonomi i balans. Rapporterna ska också innehålla en bedömning av förvaltningar och nämnders måluppfyllelse vid periodens slut och för helåret 2019. Således en prognos även för måluppfyllelsen.
Övriga månader föreslås Regionstyrelsen att få resultatrapport byggd på utfall för respektive period. Denna rapport kommer att visa på landstinget totalt och per förvaltning/nämnd. Inga prognoser kommer att krävas in.
Landstingsfullmäktiges nämnder kan, *utöver* föreslagna rapporter, själva fastställa den ekonomiska rapporteringen för sin respektive verksamhet.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Ekonomisk rapportplan 2019
Bilaga: Tidplan för ekonomisk rapportering 2019.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten	2018-10-30	Ärendenummer	2018/01538
Maria Gotthardsson		Dokumentnummer	2018/01538-1

Till Landstingsstyrelsen

Firmatecknare för Region Blekinge 2019

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen beslutar

1. Att Landstinget Blekinges firma för tiden 12/11 2018 - 31/12 2018 tecknas av landstingsstyrelsens ordförande Alexander Wendt med kontrasignation av landstingsdirektör Peter Lilja,

2. Att Region Blekinges firma för tiden 1/1 2019 - 31/12 2019 tecknas av regionstyrelsens ordförande Alexander Wendt med kontrasignation av regiondirektör Peter Lilja,

3. Att för tiden 12/11 2018 - 31/12 2018 utse landstingsstyrelsens förste vice ordförande Lars Karlsson som ställföreträdare för landstingsstyrelsens ordförande och HR-direktör Jonas Kullberg som ställföreträdare för landstingsdirektören att teckna Landstinget Blekinges firma

4. Att för tiden 1/1 2019 - 31/12 2019 utse regionstyrelsens förste vice ordförande Lars Karlsson som ställföreträdare för regionstyrelsens ordförande och HR-direktör Jonas Kullberg som ställföreträdare för regiondirektören att teckna Region Blekinges firma.

Sammanfattning

Landstingsstyrelsen har att fatta beslut om firmatecknare för Landstinget Blekinge och Region Blekinge.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten
Maria Gotthardsson

2018-10-30

Ärendenummer 2018/01537
Dokumentnummer 2018/01537-1

Till landstingsstyrelsen

Firmatecknare för stiftelser 2019

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen beslutar

1. Att nedanstående stiftelsers firma för tiden 12/11 2018 – 31/12 2019 tecknas av landstingsstyrelsens sedermera regionstyrelsens ordförande Alexander Wendt med kontrasignation av landstingsdirektör sedermera regiondirektör Peter Lilja

2. Att för tiden 12/11 2018 - 31/12 2019 utse förste vice ordförande Lars Karlsson som ställföreträdare för ordföranden och HR-direktör Jonas Kullberg som ställföreträdare för landstingsdirektör/regiondirektören att teckna nedanstående stiftelsers firma

Stiftelsen Frisängsfonden VSF

Stiftelsen personalfonden VSF

Stiftelsen A Petterssons Reumatikerfond

Stiftelsen patienternas donationsfond

Stiftelsen J Ingemanssons donationsfond

Stiftelsen Berta och Per Nilssons donationsfond

Stiftelsen Samfonden DSÖ

Stiftelsen Ester Franssons donationsfond

Landstinget Blekinges stipendiestiftelse

Sammanfattning

Landstingsstyrelsen har att utse firmatecknare för stiftelser för år 2019

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten	2018-10-04	Ärendenummer	2018/01540
Maria Gotthardsson		Dokumentnummer	2018/01540-1

Till Landstingsstyrelsen

Utbetalare från Region Blekinges bankkonton 2019

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

1. Att för tiden 1/1 - 31/12 2019 utse Christer Rosenquist, Sindi Swärdh, Helena Lönnqvist, Kerstin Mannersten, Caroline Karlsson, Ewa Karlsson, Annica Sandell, Sofie Lagström och Peter Gunnarsson till utbetalare för bankgirokontot, penningmarknadskontot samt pensionsmedelskontot i Swedbank samt andra konton i banker och fondbolag där Region Blekinge har fondinnehav.

2. Att för tiden 1/1 - 31/12 2019 utse Sindi Swärdh, Helena Lönnqvist och Kerstin Mannersten till utbetalare för bankkonto i Handelsbanken, SEB och Nordea.

Sammanfattning

Landstingsstyrelsen har att utse utbetalare från Region Blekinges bankkonton för år 2019.

Ovan angivna utbetalare har rätt att, två i förening, underteckna utbetalningarna från bankgirokonto 620-4861 i Swedbank i Karlskrona, penningmarknadskonto 964 238 531-5 i Swedbank i Karlskrona, pensionsmedelskonto 993 247 668-3 i Swedbank i Karlskrona, samt från konton i andra banker och fondbolag där Region Blekinge har fondinnehav.

Ovan angivna utbetalare har rätt att, två i förening, underteckna utbetalningarna från bankkonto i Handelsbanken, SEB och Nordea.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

Postadress: 371 81 Karlskrona Besöksadress: Wämö center Telefon: 0455-73 10 00
E-post: ltblekinge.se, Internet: www.ltblekinge.se Org nr: 232100-0081

§ 351/18 Ärendenummer: 2018/01540

Utbetalare från Region Blekinges bankkonton 2019

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att för tiden 1/1 - 31/12 2019 utse Christer Rosenquist, Sindi Swärdh, Helena Lönnqvist, Kerstin Mannersten, Caroline Karlsson, Ewa Karlsson, Annica Sandell, Sofie Lagström och Peter Gunnarsson till utbetalare för bankgirokontot, penningmarknadskontot samt pensionsmedelskontot i Swedbank samt andra konton i banker och fondbolag där Region Blekinge har fondinnehav.

2. Att för tiden 1/1 - 31/12 2019 utse Sindi Swärdh, Helena Lönnqvist och Kerstin Mannersten till utbetalare för bankkonto i Handelsbanken, SEB och Nordea.

Sammanfattning

Landstingsstyrelsen har att utse utbetalare från Region Blekinges bankkonton för år 2019. Ovan angivna utbetalare har rätt att, två i förening, underteckna utbetalningarna från bankgirokonto 620-4861 i Swedbank i Karlskrona, penningmarknadskonto 964 238 531-5 i Swedbank i Karlskrona, pensionsmedelskonto 993 247 668-3 i Swedbank i Karlskrona, samt från konton i andra banker och fondbolag där Region Blekinge har fondinnehav.
Ovan angivna utbetalare har rätt att, två i förening, underteckna utbetalningarna från bankkonto i Handelsbanken, SEB och Nordea.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Utbetalare från Region Blekinges bankkonton 2019.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten
Maria Gotthardsson

2018-10-04

Ärendenummer 2018/01536
Dokumentnummer 2018/01536-1

Till Landstingsstyrelsen

Utbetalare från stiftelsernas bankkonton 2019

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

1. Att för år 2019 utse Christer Rosenquist, Monica Magnusson, Marie Håkansson och Maria Gotthardsson till utbetalare för följande stiftelsers bankkonto:

   Stiftelsen Frisängsfonden VSF
   Stiftelsen personalfonden VSF
   Stiftelsen A Petterssons Reumatikerfond
   Stiftelsen patienternas donationsfond
   Stiftelsen J Ingemanssons donationsfond
   Stiftelsen Berta och Per Nilssons donationsfond
   Stiftelsen Samfonden DSÖ
   Stiftelsen Ester Franssons donationsfond
   Landstinget Blekinges stipendiestiftelse

Sammanfattning

Landstingsstyrelsen har att utse utbetalare för Region Blekinges stiftelser för år 2019.

Ovan angivna utbetalare har rätt att, två i förening, underteckna utbetalning från respektive stiftelsers bankkonto.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

Postadress: 371 81 Karlskrona Besöksadress: Wämö center Telefon: 0455-73 10 00
E-post: ltblekinge.se, Internet: www.ltblekinge.se Org nr: 232100-0081

§ 352/18 Ärendenummer: 2018/01536

Utbetalare från stiftelsernas bankkonton 2019

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att för år 2019 utse Christer Rosenquist, Monica Magnusson, Marie Håkansson och Maria Gotthardsson till utbetalare för följande stiftelsers bankkonto:

   Stiftelsen Frisängsfonden VSF
   Stiftelsen personalfonden VSF
   Stiftelsen A Petterssons Reumatikerfond
   Stiftelsen patienternas donationsfond
   Stiftelsen J Ingemanssons donationsfond
   Stiftelsen Berta och Per Nilssons donationsfond
   Stiftelsen Samfonden DSÖ
   Stiftelsen Ester Franssons donationsfond
   Landstinget Blekinges stipendiestiftelse

Sammanfattning

Landstingsstyrelsen har att utse utbetalare för Region Blekinges stiftelser för år 2019. Ovan angivna utbetalare har rätt att, två i förening, underteckna utbetalning från respektive stiftelsers bankkonto.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Utbetalare från stiftelsernas bankkonton 2019.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten
Maria Gotthardsson

2018-10-03

Ärendenummer 2018/01514
Dokumentnummer 2018/01514-1

Till Landstingsstyrelsen

Underteckna bankavtal och utländska checkar

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

1. Att uppdra åt Maria Gotthardsson (ordinarie) och Christer Rosenquist (ersättare) att för tiden 1/1 - 31/12 2019 teckna avtal för internetbanker och betalkortsterminaler,

2. Att uppdra åt Maria Gotthardsson (ordinarie) och Christer Rosenquist (ersättare) att för tiden 1/1 - 31/12 2019 inlösa utländska checkar till penningmarknadskonto 964 238 531-5 i Swedbank i Karlskrona.

Sammanfattning

Landstingsstyrelsen har att fatta beslut om att teckna avtal för internetbanker och betalkortsterminaler samt utländska checkar för Region Blekinge.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

§ 353/18 Ärendenummer: 2018/01514

Underteckna bankavtal och utländska checkar

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att uppdra åt Maria Gotthardsson (ordinarie) och Christer Rosenquist (ersättare) att för tiden 1/1 - 31/12 2019 teckna avtal för internetbanker och betalkortsterminaler,

2. Att uppdra åt Maria Gotthardsson (ordinarie) och Christer Rosenquist (ersättare) att för tiden 1/1 - 31/12 2019 inlösa utländska checkar till penningmarknadskonto 964 238 531-5 i Swedbank i Karlskrona.

Sammanfattning

Landstingsstyrelsen har att fatta beslut om att teckna avtal för internetbanker och betalkortsterminaler samt utländska checkar för Region Blekinge.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Underteckna bankavtal och utländska checkar.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten
Christer Rosenquist

2018-10-22

Ärendenummer 2018/01636
Dokumentnummer 2018/01636-2

Till Landstingsstyrelsen

Revidering i reglementet för den finansiella verksamheten

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

att fastställa reglementet för den finansiella verksamheten vilken ersätter den tidigare versionen från 2017 (Dnr 2017/0597).

Sammanfattning

Finansiella intäkter och kostnader finns redovisade i Landstinget Blekinges resultaträkningar och resultatbudgetar och påverkar således landstingets ekonomiska resultat. Innehållet i reglementet för den finansiella verksamheten styr bland annat hur kapitalet ska förvaltas utifrån landstingets uppställda mål. Således påverkar reglementets innehåll storleken på Landstingets finansiella intäkter och kostnader. Förslaget till ändringar i reglementet gäller avsnitten tillgångsallokering och kreditrisk. Förslagen innebär att avkastningen på placerade medel förväntas öka men med ökad risk.

Bakgrund

Landstinget Blekinge ska på ett effektivt och säkert sätt förvalta de finansiella medel som landstinget förfogar över. Landstingets kapital måste förvaltas i enlighet med kapitel 11, 2 § Kommunallagen som lyder, ”Kommunerna och landstingen ska förvalta sina medel på ett sådant sätt att krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses”. Reglementet för den finansiella verksamheten utgör ett regelverk för medels- och skuldförvaltningen. Den gäller såväl den löpande finansiella verksamheten som den långsiktiga förvaltningen av pensionsmedel.

Reglementet ska ses över årligen och uppdateras vid behov med hänsyn till aktuella förhållanden inom landstinget samt till utvecklingen på de finansiella marknaderna.

Finansiella intäkter och kostnader finns redovisade i resultaträkningar och resultatbudgetar och påverkar således Landstinget Blekinges ekonomiska resultat. Innehållet i reglementet styr bland annat hur kapitalet ska förvaltas utifrån landstingets uppställda mål samtidigt som en kostnadseffektiv lösning eftersträvas. Pensionsmedelsförvaltningen har ett realt långsiktigt avkastningsmål på minst 3 procent i genomsnitt över en 5-årsperiod. Således påverkar reglementets innehåll storleken på Landstingets finansiella intäkter och kostnader.

Ett reviderat reglemente har arbetats fram av Landstingsdirektörens stab.

Förändringar i reglementet

Tillgångsallokering – Strategisk allokering

Förvaltningen av de långsiktiga tillgångarna styrs av en normalportfölj. Normalportföljen visar den strategiska fördelningen av de olika tillgångsslagen, uttryckt som andel av portföljens totala marknadsvärde samt respektive tillåtna avvikelse från normalvärdet. Förslaget innebär att normalportföljens fördelning mellan räntebärande värdepapper och aktier förändras från 70 procent räntebärande värdepapper till 50 procent. Således ökar normalportföljen för aktier från 30 procent till 50 procent. Alternativa placeringar (ex fastigheter, hedgefonder och private equity) ökar från 5 procent till 10 procent. I nuläget finns inga alternativa placeringar i portföljen. I bilagan visas fördelningen av räntebärande värdepapper och aktier före och efter ändring.

Handelsbanken har gjort en portföljanalys som bland annat innehåller ett stresstest av portföljen. De har stressat alla tillgångar utifrån den största nergången de senaste 10 åren. Testet är mycket tufft och utgår ifrån att allt dåligt inträffar samtidigt. Historiskt har man bra hjälp av räntemarknaden när börsen fallit. Det stödet är sannolikt sämre nu eftersom räntorna är såpass låga. En svag aktiemarknad skulle också kunna skapas av stigande räntor, och då går båda tillgångsslagen dåligt. Stresstestet baseras på befintlig portfölj och syftet är att se hur portföljen ser ut efter en dramatisk nergång av tillgångarna. På nuvarande portfölj skulle en sådan nedgång minska marknadsvärdet på portföljen med 254 miljoner kronor. Om andelen aktier däremot var 50 procent skulle marknadsvärdet minska med 311 miljoner kronor. Resultatet vid 65 procent aktier innebär en minskning av marknadsvärdet med 397 miljoner kronor. Det är en avvikelse med 143 miljoner kronor mot nuvarande portfölj.

Det är dock viktigt att betona att förvaltningen av pensionsmedel är långsiktiga. Klarar man av ordentliga nedgångar så har man hittills förr eller senare hämtat tillbaka nedgångarna allt eftersom marknaden återhämtar sig.

I Handelsbankens portföljanalys finns även ett avsnitt kring förväntad avkastning och risk. Handelsbanken förväntar sig följande avkastning per år och tillgångsslag de närmsta 5 åren. Exempelvis ska enligt deras beräkning svenska aktier öka med 5 procent per år.

Capital Market Assumptions

	Arithmetic Mean (Historical)	Arithmetic Mean (Forecast)
Svenska aktier	13.50	5.00
Globala aktier	9.58	5.60
Svenska obligationer	3.58	0.50
Likviditet	1.17	0.00
Svenska krediter	2.57	0.80

Avkastningen och risken på Landstinget Blekinges portfölj ska enligt Handelsbankens beräkning bli följande med olika procentandelar aktier:

	Nuvarande portfölj	50% aktier	65% aktier
Arithmetic Mean (Refined)	2.51	3.00	3.74
Standard Deviation (Refined)	5.21	6.43	8.30
Sharpe Ratio (Refined)	0.48	0.47	0.45

Den nominella avkastningen ska på nuvarande portfölj bli 2,51 procent per år. Om andelen aktier är 50 procent ska avkastningen öka till 3,0 procent per år. Risken mätt som standardavvikelse skulle öka från 5,21 till 6,43. Standardavvikelsen med 50 procent aktier blir den förväntade avkastningen 3 procent och standardavvikelsen 6,43. Det innebär att den årliga avkastningen (med 95% sannolikhet) kommer ligga inom intervallet +15,83 till -9,86, dvs två standardavvikelser från det förväntade värdet.

Kreditrisk

Vid investeringar av värdepapper ska strävan vara att placeringar skall göras i tillgångar som har hög kreditvärdighet som möjligt. För att bedöma graden av kreditvärdighet hos emittenter och motparter tillämpas Standard & Poor's, Moodys eller annat erkänt ratinginstituts ratingklassificering, se bilaga. Ju bättre kreditvärdighet emittenten har desto lägre ränta behöver den betala till den som köper värdepapperet. Omvänt gäller att ju sämre kreditvärdighet emittenten har desto högre ränta behöver den betala till den som köper värdepapperet. Förslaget till ändrad kreditrisk är att öka limiterna enligt följande:

Emittent/Ratingkategori	Nuvarande Fördelning	Förslag ny fördelning
AAA/Aaa	100	100
AA/Aa	30	40
A/A	20	30
BBB/Baa	10	20
BB/Ba	3	8
Värdepapper utan rating eller lägre än BB/Ba	7	8

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

Bilaga

- Reglementet för den finansiella verksamheten
- Portföljanalys från Handelsbanken
- Kreditrisk
- Tillgångsallokering

2018-10-22

REGLEMENTE FÖR DEN FINANSIELLA VERKSAMHETEN
Region Blekinge

2018

LANDSTINGET BLEKINGE

Innehåll

1 INLEDNING 3
1.1 Bakgrund 3
1.2 Reglementets syfte och innehåll 3
1.3 Uppdatering av reglementet 4
2 ORGANISATION OCH ANSVARSFÖRDELNING 4
2.1 Bakgrund 4
2.2 Regionfullmäktiges ansvar 4
2.3 Regionstyrelsens ansvar 4
2.4 Regiondirektörens ansvar 4
2.5 Ekonomidirektörens ansvar 4
2.6 Finansstrategens ansvar 5
2.7 Attestinstruktion 5
2.8 Placeringsråd 5
3 GENERELLA REGLER FÖR KAPITALFÖRVALTNING 5
3.1 Legala begränsningar 5
3.2 Förvaltningsstruktur 6
3.3 Ansvarsfulla placeringar 6
3.4 Risk 6
3.5 Valutarisk 7
3.6 Likviditetsrisk 7
3.7 Kreditrisk 7
3.8 Derivatinstrument 8
3.9 Redovisningsprinciper 8
3.10 Intern kontroll 8
3.11 Tillåtna motparter 8
3.12 Förvaring av värdepapper 8
3.13 Extern rådgivare 9
3.14 Lån och utlåning 9
4 LIKVIDITETSFÖRVALTNING 9
4.1 Bakgrund 9
4.2 Definition av likviditetsförvaltning 9
4.3 Mål likviditetsförvaltning 9
4.4 Tillåtna tillgångsslag 9
4.5 Lån och kreditlöften 10
5 ÖVERLIKVIDITETSFÖRVALTNING 10
5.1 Bakgrund 10
5.2 Mål överlikviditetsförvaltning 10
5.3 Tillgångsallokering – Strategisk allokering 10
5.4 Tillåtna tillgångsslag/värdepapper 10
5.5 Ränterisk 11
5.6 Kreditrisk 11
6 PENSIONSMEDELSFÖRVALTNING 11
6.1 Bakgrund 11
6.2 Övergripande mål 11
6.3 Tillgångsallokering – Strategisk allokering 12
6.4 Tillåtna tillgångsslag/värdepapper 12

6.5 REBALANSERING 13
6.6 RÄNTERISK 13
6.7 KREDITRISK 13

7 SKULDFÖRVALTNING 14

7.1 UPPLÅNING – ALLMÄNT 14
7.2 MÅL UPPLÅNING 14
7.3 FINANSIERINGSRISK 14
7.4 RÄNTERISK 15
7.5 VALUTARISK 15
7.6 TILLÅTNA MOTPARTER 15
7.7 TILLÅTNA SÄKRINGSINSTRUMENT 15

8 UPPFÖLJNING OCH RAPPORTERING 15

8.1 SYFTE 15
8.2 ALLMÄNT 16
8.3 UPPFÖLJNING OCH RAPPORTERING 16

1 INLEDNING

1.1 Bakgrund

Region Blekinge (nedan kallad regionen) ska på ett effektivt och säkert sätt förvalta de finansiella medel som regionen förfogar över. Regionens finansfunktion arbetar med finansiell planering och uppföljning på kort och lång sikt samt utför de operativa åtgärder som krävs för att genomföra beslutade placeringar.

Finansfunktionen är kravställare på andra funktioner, projekt och processer som påverkar de finansiella flödena. Som exempel på detta kan nämnas regionens rutiner kring kund- och leverantörsfakturor.

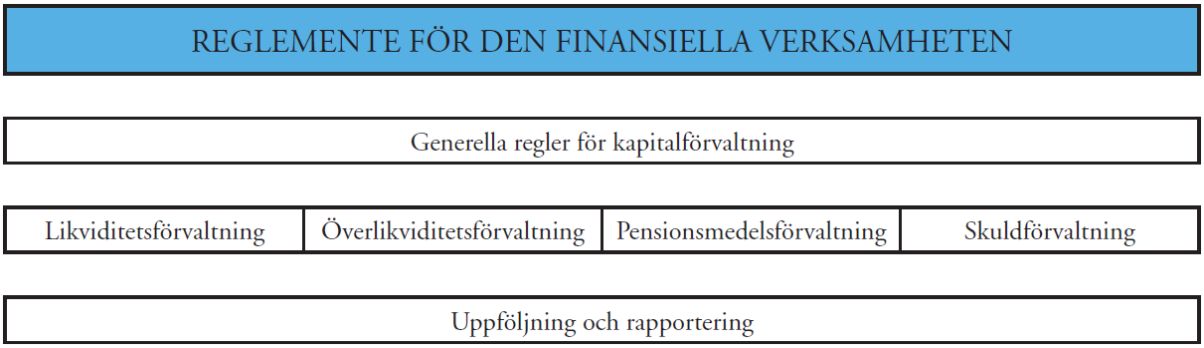
1.2 Reglementets syfte och innehåll

Reglementet för den finansiella verksamheten utgör ett regelverk för medels- och skuldförvaltningen. Den gäller såväl den löpande finansiella verksamheten som den långsiktiga förvaltningen av pensionsmedel samt finansiell upplåning och valutahantering. Reglementet upprättas också för att möta de legala krav som ställs på regionen. Ett väl definierat regelverk är även ett styrinstrument och ett hjälpmedel för de personer som arbetar med förvaltningen. Genom att ansvar, befogenheter, regler och risknivåer definieras och klarläggs, skapas förutsättningar för ett snabbt och korrekt beslutsfattande.

Ekonomidirektören ska vid behov utfärda särskilda anvisningar för hur reglementet ska tillämpas. Detta görs i i dokument benämnt ”Anvisningar och Riktlinjer för den finansiella verksamheten”(ARF). Detta dokument ska innehålla närmare och mer detaljerade anvisningar och riktlinjer till den praktiska hanteringen av den finansiella verksamheten.

Reglementet innehåller mål och riktlinjer inom följande områden:

- Organisation och ansvarsfördelning
- Generella regler för kapitalförvaltning
- Likviditetsförvaltning
- Överlikviditetsförvaltning
- Pensionsmedelsförvaltning
- Skuldförvaltning
- Uppföljning och rapportering



1.3 Uppdatering av reglementet

Reglementet ska ses över årligen och uppdateras vid behov med hänsyn till aktuella förhållanden inom regionen samt till utvecklingen på de finansiella marknaderna. Även ARF skall vid behov vara föremål för samma översyn och uppdatering som reglementet.

2 ORGANISATION OCH ANSVARSFÖRDELNING

2.1 Bakgrund

Ansvaret för finansverksamheten inom regionen fördelas mellan regionsfullmäktige, regionsstyrelsen, regiondirektören, ekonomidirektören och finansstrategen enligt nedan. Det löpande arbetet är organiserat under finansfunktionen vid regiondirektörens stab och redovisningen vid verksamhetsstöd.

2.2 Regionfullmäktiges ansvar

Det är regionsfullmäktiges ansvar att medelsförvaltningen sker i överensstämmelse med kommunallagen, 8 kap §§ 2-3a samt att fastställa reglementet för den finansiella verksamheten.

2.3 Regionstyrelsens ansvar

Regionstyrelsen är formell medelförvaltare och delegerar det operativa förvaltningsuppdraget till Regiondirektören. Regionstyrelsen är ansvarig för strategiska frågeställningar.

Regionstyrelsens ansvar omfattar:

- Beredning av reglemente för den finansiella verksamheten, för beslut i Regionfullmäktige.
- Säkerställande att förvaltningen sker i överensstämmelse med reglementet för den finansiella verksamheten.
- Löpande utvärdering av förvaltningen i förhållande till fastställda förvaltningsmål.
- Besluta om medel ska föras mellan likviditetsportföljen och pensionsmedelsportföljen eller omvänt.
- Bereda i samband med fastställande av regionens budget limit för nyupplåning.

2.4 Regiondirektörens ansvar

Regiondirektören bär det övergripande tjänstemannaansvaret för att regionens tillgångar och skulder förvaltas på ett så optimalt sätt som möjligt i enlighet med detta reglemente. Det är regiondirektörens ansvar att tillse att det fastställda reglementet för den finansiella verksamheten efterlevs.

Regiondirektören har det övergripande ansvaret för finansfrågor inför regionstyrelsen.

2.5 Ekonomidirektörens ansvar

Det är ekonomidirektörens ansvar att

- Regionen har en väl fungerande finansfunktion.
- Regionen har tillfredställande intern kontroll.
- Löpande föra strategiska diskussioner och följa utvecklingen inom finansverksamheten genom att ta del av den fortlöpande finansiella rapporteringen.

- Ekonomidirektören ska vid behov utfärda särskilda anvisningar (ARF) för hur reglementet ska tillämpas.
- Besluta om rebalansering vid överträdande av limiter.
- Besluta, när likvida medel inom pensionsmedelsförvaltningen tillåter, om upphandling av värdepapper.
- Beslutsattestera värdepappersaffärer tillsammans med finansstrategen.
- Besluta om upptagande av lån enligt beslut i regionfullmäktige.

2.6 Finansstrategens ansvar

Finansstrategens ansvar är det operativa arbetet för regionens finanshantering i enlighet med fastställt reglemente.

Det operativa arbetet består av

- Samordning av regionens finansiella verksamhet.
- Bevaka utvecklingen inom de finansiella marknaderna.
- Samordna regionens betalningsströmmar.
- Framtagning av likviditetsplan.
- Lämna information om regionens finansiella ställning till regiondirektören och ekonomidirektören.
- Initiera utvecklings- och förbättringsåtgärder av den finansiella verksamheten.
- Upphandla finansiella tillgångar enligt beslut av ekonomidirektören.
- Besluta, vid upphandling av finansiella tillgångar, om värdepappersval i enlighet med detta reglemente. Det innebär att finansstrategen har fullmakt att ha direktkontakt med motparter vid köp eller försäljning av finansiella tillgångar.
- Beslutsattestera värdepappersaffärer tillsammans med ekonomidirektören.
- Upphandla lån enligt beslut av ekonomidirektören.

2.7 Attestinstruktion

Förutom ovanstående ansvarsfördelning gäller regionens ordinarie attestreglemente.

2.8 Placeringsråd

Placeringsrådet består av regionråd, regiondirektör, ekonomidirektör och finansstrateg. Placeringsrådet ska vara ett forum där frågor och idéer kring kapitalförvaltningen kan diskuteras. Målet med placeringsrådet är bland annat att fler personer blir involverade i kapitalförvaltningen. Forumet har ingen rätt att fatta några beslut kring kapitalförvaltningen.

3 GENERELLA REGLER FÖR KAPITALFÖRVALTNING

I detta kapitel anges regler och begränsningar som gäller för all kapitalförvaltning i regionen, oavsett om det gäller likviditets-, överlikviditets- eller pensionsmedelsförvaltning.

3.1 Legala begränsningar

Regionens kapital måste förvaltas i enlighet med kapitel 11, 2 § Kommunallagen som lyder, ” Kommuner och landsting ska förvalta sina medel på ett sådant sätt att krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses.”

3.2 Förvaltningsstruktur

Kapitalet ska förvaltas utifrån regionens uppställda mål samtidigt som en kostnadseffektiv lösning eftersträvas. Förvaltningen sker med hjälp av externa motparter. Avtal om diskretionär förvaltning får inte ingås innan regionfullmäktige har tagit ett sådant beslut. Andelsinnehav i värdepappersfonder betraktas i detta sammanhang inte som diskretionär förvaltning.

3.3 Ansvarsfulla placeringar

Ett av Regionen Blekinges strategiska mål är en långsiktig hållbar ekonomi. Det innebär bl.a. att placeringarna ska vara långsiktigt hållbara och ansvarsfulla. Med anledning av detta ska hänsyn tas till hållbarhetsbegreppets alla tre delar; ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet.

Investeringar ska endast göras i de företag som på ett godtagbart sätt uppfyller kraven i de internationella konventionerna som Sverige har undertecknat. De konventioner som främst avses är:

• UN Global Compact Konventionerna om de mänskliga rättigheterna, arbetsvillkor, miljö och anti-korruption
• Barnkonventionen
• ILO-konventionerna
• Internationella vapenkonventioner; klusterbomber, personminor, kemiska och biologiska vapen samt kärnvapen

Regionen ska undvika placeringar i företag där en del av omsättningen kommer från produktion och försäljning av tobak eller tobaksprodukter, alkoholvaror, pornografi eller vapen. Regionen ska också undvika investeringar i företag som arbetar med att prospektera, exploatera, utvinna eller producera kol, olja och naturgas. Regionen är positiv till placeringar som innebär en bredare miljöhänsyn.

Dessa instruktioner ska gälla vid förvaltning av direktinvesteringar i svenska och utländska aktier samt företagsobligationer. Vid indirekta investeringar såsom innehav i värdepappersfonder, strukturerade produkter och hedgefonder gäller att dessa instruktioner så långt det är möjligt tillämpas i så stor del av de underliggande placeringarna som möjligt.

Ansvaret att se till att ovanstående begränsningar följs ligger på kapitalförvaltaren om inte direktinvestering har skett. Uppföljning av hållbarhetsarbetet och dess utfall ska genomföras årligen av finansstrategen.

Om det kommer till Regionens kännedom att dessa föreskrifter inte följs kommer det att leda till att kapitalförvaltaren uppmanas att göra en utvärdering av den enskilda placeringen och därefter gör Regionen Blekinge en bedömning av placeringens lämplighet i portföljen.

3.4 Risk

Finansiella placeringar innebär risktagande. Om kapitalförvaltningen är effektiv erhålls en ökad förväntad avkastning genom en höjd risknivå, och en lägre risk erhålls genom en minskning av den förväntade avkastningen. Portföljens risk regleras praktiskt genom tillgångsallokering och limiter (*se vidare under respektive portfölj)*.

För att begränsa de finansiella riskerna vid exponering mot aktiemarknaden ska portföljen vara väldiversifierad. Diversifieringen erhålls genom att sprida placeringar mellan olika:

- Regioner
- Länder
- Sektorer
- Emittenter

Regionen ska också när placering sker i strukturerade produkter sträva efter en god förfallostruktur. Detta innebär att produkterna ska ha en bra spridning med avseende på förfallodatum. Vid placering och hantering i och av strukturerade produkter se vidare ”Anvisningar och riktlinjer för finansverksamheten” (ARF)

3.5 Valutarisk

Värdet av placeringar i utländska valutor sjunker i värde vid försvagning av placeringsvalutan, eller vid en förstärkning av den svenska valutan. Utgångspunkten i kapitalförvaltningen är att begränsa valutarisken i förhållande till regionens åtagande. Hur stor del som ska valutasäkras får bedömas i det enskilda fallet mot bakgrund av bl.a. vilket tillgångsslag det avser och till vilken kostnad. Särskilt beslut om valutasäkring ska tas av ekonomidirektören gällande valutasäkring av placeringar i utländska räntebärande värdepapper, alternativa tillgångar i utländsk valuta samt utländskt aktieinnehav. Utländska aktieinnehav valutasäkras normalt inte.

För att begränsa valutarisken tillåts inga placeringar direkt i valutor eller produkter vars utveckling är relaterad direkt till utländsk valuta. Värdepappersfonder med helt eller med vissa sådana inslag(blandfonder) skall i möjligaste mån undvikas. Särskilt beslut tas av ekonomidirektören vid avsteg från denna princip.

3.6 Likviditetsrisk

Likviditetsrisk innebär att ett finansiellt instrument eller annan tillgång inte kan avyttras eller förvärvas vid avsedd tidpunkt utan större prisreduktion eller att transaktionen medför stora kostnader. Likviditetsrisken förekommer främst i icke-standardiserade finansiella instrument som inte är föremål för börshandel eller clearing via clearingorganisation, såsom strukturerade produkter. Maximalt 5 procent av portföljen får från tid till annan vara placerad i strukturerade produkter. Vid placering och hantering i och av strukturerade produkter se vidare ”Anvisningar och riktlinjer för finansverksamheten” (ARF)
Regionens tillgångar ska i huvudsak vara noterade, det vill säga vara föremål för regelbunden handel på börs eller annan reglerad marknadsplats som är öppen för allmänheten och som står under tillsyn av tillsynmyndighet. Undantag kan göras när det gäller strukturerade produkter och alternativa placeringar.

3.7 Kreditrisk

Vid investeringar ska strävan vara att placeringar skall göras i tillgångar som har hög kreditvärdighet som möjligt. För att bedöma graden av kreditvärdighet hos emittenter och motparter tillämpas Standard & Poor’s, Moodys eller annat erkänt ratinginstituts ratingklassificering. Svenska statliga bolag utan officiellt kreditbetyg omfattas inte av denna begränsning.

3.8 Derivatinstrument

Derivatinstrument ska inte användas i medelsförvaltningen. Derivat som ingår som en del av en kapitalgaranterad strukturerad produkt eller är en del av ett fondinnehav är tillåten under förutsättning att övriga limiter i detta reglemente uppfylls.

3.9 Redovisningsprinciper

Kapitalförvaltningen redovisas som en omsättningstillgång. Den ska värderas till det lägsta värdet av anskaffningsvärdet eller marknadsvärdet. Om det totala marknadsvärdet för hela eller delar av portföljen vid månadsbokslut delårs- eller årsbokslut är lägre än det totala anskaffningsvärdet så görs en nedskrivning av mellanskillnaden. Om en nedskrivning har skett ska en uppskrivning ske när marknadsvärdet stiger över anskaffningsvärdet.

De marknadsvärden som används för strukturerade produkter är s k teoretiska marknadsvärden (erhållet pris vid en teoretisk försäljning på balansdagen) och dessa är indikativa per balansdagen.

3.10 Intern kontroll

Med intern kontroll avses de kontrollmoment som ingår i administrationen av medel- och skuldförvaltningen. Kontrollen förutsätter att det finns erforderliga system och rutiner för:

- instruktioner
- rapportering och uppföljning
- ansvarsfördelning i organisationen
- inventering av tillgångarna
- redovisning

3.11 Tillåtna motparter

Godkända motparter vid transaktioner med portföljernas tillgångar är:

- Värdepappersbolag eller fondbolag som har Finansinspektionens tillstånd för sin verksamhet enligt lag (2007:528) om värdepappersmarknaden, respektive lag (2004:46) om investeringsfonder.

Utländsk motpart ska ha tillstånd motsvarande de som anges ovan och stå under tillsyn av myndighet eller annat behörigt organ.

3.12 Förvaring av värdepapper

Portföljernas tillgångar ska förvaras hos:

- Värdepappersbolag som har Finansinspektionens tillstånd att ta emot värdepapper för förvaring, enligt 2 kap 2 § p.1 lag (2007:528) om värdepappersmarknaden.
- Utländska institutioner som har tillstånd motsvarande det som anges i punkt 1 och som står under tillsyn av myndighet eller annat behörigt organ.

Andelar i investeringsfonder registreras dock normalt hos fondbolaget utan leverans till värdepappersbolag.

3.13 Extern rådgivare

Regionen kan – insatsvis eller löpande – anlita externa rådgivare. Det kan avse upphandling av extern motpart, utvärdering och uppföljning, rådgivning kring risk- och tillgångsallokering, etc.

3.14 Lån och utlåning

Belåning i syfte att investera i värdepapper är inte tillåtet. Utlåning av värdepapper, så kallad blankning, är inte tillåten.

4 LIKVIDITETSFÖRVALTNING

4.1 Bakgrund

För att regionen ska kunna fungera rationellt och klara av de löpande betalningarna måste betalningsmedel alltid finnas i beredskap. Betalningsberedskapen är beroende av tillgången på likvida medel, d v s sådana tillgångar som snabbt kan utnyttjas för utbetalningar. En viktig del i detta arbete är att regionen har en effektiv kapitalhantering och att betalningsströmmarna (inflöde och utflöde av likvida medel) är rationella.

Utgångspunkten för en effektiv hantering av betalningsströmmar är att

- Begränsa kapitalbindningen i icke avkastningsbara tillgångar
- Begränsa behovet av räntebärande skulder

Huvudprincipen är att alla inbetalningar i möjligaste utsträckning ska ske i så nära anslutning till tjänstens utförande eller varans leverans som möjligt. Leverantörsfakturor och övriga utbetalningar ska betalas på angiven förfallodag så att räntefri kredittid utnyttjas fullt ut.

4.2 Definition av likviditetsförvaltning

Regionens likviditetsförvaltning är uppdelad i två delar: likviditetsförvaltning och överlikviditetsförvaltning. Förvaltningen skiljer sig bland annat med avseende på syfte och placeringshorisont.

Likviditetsportföljens storlek ska vara tillräcklig för att säkerställa regionens betalningskapacitet och betalningsberedskap. Överskjutande kapital överförs till överlikviditetsportföljen efter beslut av ekonomidirektören.

4.3 Mål likviditetsförvaltning

Regionens likvida medel ska förvaltas på ett sådant sätt att en god betalningsberedskap upprätthålls vid alla tillfällen.

4.4 Tillåtna tillgångsslag

Placeringar inom likviditetsförvaltningen får ske enligt följande:

Likvida medel i bank med kreditbetyg om lägst A/A, definierade som medel på depåkonto, bankkonto och dagsinlåning. I detta avseende likställs konto hos Svenska Staten (Riksgälden) med ovanstående angivna konton.

4.5 Lån och kreditlöften

För att säkerställa betalningsberedskapen kan olika typer av lån och kreditlöften användas, i de fall tillgång till egen likviditet saknas. I senaste bankupphandlingen upphandlades en checkräkningskredit på 300 miljoner kronor i Swedbank.

5 ÖVERLIKVIDITETSFÖRVALTNING

5.1 Bakgrund

Den del av regionens likviditet som inte behövs för att säkerställa den kortsiktiga betalningsberedskapen kan överflyttas till överlikviditetsportföljen. Beslut härom fattas av ekonomidirektören.

Syftet med överlikviditetsförvaltningen är att uppnå högre förväntad avkastning jämfört med den korta likviditetsförvaltningen. Att högre avkastning kan förväntas beror främst på tillämpning av differentierad placeringshorisont.

Placeringshorisonten är variabel och bestäms av regionens prognos över kapitalbehov. Portföljens storlek kommer därmed att variera över tiden.

5.2 Mål överlikviditetsförvaltning

Förvaltningen ska ge en god avkastning till låg absolut risk. Målet är att avkastningen över en 3-års period i genomsnitt ska överträffa ett jämförelseindex bestående av 50% OMRX T-Bill och 50% OMRX Bond.

5.3 Tillgångsallokering – Strategisk allokering

Portföljen ska utgöras av räntebärande värdepapper.

ÖVERGRIPANDE TILLGÅNGSLIMITER				
Allokering	Min	Normal	Max	Utvärdering mot
Räntebärande värdepapper		100%		
- nominella räntor	60%		100%	50% OMRX Bond / 50% OMRX T-Bill
- realräntor	0%		40%	OMRX Real
Genomsnittlig duration (år)				
- nominella räntor		Index ± 2		
- realräntor		Index ± 3		

5.4 Tillåtna tillgångsslag/värdepapper

Överlikviditeten får placeras i följande instrument:

- Räntebärande värdepapper utgivna i SEK.
- Värdepappersfonder bestående av ovanstående tillgångar.

5.5 Ränterisk

Ränterisk är risken att värdet på ett finansiellt instrument varierar på grund av förändringar i marknadsräntorna. Ränterisken i portföljen begränsas genom att enskilda placeringar inte får ha längre löptid än tre år samt för fonder ränterisk enligt tabellen ovan. Förfallen i porföljen ska dessutom anpassas efter när kapitalet beräknas behövas i verksamheten. På detta sätt undviker regionen att realisera förluster om instrument behöver säljas i förtid.

5.6 Kreditrisk

Vid placering i räntebärande värdepapper noterade i svenska kronor gäller följande limiter. Procenttalen i tabellen nedan avser andelar av den svenska ränteportföljens marknadsvärde.

Emittent/Ratingkategori	**Fördelning**	**Per Emittent**
Räntebärande placeringar	Max %	Max %
Svenska staten eller av svenska staten garanterat värdepapper	100	100
Svenska kommuner och regioner	70	10
Kommuninvest	70	70
Svenska banker och bostadsfinansieringsinst. (min.rating A)	70	20
AAA/Aaa	100	10
AA/Aa	30	10
A/A	20	5
BBB/Baa2	10	2
BB	3	1
Icke ratade	7	1

Direktinvesteringar i de lägre ratingkategorierna (under A/A) ska i normalfallet göras genom fondplaceringar.

6 PENSIONSMEDELSFÖRVALTNING

6.1 Bakgrund

Regionen har ett långsiktigt åtagande att möta framtida pensionsförpliktelser. För att möta sina åtaganden har regionen beslutat att avsätta kapital för långsiktig förvaltning.

6.2 Övergripande mål

Det övergripande målet för pensionsmedelsförvaltningen är att möta pensionsutbetalningarna hänförliga till det totala pensionsåtagandet. Utöver att möta de framtida pensionsutbetalningarna eftersträvas så hög avkastning som möjligt. Storleken på pensionsutbetalningarna påverkas främst av ränte- och inflationsutveckling. Utifrån detta är det rimligt med ett realt långsiktigt avkastningsmål på minst 3 procent i genomsnitt över en 5-årsperiod. Slutgiltig måste dock avkastningsmålet ställas i relation till faktiska pensionsförpliktelser. Både avkastningsmål och pensionsförpliktelser kommer med stor sannolikhet vara föremål för förändring över tiden. Avkastningsmålet definieras som summan av värdetillväxt, räntor och utdelningar efter kostnader.

Medel från pensionsmedelsförvaltningen ska utnyttjas för pensionsutbetalningar men de får även användas för att möta kortsiktiga likviditetsproblem i likviditetsförvaltningen.

6.3 Tillgångsallokering – Strategisk allokering

Förvaltningen av de långsiktiga tillgångarna styrs av en normalportfölj. Normalportföljen visar den strategiska fördelningen av de olika tillgångsslagen, uttryckt som andel av portföljens totala marknadsvärde samt respektive tillåtna avvikelse från normalvärdet.

ÖVERGRIPANDE TILLGÅNGSLIMITER				
Allokering	Min	Normal	Max	Utvärdering mot
Räntebärande värdepapper	40%	50%	80%	
- nominella räntor	60%		100%	0% OMRX Bond / 50% OMRX T-Bil
- realräntor	0%		40%	OMRX Real
Aktier	20%	50%	60%	
- svenska	20%	30%	40%	SIX RX
- utländska	60%	70%	80%	MSCI AC World Daily TR Net (SEK)
Alternativa placeringar	0%	0%	10%	
Likvida medel	0%	0%	15%	
Genomsnittlig duration (år)				
- nominella räntor		Index ± 2		
- realräntor		Index ± 3		

Utvärdering ska i huvudsak ske mot angivna index. Totalportföljen kan jämföras med ett sammanvägt index av ovanstående index. Sammanvägningen baseras på aktuell normalvikt för totalportföljen.

6.4 Tillåtna tillgångsslag/värdepapper

Pensionsmedlen får placeras i följande instrument:

- Likvida medel i bank med kreditbetyg om lägst A/A, definierade som medel på depåkonto, bankkonto och dagsinlåning. I detta avseende likställs konto hos Svenska Staten(Riksgälden) med ovanstående angivna konton
- Räntebärande värdepapper utgivna i SEK.
- Aktier börsnoterade på Stockholmsbörsen Large och Mid Cap. En enskild emittent får inte utgöra mer än 10 procent av den totala aktieportföljen
- Värdepappersfonder bestående av en eller flera av ovanstående tillgångar. Placering får dessutom göras i värdepappersfonder bestående av utländska aktier och räntebärande värdepapper. Enskilda aktivt förvaltade aktiefonder får inte överstiga 15 procent av portföljens totala marknadsvärde. Vid placering i fonder, ska eftersträvas, att reglerna för fonden inte tillåter att ingående enskilda bolag

uppgår till mer än 10 procent av fondens förvaltade medel. Utländska räntefonder får inte överstiga 2 procent av portföljens totala marknadsvärde.
- Strukturerade produkter med exponering mot aktier och alternativa tillgångsslag (alternativa placeringar). Strukturerade produkter ska ha 100 procent kapitalgaranti, överkurs är inte tillåtet. Exponering mot valutamarknaden är inte tillåten. Enskilda strukturerade produkter får inte överstiga 2 procent av portföljens totala marknadsvärde vid investeringstidpunkten. Det sammanlagda värdet på strukturerade produkter får högst uppgå till 5 procent av totala marknadsvärdet. Vid placering och hantering i och av strukturerade produkter se vidare ”Anvisningar och riktlinjer för finansverksamheten” (ARF)
- Exempel på alternativa tillgångar är investeringar i fastigheter, hedgefonder och private equity. Investeringar i alternativa tillgångar ska, så långt det är möjligt, ske i fonder eller strukturerade produkter.

6.5 Rebalansering

Portföljen ska kontinuerligt bevakas så att de ingående tillgångsslagen inte under- eller överskrider någon limit. Då ett tillgångsslag befinner sig under eller över sina limiter ska portföljen rebalanseras snarast möjligt. Det innebär normalt sett att rebalansering ska ske till nästa rapporttillfälle. Vid kontroll av limiter ska marknadsvärdet användas som jämförelsetal.

Det är ekonomidirektörens ansvar att besluta om rebalansering, samt att avgöra hur lång tid som behövs för att göra detta på ett kostnadseffektivt sätt. För närmare detaljer och anvisningar vid rebalansering se ARF

6.6 Ränterisk

Ränterisk är risken att värdet på ett finansiellt instrument varierar på grund av förändringar i marknadsräntorna. Stiger ränteläget kommer priset på värdepappret att sjunka och prisfallet ökar med löptiden på värdepappret.

Ett sätt att begränsa ränterisken är att begränsa längden på placeringarna. Ränterisken är större för en lång placering med fast kupong. Däremot obligationer med rörlig ränta justerar kupongen efter ränteläget och har därmed en mindre ränterisk.

Ovanstående definition av ränterisk gäller i absoluta termer. Den genomsnittliga löptiden på pensionsutbetalningarna är lång. I förhållande till pensionsutbetalningarna gäller därför det motsatta förhållandet, lång räntebindning ger låg risk. Lägst ränterisk i förhållande till pensionsutbetalningarna uppnås om placeringarnas genomsnittliga räntebindningstid är densamma som den genomsnittliga löptiden på pensionsutbetalningarna.

Strukturerade produkter är exponerade mot ränterisk. De strukturerade placeringsprodukterna består av en obligation som har en förutbestämd förfallotidpunkt. Marknadsvärdet på en sådan produkt påverkas negativt av att räntan stiger.

6.7 Kreditrisk

Vid placering i räntebärande värdepapper noterade i svenska kronor gäller följande limiter. Procenttalen i tabellen nedan avser andelar av den svenska ränteportföljens marknadsvärde.

Emittent/Ratingkategori	**Fördelning**	**Per Emittent**
Räntebärande placeringar	Max %	Max %
Svenska staten eller av svenska staten garanterat värdepapper	100	100
Svenska kommuner och regioner	70	10
Kommuninvest	70	70
Svenska banker och bostadsfinansieringsinst. (min.rating A)	70	20
AAA/Aaa	100	20
AA/Aa	40	15
A/A	30	10
BBB/Baa	20	5
BB/Ba	8	2
Värdepapper utan rating eller lägre än BB/Ba	8	2

Direktinvesteringar i de lägre ratingkategorierna (under A/A) ska i normalfallet göras genom fondplaceringar.

7 SKULDFÖRVALTNING

7.1 Upplåning – allmänt

Regionfullmäktige beslutar i samband med fastställande av budget limit för nyupplåning. Upplåning får genomföras för långfristiga finansieringar eller för att trygga regionens kortfristiga betalningsberedskap.

Ekonomidirektören beslutar om upptagning av tillfälligt lån för säkerställande av regionens betalningsberedskap. Det praktiska arbetet kring upphandling av lån utförs av finansstrategen.

För att uppnå låga finansieringskostnader måste konkurrensen i upplåningen upprätthållas. Vid upphandling bör förfrågan ske hos minst tre kreditinstitut. Undantag får göras vid befarade stora ränterörelser.

7.2 Mål upplåning

Vid upplåning ska sådana former väljas att krav på mycket låg risk tillgodoses och att, med beaktande av kravet på låg risk, lägsta möjliga finansieringskostnad eftersträvas.

7.3 Finansieringsrisk

Risken innebär att regionen inte vid varje tillfälle har tillgång till önskad finansiering. För att begränsa denna risk gäller följande:

- Den genomsnittliga återstående löptiden av utestående lån får inte understiga 1 år.
- Högst 50 procent av låneportföljen får förfalla till betalning inom närmast rullande 12-månaders period.

7.4 Ränterisk

Med ränterisk avses risken för att en förändring av det allmänna ränteläget påverkar räntekostnaden i negativ riktning. Ränterisken mäts som vägd genomsnittlig räntebindning för hela skuldportföljen inklusive räntederivat. För att begränsa ränterisken gäller följande:

- Den genomsnittliga räntebindningstiden för den totala låneportföljen ska vara minst 1 år och högst 3 år.
- Lånen ska spridas på olika räntebindningsperioder så att en jämn räntejusteringsstruktur erhålls.
- Upplåning till 100 procent rörlig ränta får ske. Ej räntesäkrad upplåning till rörlig ränta får dock högst uppgå till 60 procent av totala låneportföljen.

7.5 Valutarisk

Utgångspunkten vid skuldförvaltning är att begränsa valutarisken. Låneportföljen ska i huvudsak bestå av lån i svenska kronor. Om lån upptas i utländsk valuta ska den till största del valutasäkras. Hur stor del som ska valutasäkras får bedömas i det enskilda fallet mot bakgrund av marknadsläget och kostnaden för valutasäkring. Valutasäkringen hanteras av finansstrategen eller av regionens motpart om det är mer kostnadseffektivt.

7.6 Tillåtna motparter

Lånefinansiering får ske i form som lån eller kredit i löpande räkning hos:

- Svenska staten, kommuner och regioner
- Svenska banker eller deras ägda finansbolag
- Svenska försäkringsbolag och pensionsanstalter
- Svenska kommunägda bolag

7.7 Tillåtna säkringsinstrument

Användandet av dessa ska ske för att reducera regionens finansiella kostnader och får endast brukas för att minska riskexponeringen i skuldportföljen och i restriktiv omfattning (dock måste förutsättningarna i punkt 7.4 iakttagas). Instrumenten får inte användas i spekulativt syfte. Följande instrument är tillåtna:

- FRA (Forward rate agreement)
- Ränteoptioner
- Ränteterminer
- Ränteswappar
- Swapoptioner

Se även ARF vid användning av säkringsinstrument

8 UPPFÖLJNING OCH RAPPORTERING

8.1 Syfte

Rapporteringens syfte är att informera om portföljernas resultat och portföljernas exponering i relation till de fastställda limiterna och risknivåerna i detta reglemente.

8.2 Allmänt

Samtliga personer och parter delaktiga i arbetet med portföljerna ska omedelbart rapportera om händelser som inte kan betraktas som normala i placeringsverksamheten till närmast högre befattningshavare.

8.3 Uppföljning och rapportering

Uppföljning och rapportering sker med månadsrapport. Alla månadsrapporter rapporteras till Regionstyrelsens arbetsutskott och rapporterna för april, augusti och december rapporteras till Regionstyrelsen.

Portföljanalys

Landstinget Blekinge

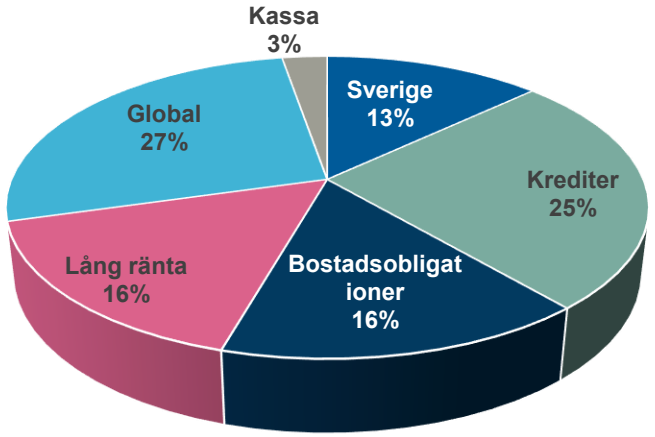
Oktober 2018

Portföljfördelning per 2018-08-31

Fond och marknadsvärde
2018-08-31

Namn	ISIN-kod	Mnkr Marknadsvärde
26 st innehav Svenska börsen	26 st innehav Svenska börs	102,9
2 st innehav i FRN lån	2 st innehav i FRN lån	20,1
NORDEA BOSTADSOBLIGATFND-UTD	SE0004330082	214,7
INSTIT RANTE LANGA PLACE SVE	SE0000524415	111,6
NORDEA INSTITUTIONELL	FI4000108451	108,5
NORDEA 1 SIC-GCL&ENV-BI SEK	LU0994683943	11,5
NORDEA-INSTIT AKTIEFOND GLOB	SE0000524449	24,3
SWEDBANK ROBUR ETHICA GB MEG	SE0001003864	140,1
SWEDBANK ROBUR ETHCL OBL UTD	SE0000543027	205,6
HANDELBANKEN FD GL SE-BISEK	LU1117484037	121,5
HB SVERIGE IND CRIT- B1 SEK	SE0004869972	43,1
RAENTESTRATEGI PLUS CR-A7SEK	SE0007157888	51,1
SPP AKTIEFOND STABIL-B	SE0006964649	78,2
CLIENS SMABOLAG-B	SE0008992242	32
OHMAN FORETAGSOBLIG HB-B	SE0005066099	61,2
Kassa SEK	Kassa SEK	36,9
Summa		**1363,3**

Portföljfördelning 20180831 (LT Blekinge)



Handelsbanken

Inledning

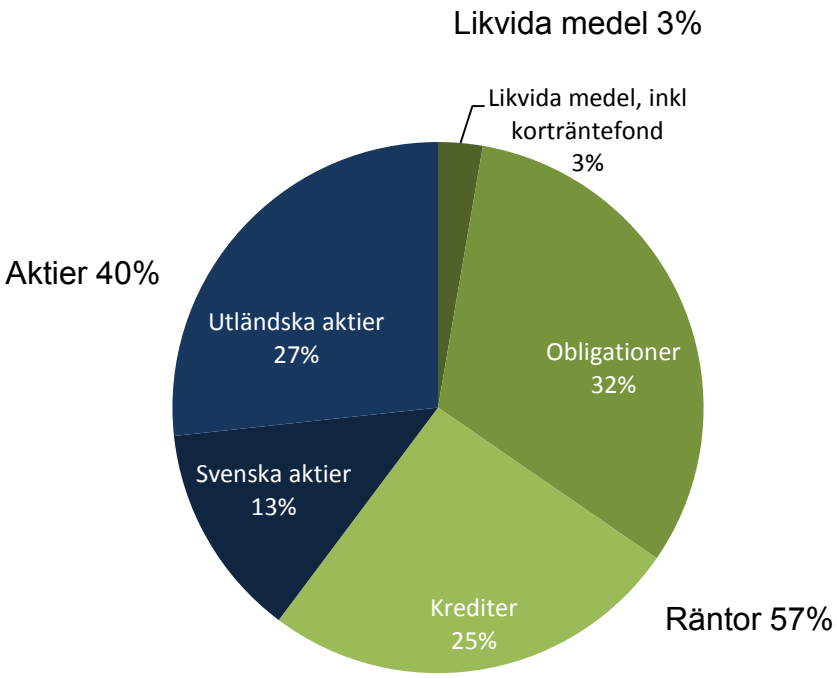
- Denna presentation innehåller en portföljanalys uppdelad i två delar

- **Den första delen** är ett stresstest av portföljen, där vi stressar alla tillgångar utifrån den största nergången de senaste 10 åren (och att den nergången sammanfaller för alla tillgångsslag)
- Stresstestet baseras på befintlig portfölj
- Syftet är att se hur portföljen ser ut efter en dramatisk nergång.

- **Den andra delen** är en portföljoptimering där vi tittar på förväntad avkastning och risk
- Vi utgår från historisk risk mätt som volatilitet de senaste 15 åren
- Förväntad avkastning uppskattas på 5 år

Denna analys är gjord utifrån antaganden om framtida avkastningar som är behäftade med stor osäkerhet. Resultatet utgår från matematiska beräkningar utifrån ovanstående data, vilket inte innebär en rekommendation avseende allokering från Handelsbanken

Tillgångsfördelning (nuvarande portfölj)

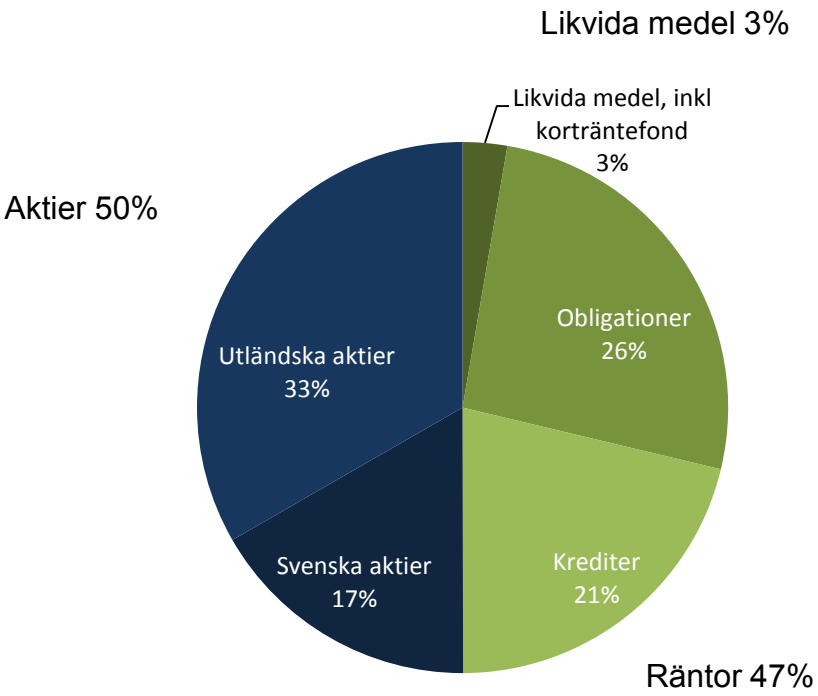


Portföljen 20180630

Tillgång	Mkr	Andel
Likvida medel, inkl korträntefond	37	3%
Obligationer	435	32%
Krediter	350	26%
Svenska aktier	178	13%
Utländska aktier	364	27%
	1363	100%

Handelsbanken

Tillgångsfördelning (50% aktier)



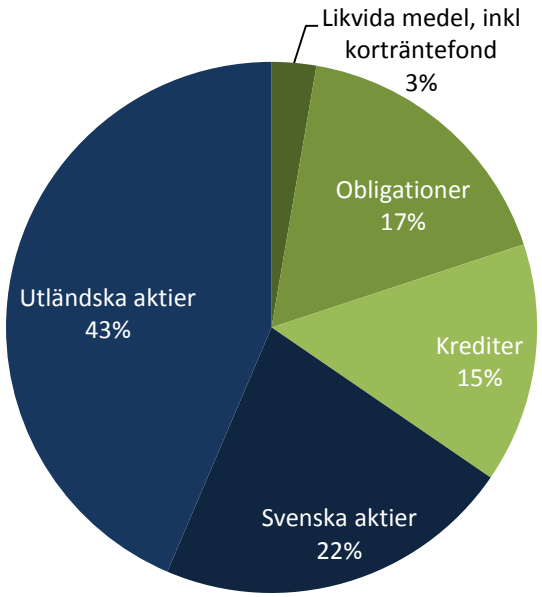
Portföljen 50% aktier

Tillgång	Mkr	Andel
Likvida medel, inkl korträntefond	37	3%
Obligationer	355	26%
Krediter	290	21%
Svenska aktier	228	17%
Utländska aktier	454	33%
	1363	100%

Handelsbanken

Tillgångsfördelning (65% aktier)

Likvida medel 3%



Räntor 32%

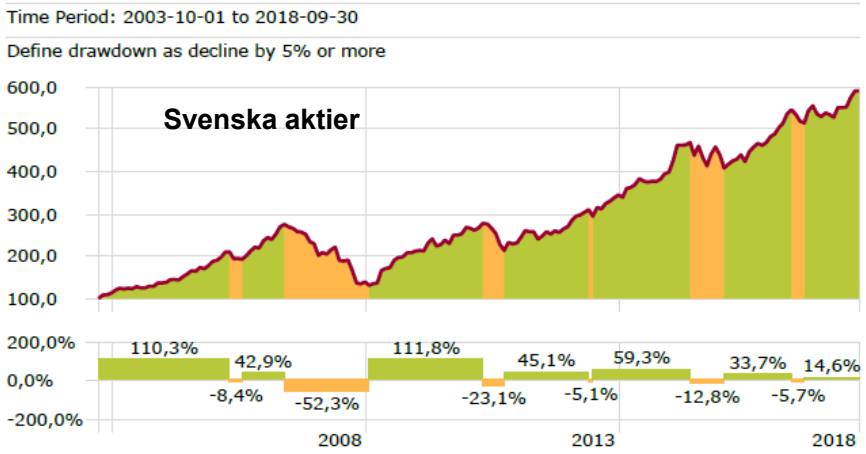
Aktier 65%

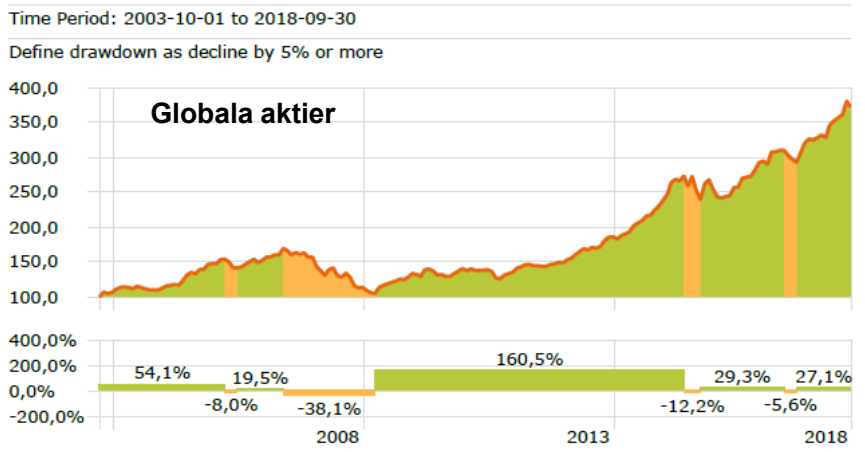
Portföljen 65% aktier

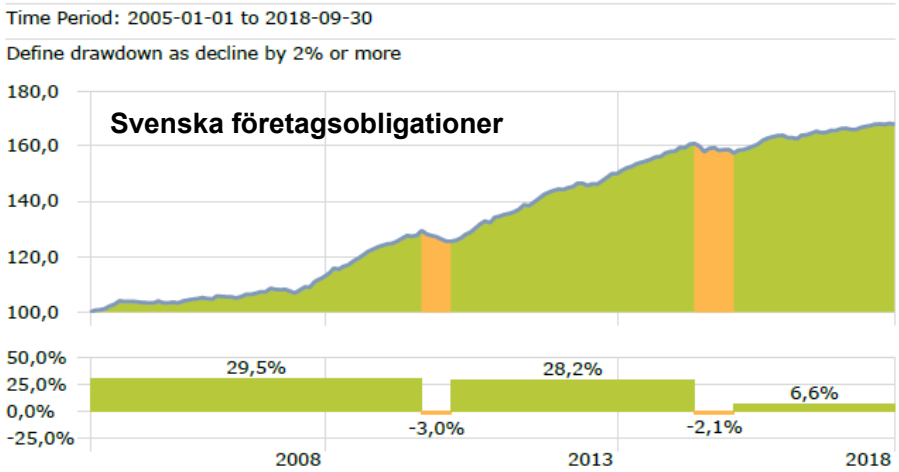
Tillgång	Mkr	Andel
Likvida medel, inkl korträntefond	37	3%
Obligationer	235	17%
Krediter	200	15%
Svenska aktier	298	22%
Utländska aktier	594	44%
	1363	100%

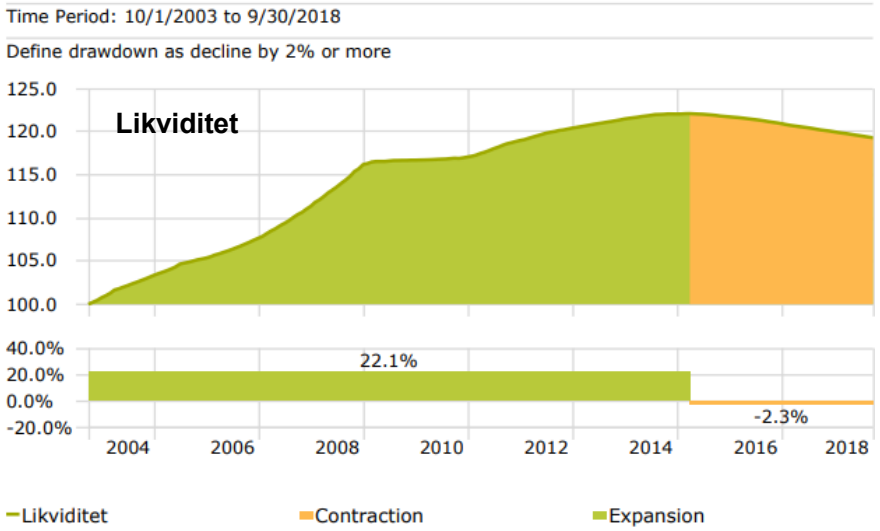
Handelsbanken

Drawdown









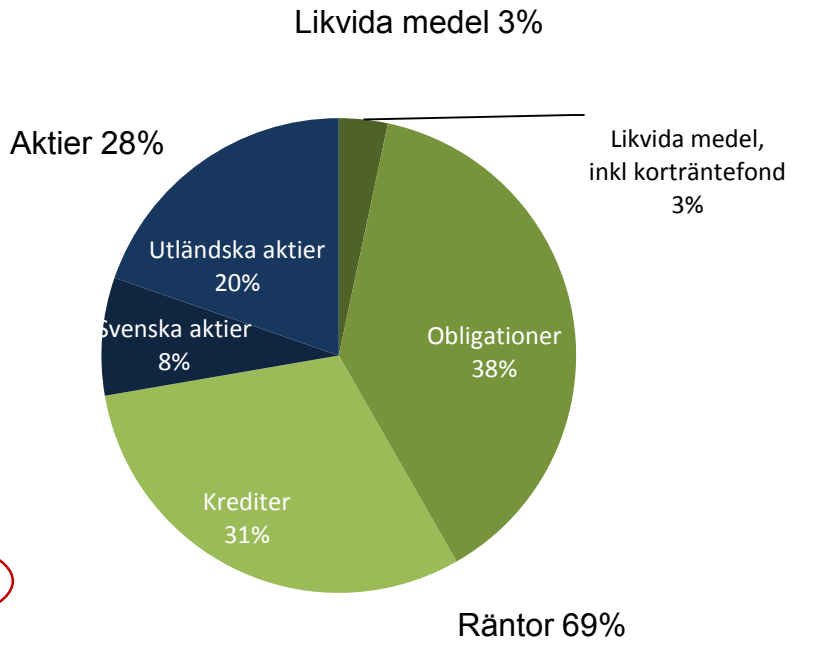
Handelsbanken

Portfölj efter stress

Portföljen 20180630

Tillgång	Mkr	Andel	Stresstest	Efter stress
Likvida medel, inkl korträntefond	37	3%	0%	37
Obligationer	435	32%	-2%	426
Krediter	350	26%	-3%	339
Svenska aktier	178	13%	-50%	89
Utländska aktier	364	27%	-40%	218
	1363	100%	**-19%**	1109

-254 mkr



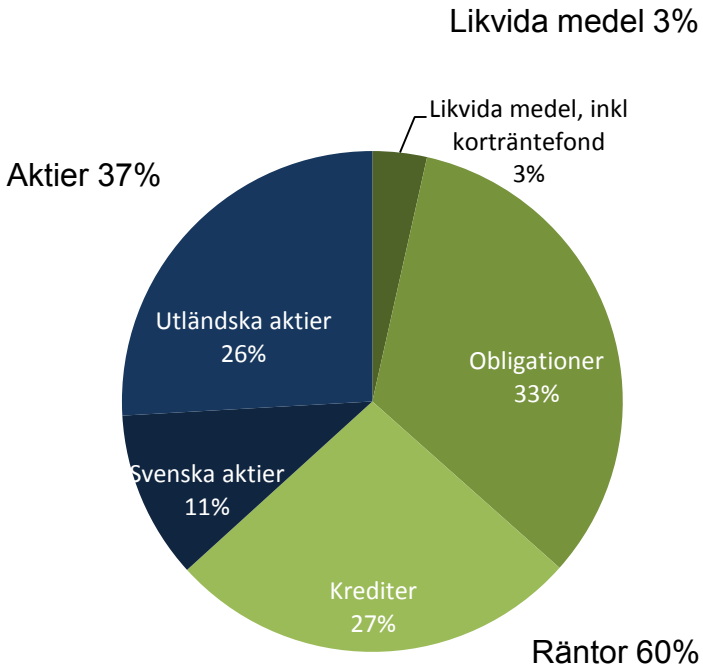
Handelsbanken

Portfölj efter stress 50% aktier

Portföljen 50% aktier

Tillgång	Mkr	Andel	Stresstest	Efter stress
Likvida medel, inkl korträntefond	37	3%	0%	37
Obligationer	355	26%	-2%	348
Krediter	290	21%	-3%	281
Svenska aktier	228	17%	-50%	114
Utländska aktier	454	33%	-40%	272
	1363	100%	**-23%**	1052

-311 mkr



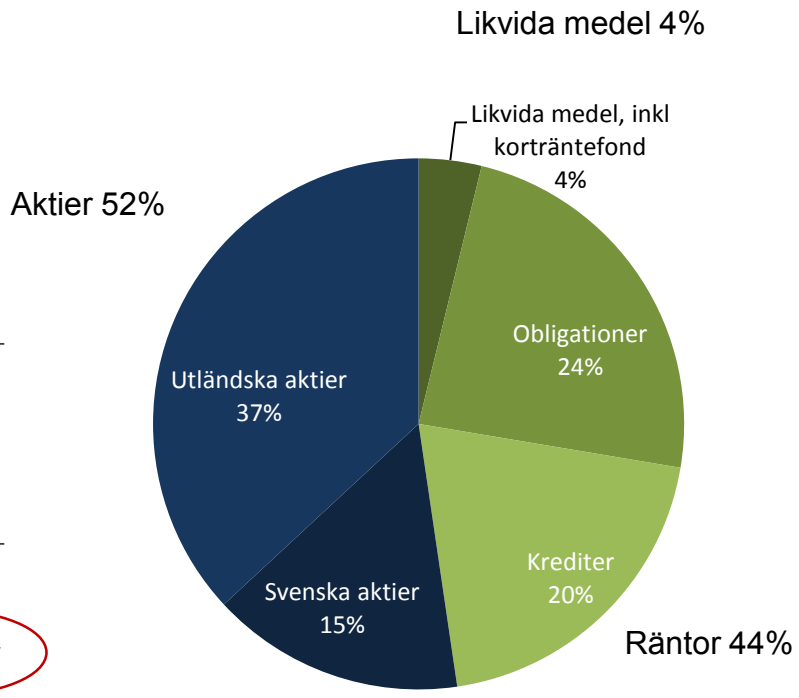
Handelsbanken

Portfölj efter stress 65% aktier

Portföljen 65% aktier

Tillgång	Mkr	Andel	Stresstest	Efter stress
Likvida medel, inkl korträntefond	37	3%	0%	37
Obligationer	235	17%	-2%	230
Krediter	200	15%	-3%	194
Svenska aktier	298	22%	-50%	149
Utländska aktier	594	44%	-40%	356
	1363	100%	**-29%**	966

-397 mkr



Handelsbanken

Del 2 – Förväntad avkastning och risk

Analysram för långsiktiga avkastningar

Horisont

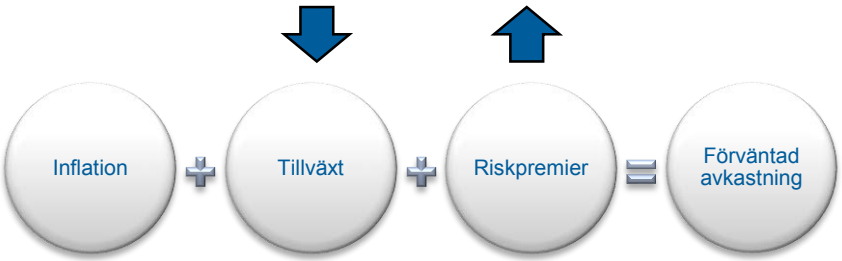
2 år

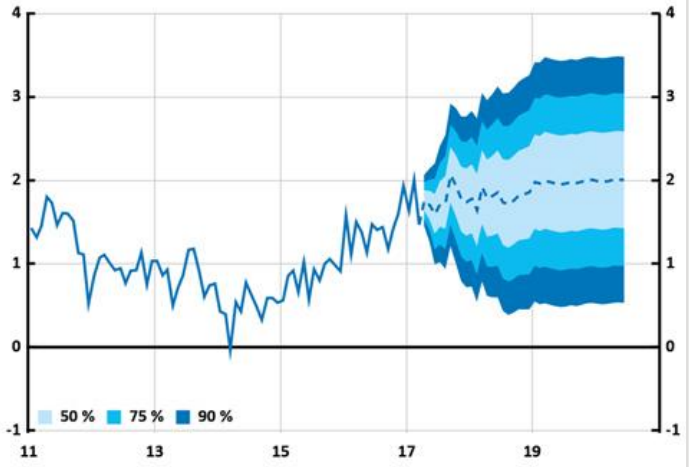
5 år

10 år

40 år

Vår taktiska långa prognos





- Inflation
  - Handelsbankens prognoser kompletterat med OECDs prognos (justerat med SHBs vy avseende Centralbanksregleringar, historisk måluppfyllnad mm) för de marknader Handelsbanken inte prognostiserar
- Tillväxt
  - OECDs långa prognoser justerat med Handelsbankens vy
- Riskpremier
  - Utgår från historiska riskpremier och justeras för demografi, teknologi, globalisering, miljö och värdering

Förväntad avkastning och risk

- Vi utgår från historisk risk mätt som volatilitet de senaste 15 åren

- Förväntad avkastning uppskattas på 5 år enligt nedan
  - Obligationer – yield minus historiska kreditförluster (med återlagd historisk återbäring)
  - Globala aktier, svenska aktier och tillväxtmarknadsaktier – kombination av prognoser på 2 år och långsiktiga antagande om BNP tillväxt på 10 år, stäms även av mot historiska riskpremier.

Avkastningsförväntningar	**5 år**
Svenska aktier	5,0%
Globala aktier	5,6%
Tillväxtmarknadsaktier	8,5%

  - Fastigheter – noterade fastighetsbolag, samma riskjusterade avkastning som svenska aktier
  - Övriga tillgångar – Samma riskjusterade avkastning som globala aktier. PE belastas med 0,7% i högre avgift

- Korrelation
  - De senaste 5 årens korrelation

Approximationer	
Svenska aktier:	Nasdaq OMX All share GR
Globala aktier:	MSCI World NR
Svenska obligationer:	OMRX Total
Likviditet:	OMRX T-Bill
Svenska krediter:	NasdaqOMX Credit index

Förväntad avkastning och risk

Capital Market Assumptions

	Arithmetic Mean (Historical)	Arithmetic Mean (Forecast)	Standard Deviation (Refined)
Svenska aktier	13.50	5.00	16.61
Globala aktier	9.58	5.60	11.49
Svenska obligationer	3.58	0.50	2.44
Likviditet	1.17	0.00	0.45
Svenska krediter	2.57	0.80	1.58

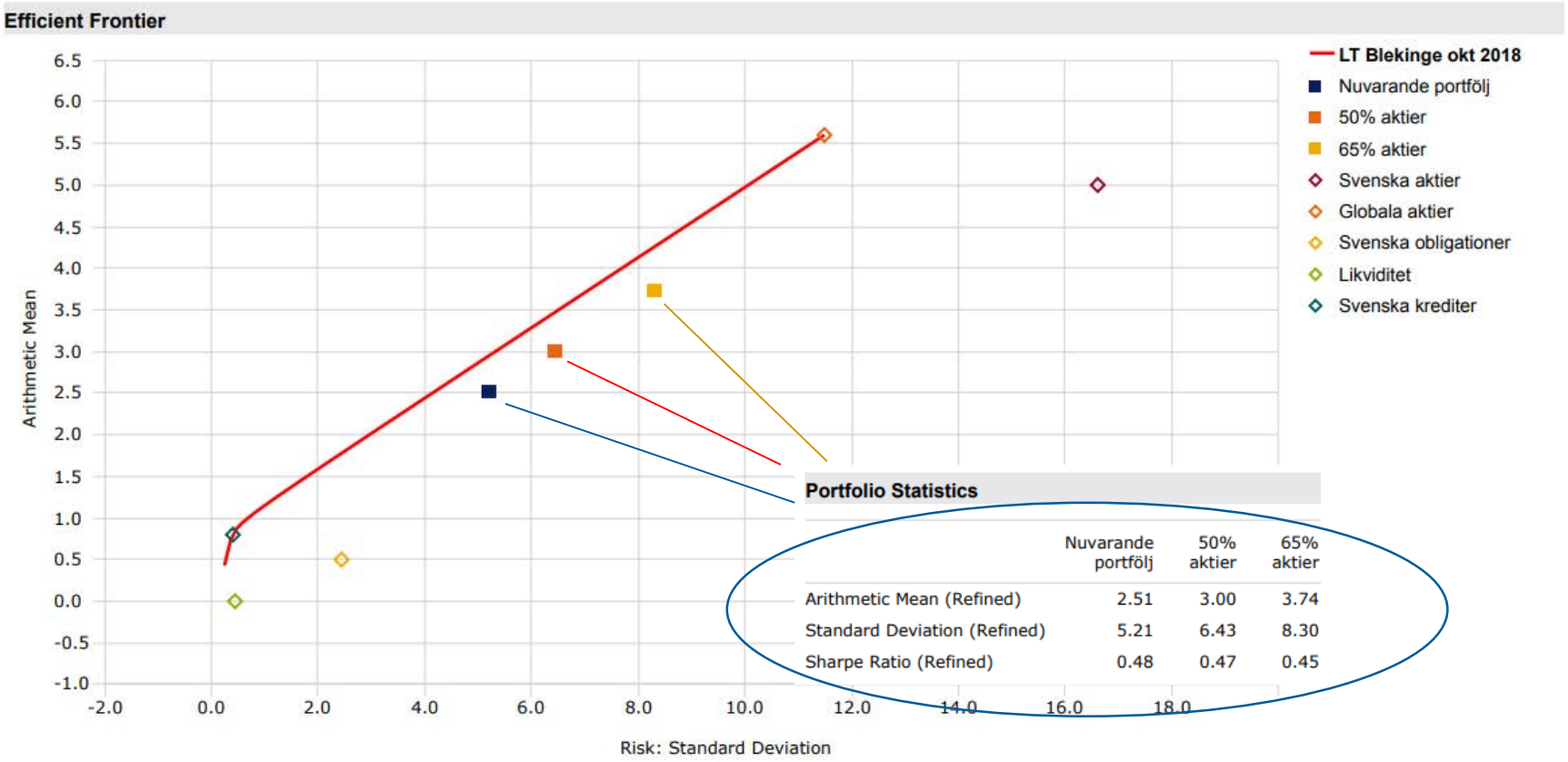
Asset Class Correlation Matrix

Time Period: 10/1/2013 to 9/1/2018

Asset Class	1	2	3	4	5
1 Svenska aktier	1.00				
2 Globala aktier	0.79	1.00			
3 Svenska obligationer	0.07	0.27	1.00		
4 Likviditet	0.06	0.11	0.39	1.00	
5 Svenska krediter					1.00

1.00 to 0.80 | 0.80 to 0.60 | 0.60 to 0.40 | 0.40 to 0.20 | 0.20 to 0.00
0.00 to -0.20 | -0.20 to -0.40 | -0.40 to -0.60 | -0.60 to -0.80 | -0.80 to -1.00

Effektiv front



Portfolio Statistics

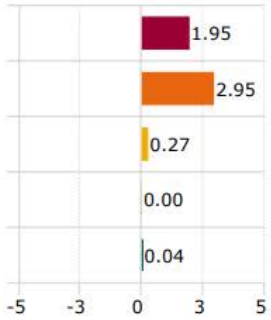
	Nuvarande portfölj	50% aktier	65% aktier
Arithmetic Mean (Refined)	2.51	3.00	3.74
Standard Deviation (Refined)	5.21	6.43	8.30
Sharpe Ratio (Refined)	0.48	0.47	0.45

Handelsbanken

Riskfördelning

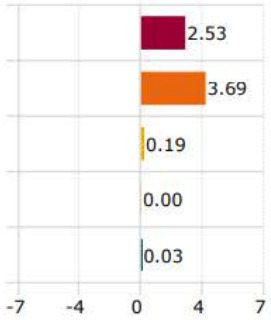
Total Risk

Nuvarande portfölj



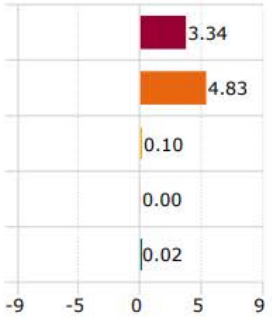
Total Risk

50% aktier



Total Risk

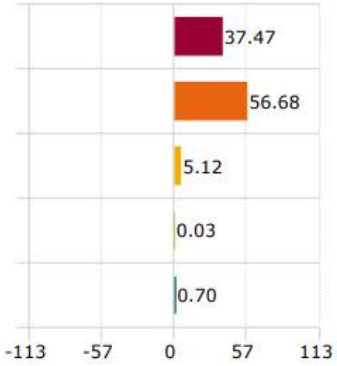
65% aktier



Svenska aktier · Globala aktier · Svenska obligationer · Likviditet · Svenska krediter

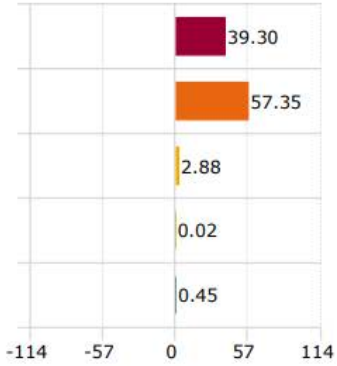
Total Risk

Nuvarande portfölj



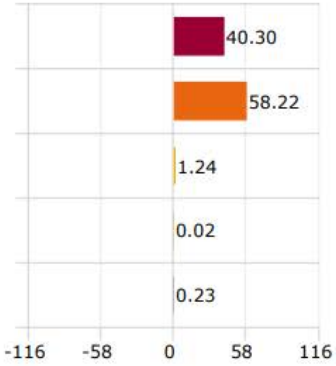
Total Risk

50% aktier



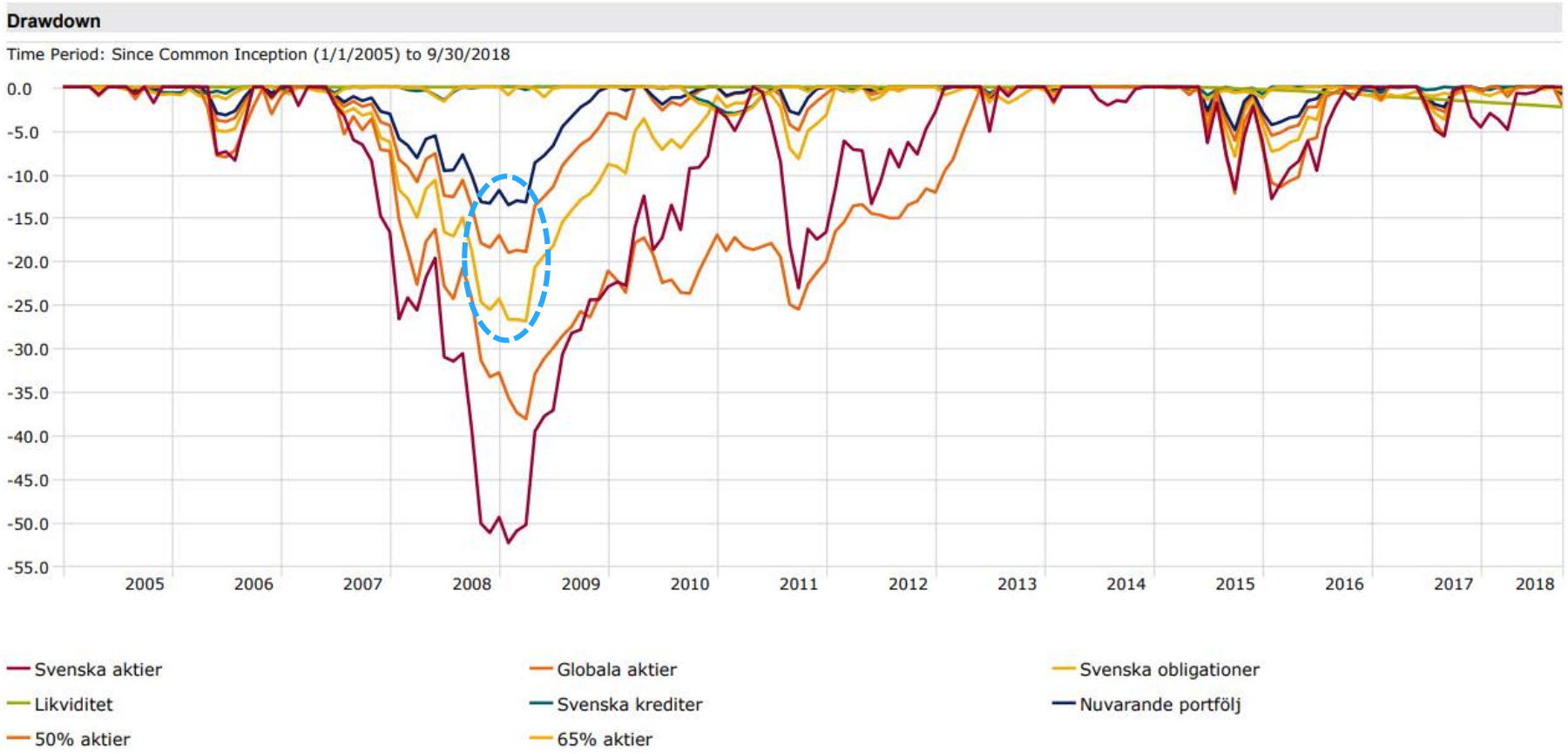
Total Risk

65% aktier



Handelsbanken

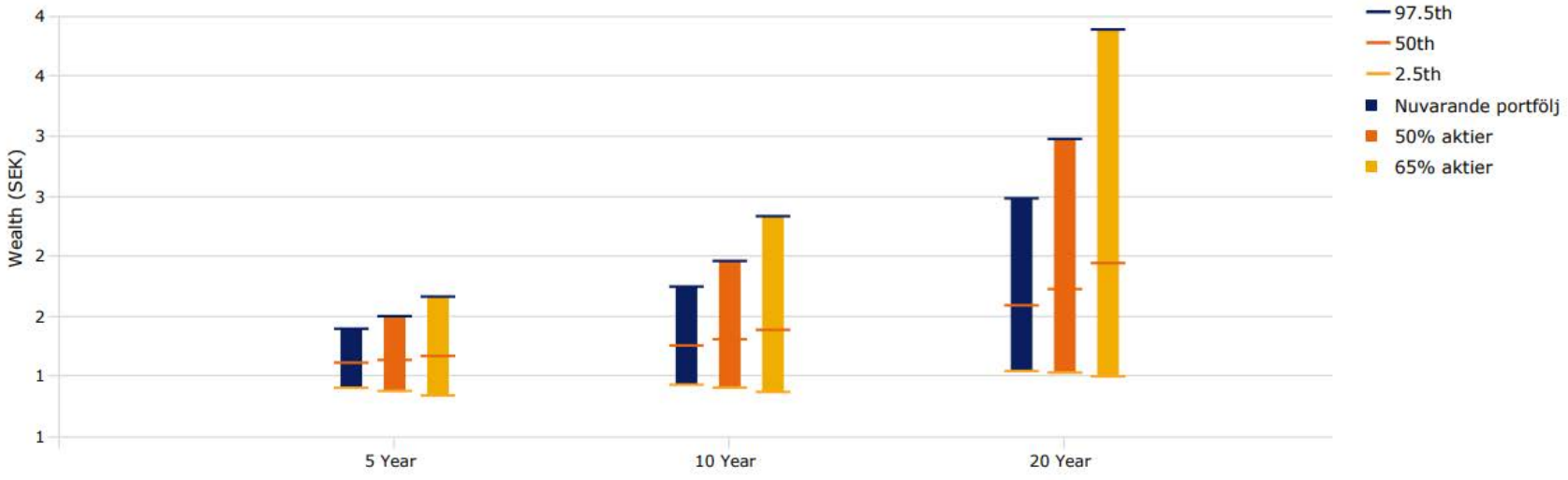
Drawdown



Handelsbanken

Utfallsrum

Monte Carlo Simulation: Wealth Forecast (With Cash Flows)



	Percentile		
	97.5th	50th	2.5th
5 Year			
Nuvarande portfölj	1.40	1.12	0.91
50% aktier	1.51	1.14	0.88
65% aktier	1.67	1.18	0.85
10 Year			
Nuvarande portfölj	1.75	1.26	0.94
50% aktier	1.97	1.32	0.91
65% aktier	2.34	1.39	0.88
20 Year			
Nuvarande portfölj	2.49	1.60	1.05
50% aktier	2.98	1.73	1.04
65% aktier	3.89	1.95	1.01

Handelsbanken

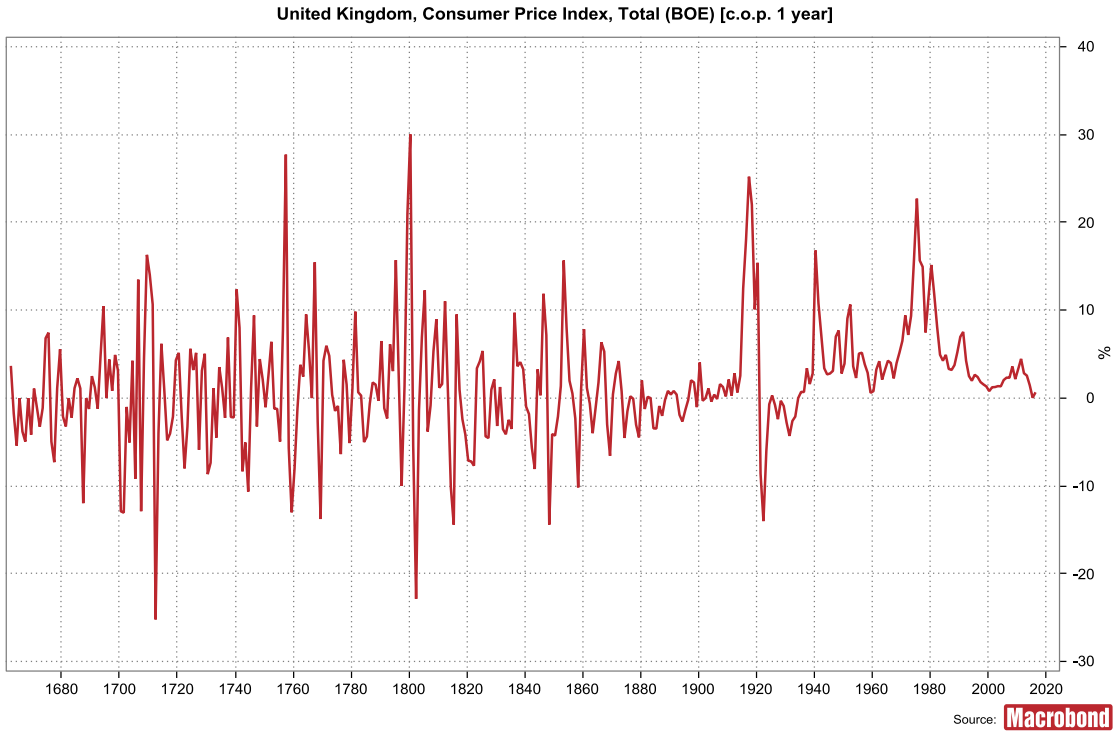
Sammanfattning

- Förväntad avkastning är ca 2,5% per år i genomsnitt (5 år)
- Risken i portföljen
  - En standardavvikelse om ca 5,2%
  - Ett värsta historiskt utfall vid 100% korrelation mellan tillgångarna om ca -19 %
  - Ränterisken är begränsad både på skuld och tillgångssidan (IFRS)
- Portföljen är relativt väl diversifierad
  - En strategisk komplettering med tillväxtmarknader och globala småbolag skulle på aktiesidan öka diversifieringen

Appendix

Inflation

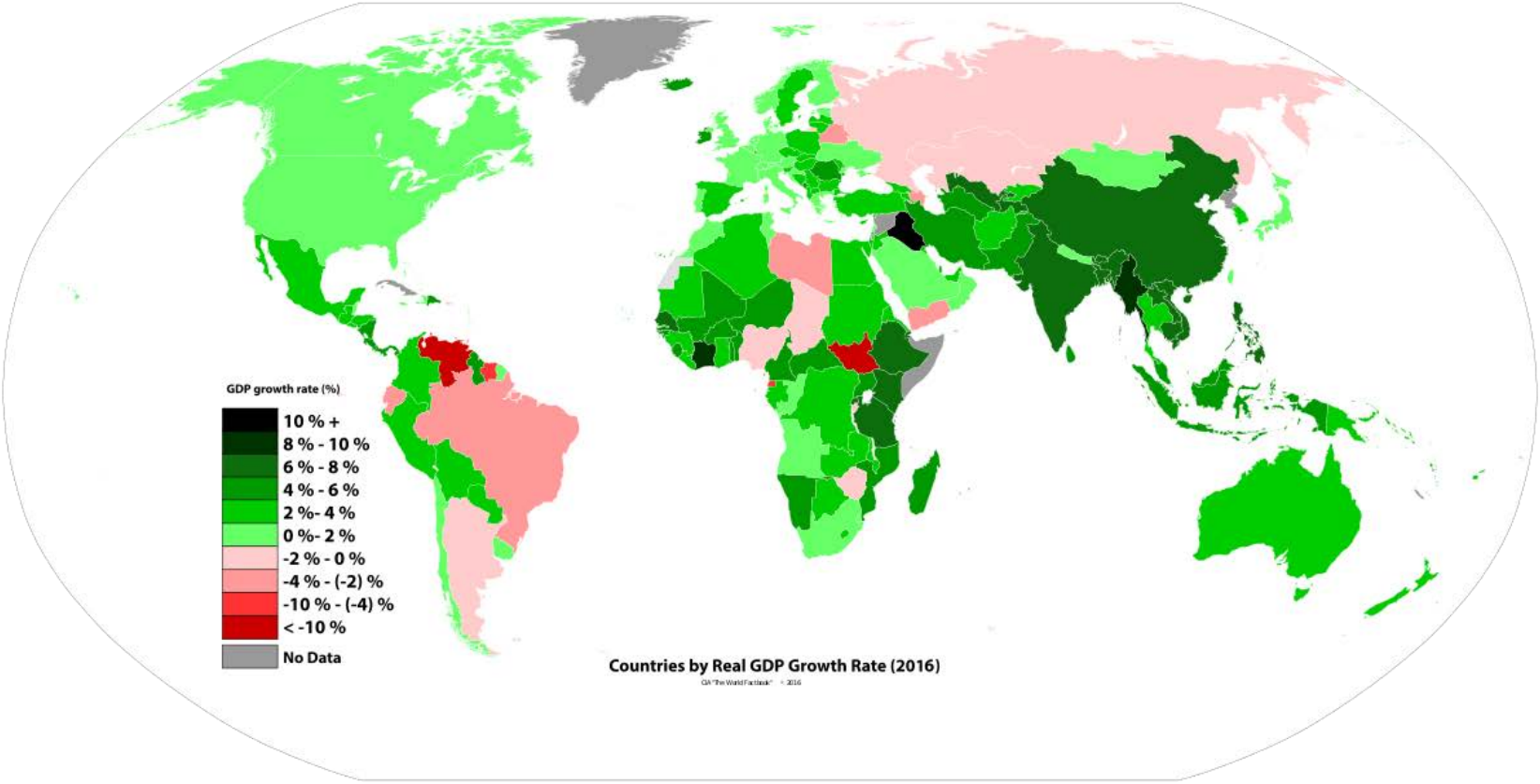
- Prognoser från Handelsbankens ekonomiska sekritariat
  - För de marknader som SHB inte prognostiserar använder vi OECDs prognoser
  - Dessa justeras sedan utifrån vår vy avseende
    - Historisk måluppfylnad
    - Centralbanksreglering
    - mm



Handelsbanken

Tillväxt

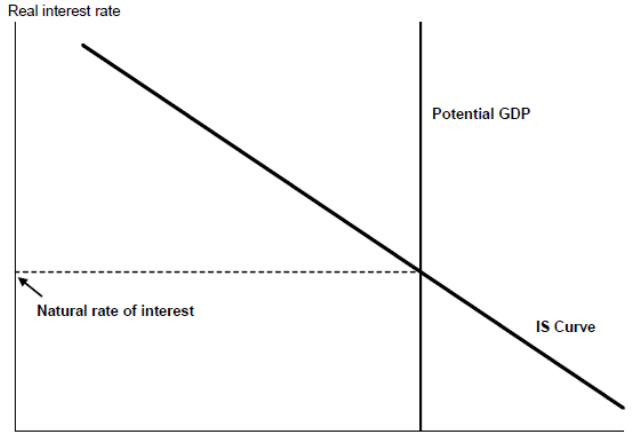
- Baseras på OECD - long projections som i vissa fall justeras med Handelsbankens vy

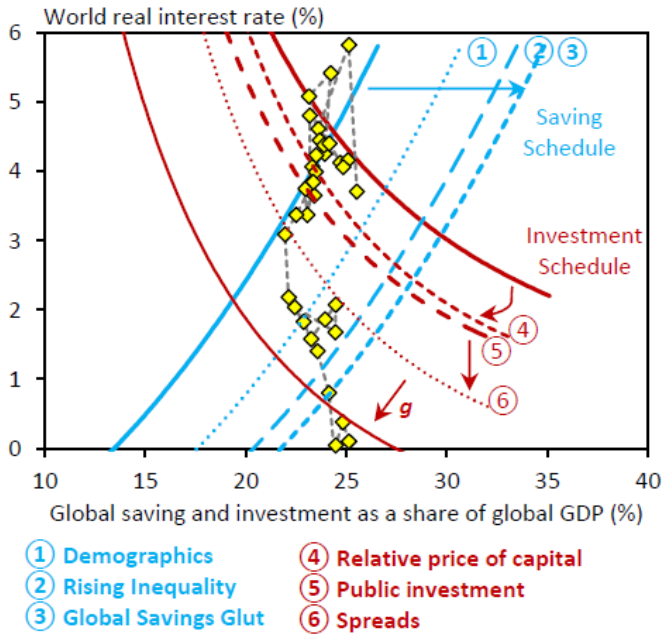


Handelsbanken

Kort ränta (lång horisont)

- Kan teoretiskt definieras som tillväxt + inflation
- Historiskt har dock räntorna varit lägre än vad teorin implicerar
- Stor påverkan från centralbankspolitik
- BoE och FED – bedömer långsiktig real ränta till ca 1%
- Försiktig vy de kommande 10 åren pga mjuka centralbanker





Handelsbanken

Lång ränta (10Y)

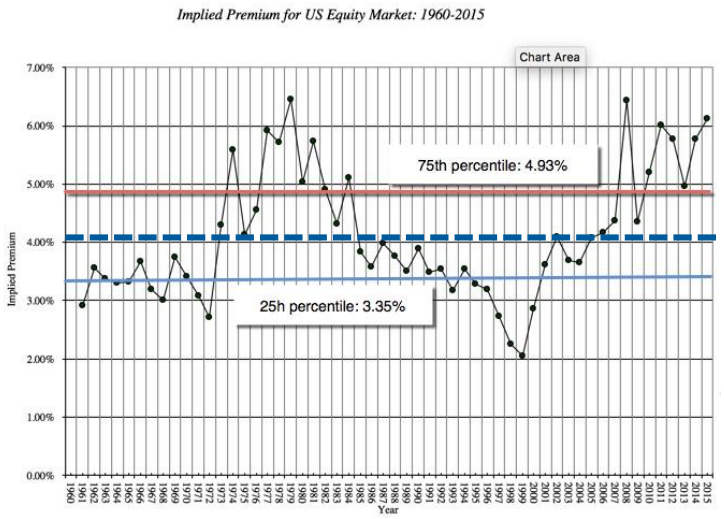
- Riskpremien för långa räntor varierar över tiden
- I snitt har den varit drygt 1,5% i USA
  - FED NY har gjort en modell
- För Svergie har snittet i obligationsmarknaden varit 0,9%
- Bör vara högre i EM då det finns risk för ”felinvesteringar”
- Vi har drygt 1,5% som långsiktig prognos men lägre på 10 års sikt
- Vi bedömer att anpassningen kommer att ta lång tid

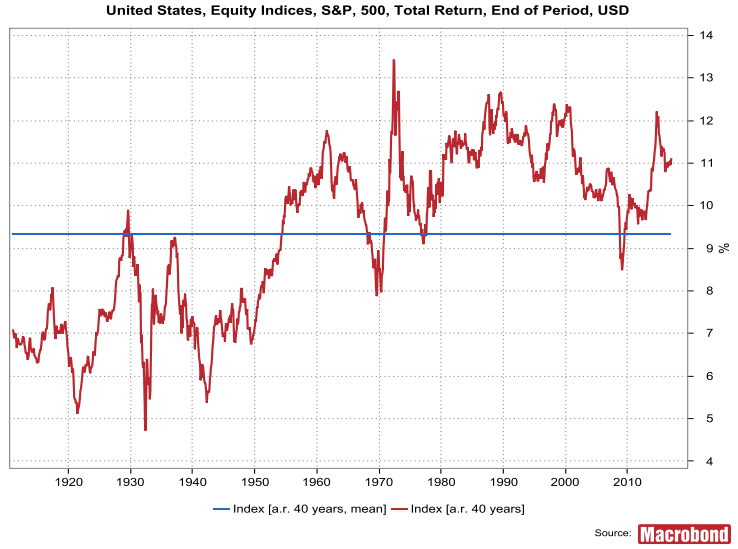


Sources: Authors' calculations; Federal Reserve Board; Blue Chip Financial Forecasts.
Notes: Blue chip estimates are based on data from the Blue Chip Financial Forecasts survey. ACM term premia are obtained from the model described in Adrian, Crump, and Moench (2013). KW estimates are derived from Kim and Wright (2005).

Aktier riskpremie

- Utgångsläge ligger på 4% över långränta baserat på
  - Historik
  - Implicita modeller
  - Enkätundersökningar
- Totalavkastning över 40 år i USA har varit i snitt 9,5% och varierat mellan 5% och 13%

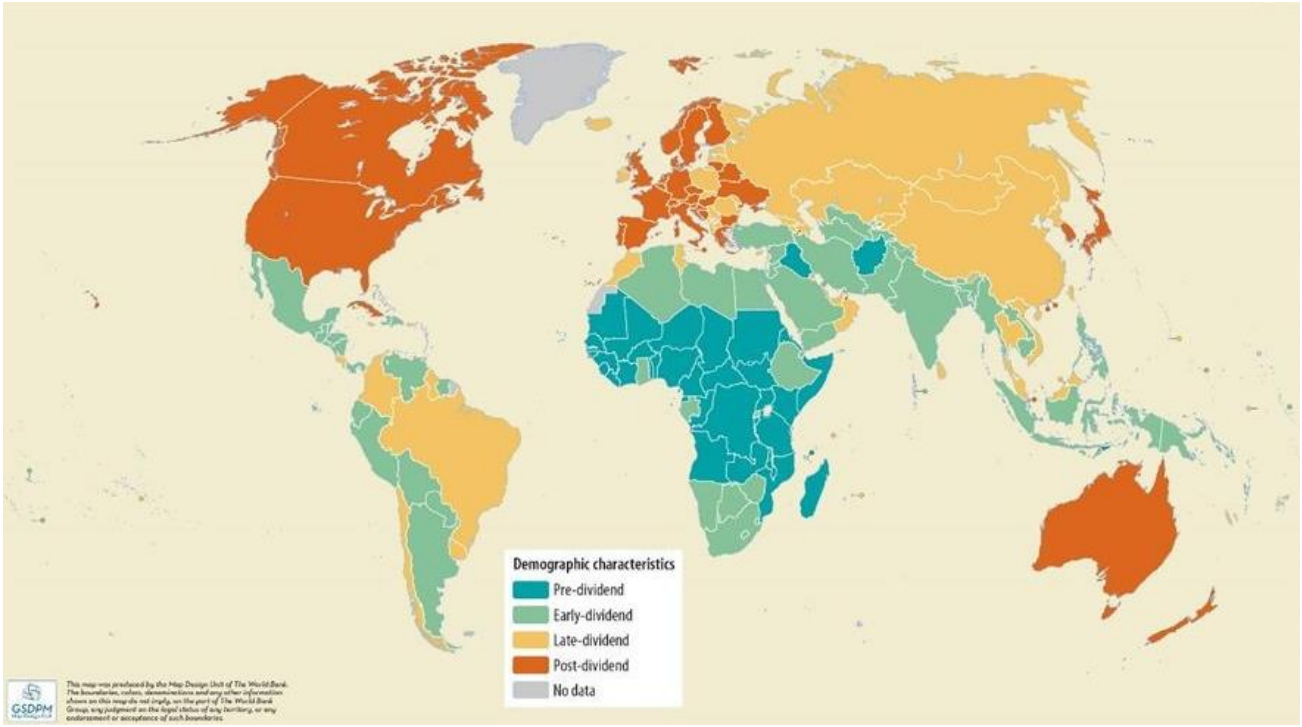




Handelsbanken

Aktier - Riskpremiejusteringar

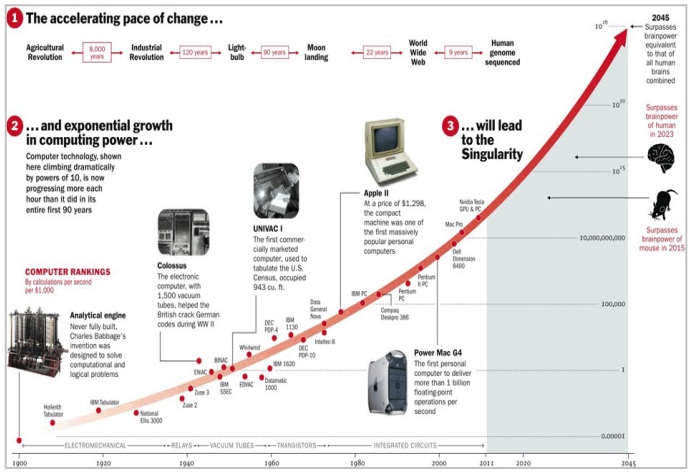
- Demografi
  - Negativ för utvecklade marknader, framförallt för Japan och Europa
  - Neutralt tillväxtmarknader
    - Afrika har bra demografi
    - Asien ser lite sämre ut, främst i spåren av enbarnpolitiken i Kina



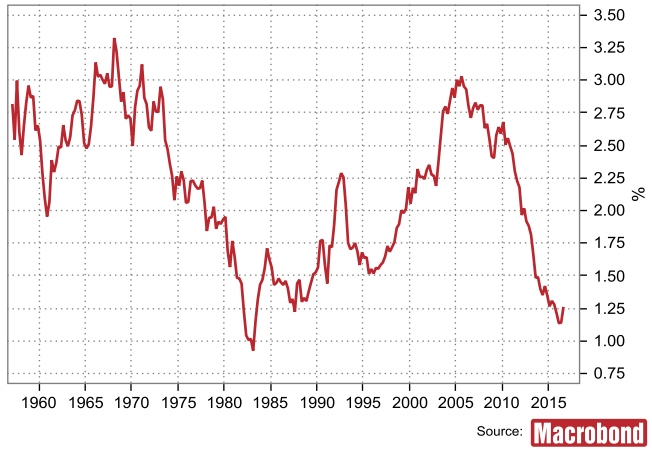
Handelsbanken

Aktier - Riskpremiejusteringar

- Teknologi
  - Något lägre teknikutveckling framöver
- Globalisering
  - Något positiv effekt på EM
    - Möjliga strukturreformer
  - Något negativt på DM
    - Frihandel mm



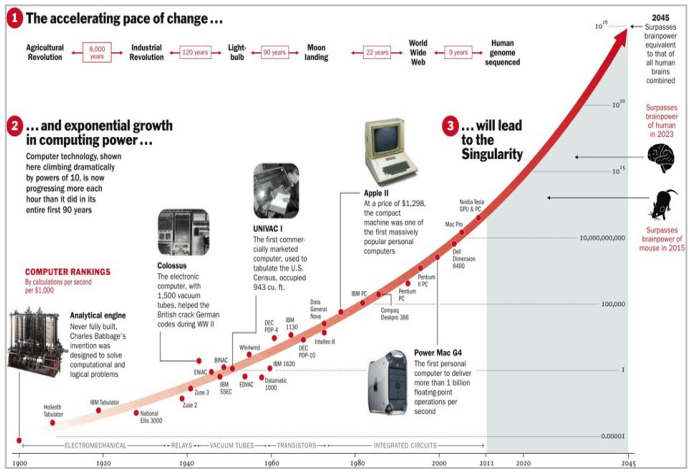
United States, Productivity, Costs & Hours Worked, Labour Productivity & Costs, Nonfarm Business, Labor Productivity (Output Per Hour), SA, Index [a.r. 10 years]



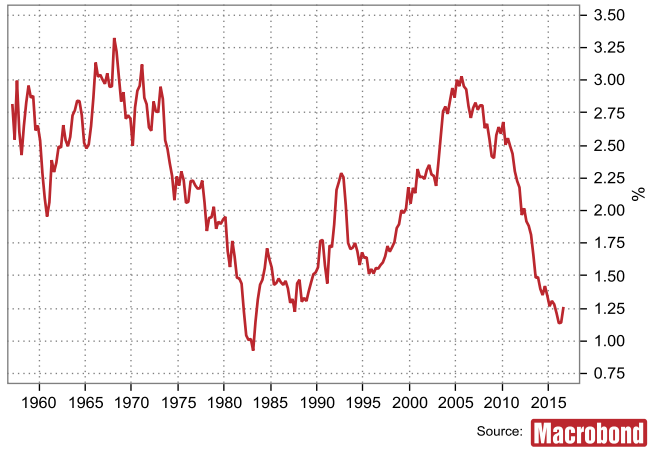
Handelsbanken

Aktier - Riskpremiejusteringar

- Teknologi
  - Vi bedömer att det är rimligt att anta att den teknologiska utvecklingen kommer att fortsätta i en takt i linje med vad vi sett de senaste 40-åren (dvs efter 1:a och 2:a industriella revolutionernas påverkan avstannat).
  - En tillväxt per capita ca 0.5-1 procentenheter under snittet för de senaste 150 åren är därmed en rimlig prognos för de kommande årtiondena.
  - Den lägre tillväxten bygger på att arbetskraftsproduktiviteten ligger kvar runt nivåerna under de senaste 10 åren



United States, Productivity, Costs & Hours Worked, Labour Productivity & Costs, Nonfarm Business, Labor Productivity (Output Per Hour), SA, Index [a.r. 10 years]



Handelsbanken

Aktier - Riskpremiejusteringar

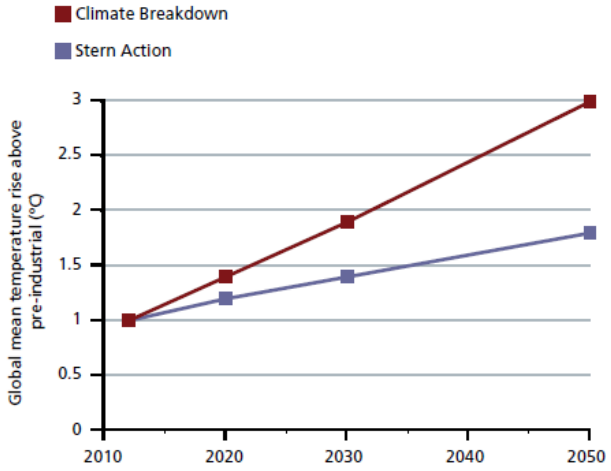
- Globalisering
  - Vår vy är att den ökade integrationen i världen har lett till en mer effektiv kunskapsöverföring, något som sannolikt betyder att länder så som Kina kunnat växa snabbare under en period.
  - Det är i vår vy tveksamt om ytterligare integration skulle bidra positivt till tillväxten i Kina, men för vissa andra länder, framförallt i tillväxtmarknader, skulle en ökad integration sannolikt kunna påverka positivt
  - Något positiv effekt på EM
    - Möjliga strukturreformer
  - Något negativt på DM
    - Frihandel mm

Aktier - Riskpremiejusteringar

- Miljö
  - Något negativ på DM
  - Mer negativ på EM
    - Mindre resurser
    - Något sämre till geografiskt

	Listed equities				Fixed income			Commodities		RE	Private equity			Infra	
	Global equity	EME	Sustainable equity	Efficiency/renewables	Global fixed	EMD	Inv grade credit	Agricultural land	Timberland	Unlisted	LBO	VC	Efficiency/renewables	Core, unlisted	Efficiency/renewables
Sensitivity	L	M	H	VH	L	M	L	H	H	H	M	H	VH	H	VH
Regional Divergence															
Delayed Action															
Stern Action															
Climate Breakdown															

Source: Mercer. Sustainable equity – broad multi-themed listed equity companies that generate a substantial proportion (typically more than 25%) of their earnings through sustainable activities. Efficiency/renewables assets – both listed/unlisted sustainability themed assets whose core activities are theme specific and more concentrated in terms of exposure than are broad sustainability equity. This includes (but is not limited to) energy efficiency, low energy transport, renewable energy, bioenergy, carbon capture and storage, smart grid, water supply, usage and management, waste management, hydro energy and geothermal, to name a few.

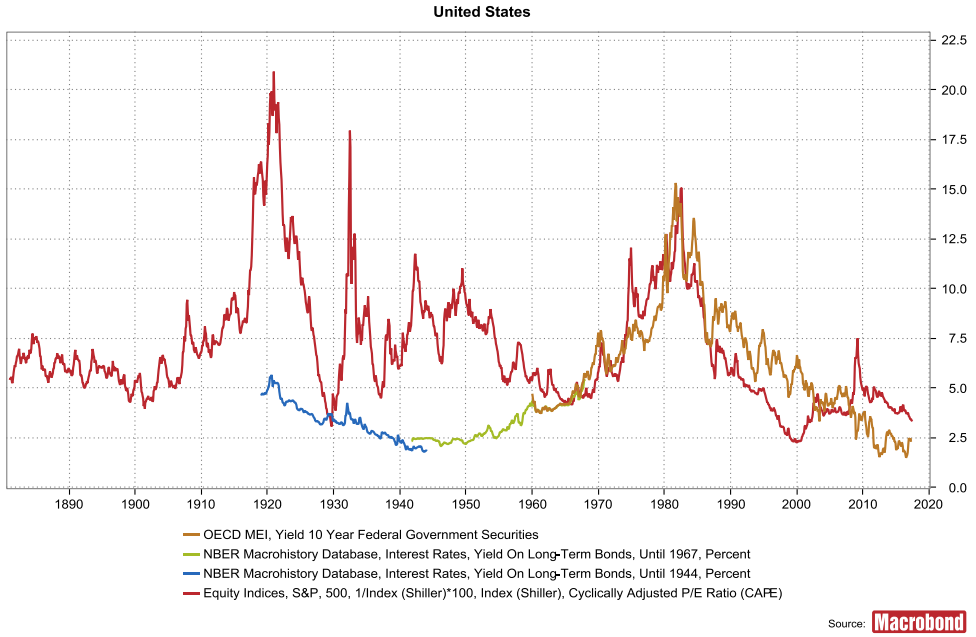


Source: Grantham LSE/Vivid Economics

Handelsbanken

Aktier - Riskpremiejusteringar

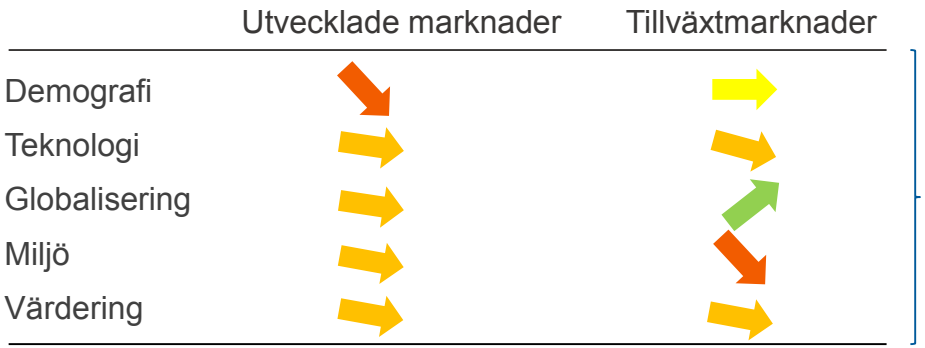
- Värdering
  - På lång sikt tror vi inte det har någon effekt
  - På 10 år har vi något lägre förväntan då värderingarna är åt det högre hållet ur ett historiskt perspektiv
    - Låg ränta och låg inflation ger dock utrymme för något högre värderingar



Handelsbanken

Sammanfattning riskpremier (lång sikt)

- Kort ränta – långsiktig kort ränta bedöms till ca 1% realt, baserat på studier från FED och BoE, justeras ner på 10 år baserat på mjuk centralbankspolitik
- Riskpremie lång ränta
  - Har historisk varit ca 1,5% på 10 år i USA och knappt 1% för svensk obligationsmarknad, vilket vi bedömer som rimligt på lång sikt. Just nu är terminspremien ca 0%
  - Nuvarande yield har historisk varit ett relativt bra prognosverktyg upp till 10 år
- Riskpremie aktier
  - Bas på 4% för globala aktier baserat på historik, implicita modeller och framåtblickande enkätsundersökningar
  - Basen justeras sedan för



Avkastningsförväntningar	2 år	5 år	10 år	Lång
Globala aktier	3,6%	5,2%	6,8%	8,0%
Tillväxtmarknadsaktier	5,0%	7,3%	9,5%	11,0%

Handelsbanken

LANDSTINGET BLEKINGE

Bilaga Kreditrisk

Vid investeringar av värdepapper ska strävan vara att placeringar skall göras i tillgångar som har hög kreditvärdighet som möjligt. För att bedöma graden av kreditvärdighet hos emittenter och motparter tillämpas Standard & Poor's, Moodys eller annat erkänt ratinginstituts ratingklassificering.

Ratingskalorna varierar mellan de olika ratinginstituten:

De tre kreditvärderingsinstitutens skalor påminner om varandra, men det finns vissa skillnader. När ratinginstituten, exempelvis Standard & Poor's, betygsätter företag gör de det på en skala från AAA vilket är toppbetyg till D som innebär att företaget är konkursfärdigt. Obligationer som ges ut av företag med kreditbetyg lägre än BBB räknas som högavkastande.

Moodys skala:
Aaa minimal risk för långivarna.
Aa är mycket låg kreditrisk.
A är låg kreditrisk.
Baa är måttlig kreditrisk.
Ba är en väsentlig kreditrisk och investeringar i bolaget är spekulativa.
B är en hög kreditrisk och det är mycket spekulativt att investera i bolaget.
Caa är en mycket hög risk för långivarna.
Ca är när bolaget har en liten möjlighet att komma tillbaka.
C är när bolaget har små utsikter att komma tillbaka

Så här ser skalorna ut för de stora ratinginstituten Fitch, S&P och Moodys.

Fitch	S&P	Moody's	Rating grade description (Moody's)	
AAA	AAA	Aaa	Investment grade	Minimal credit risk
AA+ AA AA-	AA+ AA AA-	Aa1 Aa2 Aa3		Very low credit risk
A+ A A-	A+ A A-	A1 A2 A3		Low credit risk
BBB+ BBB BBB-	BBB+ BBB BBB-	Baa1 Baa2 Baa3		Moderate credit risk
BB+ BB BB-	BB+ BB BB-	Ba1 Ba2 Ba3	Speculative grade	Substantial credit risk
B+ B B-	B+ B B-	B1 B2 B3		High credit risk
CCC+ CCC CCC-	CCC+ CCC CCC-	Caa1 Caa2 Caa3		Very high credit risk
CC C	CC C	Ca		In or near default, with possibility of recovery
DDD DD D	SD D	C		In default, with little chance of recovery

LANDSTINGET BLEKINGE

I nuvarande reglemente

Emittent/Ratingkategori	**Fördelning**	**Per Emittent**
Räntebärande placeringar	Max %	Max %
Svenska staten eller av svenska staten garanterat värdepapper	100	100
Svenska kommuner och landsting	70	10
Kommuninvest	70	70
Svenska banker och bostadsfinansieringsinst. (min.rating A)	70	20
AAA/Aaa	100	10
AA/Aa	30	10
A/A	20	5
BBB/Baa2	10	2
BB	3	1
Icke ratade	7	1

I reviderat reglemente

Emittent/Ratingkategori	**Fördelning**	**Per Emittent**
Räntebärande placeringar	Max %	Max %
Svenska staten eller av svenska staten garanterat värdepapper	100	100
Svenska kommuner och landsting	70	10
Kommuninvest	70	70
Svenska banker och bostadsfinansieringsinst. (min.rating A)	70	20
AAA/Aaa	100	20
AA/Aa	40	15
A/A	30	10
BBB/Baa	20	5
BB/Ba	8	2
Värdepapper utan rating eller lägre än BB/Ba	8	2

Ändrad fördelning

Emittent/Ratingkategori	**Fördelning**	**Förslag ny fördelning**
AAA/Aaa	100	100
AA/Aa	30	40
A/A	20	30
BBB/Baa	10	20
BB/Ba	3	8
Värdepapper utan rating eller lägre än BB/Ba	7	8

LANDSTINGET BLEKINGE

Coin som månadsvis gör uppföljning av Landstinget Blekinges portfölj har en sammanställning över aktuellt läge gällande kreditratingen. Per 2018-09-30 visade deras sammanställning följande:

Emittent/Ratingkategori	**Fördelning %**	**Portfölj %**
AAA/Aaa	100	66,6
AA/Aa	30	1,6
A/A	20	12,1
BBB/Baa	10	12,4
BB/Ba	3	0,3
Värdepapper utan rating eller lägre än BB/Ba	7	6,5

Bilaga

I nuvarande reglemente

ÖVERGRIPANDE TILLGÅNGSLIMITER

Allokering	Min	Normal	Max	Utvärdering mot
Räntebärande värdepapper	60%	70%	80%	
- nominella räntor	60%		100%	50% OMRX Bond / 50% OMRX T-Bill
- realräntor	0%		40%	OMRX Real
Aktier	20%	30%	40%	
- svenska	20%	30%	40%	SIX RX
- utländska	60%	70%	80%	MSCI AC World Daily TR Net (SEK)
Alternativa placeringar	0%	0%	5%	
Likvida medel	0%	0%	15%	

Genomsnittlig duration (år)	
- nominella räntor	Index ± 2
- realräntor	Index ± 3

I reviderat reglemente

ÖVERGRIPANDE TILLGÅNGSLIMITER

Allokering	Min	Normal	Max	Utvärdering mot
Räntebärande värdepapper	40%	50%	80%	
- nominella räntor	60%		100%	50% OMRX Bond / 50% OMRX T-Bill
- realräntor	0%		40%	OMRX Real
Aktier	20%	50%	60%	
- svenska	20%	30%	40%	SIX RX
- utländska	60%	70%	80%	MSCI AC World Daily TR Net (SEK)
Alternativa placeringar	0%	0%	10%	

Likvida medel	0%	0%	15%

Genomsnittlig duration (år)	
- nominella räntor	Index ± 2
- realräntor	Index ± 3

§ 354/18 Ärendenummer: 2018/01636

Revidering i reglementet för den finansiella verksamheten

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att fastställa reglementet för den finansiella verksamheten vilken ersätter den tidigare versionen från 2017 (Dnr 2017/0597).

Sammanfattning

Finansiella intäkter och kostnader finns redovisade i Landstinget Blekinges resultaträkningar och resultatbudgetar och påverkar således landstingets ekonomiska resultat. Innehållet i reglementet för den finansiella verksamheten styr bland annat hur kapitalet ska förvaltas utifrån landstingets uppställda mål. Således påverkar reglementets innehåll storleken på Landstingets finansiella intäkter och kostnader. Förslaget till ändringar i reglementet gäller avsnitten tillgångsallokering och kreditrisk. Förslagen innebär att avkastningen på placerade medel förväntas öka men med ökad risk.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Revidering i reglementet för den finansiella verksamheten.
Bilaga: Reglemente för den finansiella verksamheten Region Blekinge 2018
Bilaga: Portföljanalys Landstinget Blekinge Oktober 2018.
Bilaga: Bilaga Kreditrisk
Bilaga: Tillgångsallokering ändringar i reglementet.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Planeringsenheten	2018-10-11	Ärendenummer	2018/01416
Ralph Harlid		Dokumentnummer	2018/01416-1

Till Landstingsfullmäktige

Arbetsordning för regionfullmäktige

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

1. att godkänna förslag till arbetsordning för regionfullmäktige.

Sammanfattning

Förslag till ny arbetsordning har tagits fram av landstingsjurist och planeringsdirektör. Utgångspunkten har varit nu gällande arbetsordning och råd från SKL. Justeringar har gjorts utifrån nya regler i kommunallagen samt anpassning till namnet Region Blekinge istället för Landstinget Blekinge. De ändringar som är gjorda är i förslaget gulmarkerade

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Bilaga

- Arbetsordning för regionfullmäktige 2019. Dokumentnummer 2018-01416-2

LANDSTINGET BLEKINGE

Dokumentnamn: Arbetsordning för regionfullmäktige 2019		Revision: 01
Dokumenttyp: arbetsordning	Dokumentnummer: 2018-01416-2	
Detta dokument gäller för: Regionfullmäktige	Funktionsområde:	
Dokumentansvarig: Planeringsdirektör	Beslut av: Regionfullmäktige	
Beslut datum: 2018-11-26	Nästa revidering: 2022-12-31	

Arbetsordning för regionfullmäktige 2019

ALLMÄNNA BESTÄMMELSER

§ 1 Fullmäktige har 57 ledamöter. Om ersättare stadgas i kommunallagen och vallagen.

§ 2 Utöver det som föreskrivs om regionfullmäktige i lag eller annan författning gäller bestämmelserna i denna arbetsordning.

§ 3 Varje ledamot och ersättare ska tillställas arbetsordning och kommunallag i senast gällande lydelse. Arbetsordning och kommunallag ska finnas tillgängliga vid varje möte med regionfullmäktige.

Regionjuristen ska fortlöpande hålla sig underrättad om ändringar i kommunallagen gällande Region Blekinges förhållanden samt informera ledamöter och ersättare om ändringarna.

TID OCH PLATS FÖR REGIONFULLMÄKTIGE

§ 4 I 5 kap 12 § kommunallagen stadgas om fullmäktiges sammanträden.

Regionfullmäktige sammanträder ca 8 ggr varje år. Fullmäktige bestämmer årligen dagar och tider för sammanträdena.

De år då val av fullmäktige har ägt rum i hela landet, sammanträder det nyvalda fullmäktige första gången i oktober.

Ålderspresidenten bestämmer dagen och tiden för det första sammanträdet efter samråd med regionsstyrelsens presidium.

Regionsstyrelsen kan sammankalla fullmäktiges ledamöter och ersättare för information utan att fullmäktigesammanträde hålls.

Ett extra sammanträde hålls på den tid som ordföranden bestämmer efter samråd med vice ordförandena.

En begäran om ett extra sammanträde ska göras skriftligen, ställas till ordföranden och ges in till kanslienheten.

Om det föreligger särskilda skäl för det, får ordföranden efter samråd med vice ordförandena ställa in ett sammanträde eller ändra dagen eller tiden för ett sammanträde.

Om ordföranden beslutar att ett sammanträde ska ställas in eller att dagen eller tiden för ett sammanträde ska ändras, låter ordföranden snarast underrätta varje ledamot och ersättare om beslutet.

Kallelsen ska anslås på Region Blekinges webbaserade anslagstavla se 6 §.

§ 5 Fullmäktige sammanträder i Karlskrona. Ordföranden får efter samråd med vice ordförandena bestämma om en annan plats inom länet för ett visst sammanträde.

KALLELSE OCH TILLKÄNNAGIVANDE OM FULLMÄKTIGEMÖTE

§ 6 Kallelse om fullmäktiges sammanträde utfärdas av Regionfullmäktiges ordförande enligt bestämmelserna i 5 kap 12 15 §§ kommunallagen. Kallelsen ska ske senast en vecka före fullmäktiges sammanträde finnas tillkännagiven på Region Blekinges webbaserade anslagstavla samt vara utsänd med post eller elektroniskt till varje ledamot och varje ersättare.

Kallelsen ska innehålla uppgift om tid och plats för fullmäktiges sammanträde. Beträffande brådskande ärende finns bestämmelse i 5 kap 14 § kommunallagen.

FULLMÄKTIGEMÖTET

§ 7 Vid fullmäktiges början hålls upprop av tjänstgörande regionsledamöter och ersättare. Upprop görs sedan när fullmäktiges ordförande anser att det behövs.

En förteckning över tjänstgörande ledamöter och ersättare ska finnas tillgänglig vid varje sammanträde med fullmäktige.

§ 8 Ordförande och en 1:e och en 2:e vice ordförande i fullmäktige utses för den tid de valts till ledamöter. Så snart valen av ordförande har gjorts överlämnas ordförandeskapet till den nyvalde ordföranden. Till dess valen har gjorts utövas ordförandeskapet av den som varit ledamot längst tid. Om två eller flera har varit ledamöter lika länge har den äldste av dem företräde.

Vid samtidigt förfall för ordförande och vice ordförandena utser fullmäktige annan ledamot att för tillfället föra ordet. I fråga om ordförandeskap intill dess annan ledamot valts gäller bestämmelserna för ordförandeval enligt första stycket ovan i tillämpliga delar.

Avgår ordförande eller vice ordförande under den tid för vilken den valts utser fullmäktige ny ordförande respektive ny vice ordförande för den tid som återstår av hans/hennes mandatperiod.

§ 9 Kan fullmäktigeledamot inte delta i fullmäktiges sammanträde ska han/hon om hindret är känt för honom/henne före sammanträdet utan dröjsmål underrätta kanslienheten enligt utarbetad och beslutad rutin av administrativ chef. Kanslienheten kallar den ersättare till tjänstgöring som står närmast i tur.

Om en ledamot utan föregående anmälan uteblir från ett sammanträde eller om hindret uppkommer sedan ledamot inställt sig till sammanträdet, kallar ordföranden in den ersättare som är tillgänglig och som står i tur att tjänstgöra.

Om någon annan ersättare som är behörig att tjänstgöra finns närvarande vid sammanträdet, får ordföranden dock i stället kalla in den ersättaren.

Föreskriften i denna paragraf gäller också för ersättare.

Om begränsning i ersättares tjänstgöringsrätt finns bestämmelser i kommunallagen. Infinner sig ordinarie ledamot under pågående sammanträde, till vilket han/hon förut anmält förhinder, upphör ersättarens tjänstgöringsrätt i regel när beslut fattats i det ärende som behandlades när den ordinarie ledamoten kom till sammanträdeslokalen.

§ 10 Fullmäktige utser för varje sammanträde två tjänstgörande ledamöter eller ersättare att jämte fullmäktiges ordförande justera protokoll samt i förekommande fall biträda ordföranden och sekreteraren vid röstsammanräkning.

Fullmäktige utser dem som på sätt som anges i 4 kap 28 § kommunallagen ska äga rätt att delta i nämnds sammanträde. Den som enligt 4 kap 28 § kommunallagen utsetts att närvara vid nämnds sammanträden äger rätt att få sin mening antecknad till protokollet.

§ 11 Fullmäktiges sekreterare utses, efter samråd med fullmäktiges presidium av regionsstyrelsen. Kan han/hon inte närvara vid visst sammanträde eller del därav, får han/hon själv efter samråd med ordföranden utse annan sekreterare vid det sammanträdet eller del av detta.

Sekreteraren för fullmäktiges protokoll, ombesörjer expedieringen av fullmäktiges beslut och fullgör i övrigt de uppgifter som framgår av denna arbetsordning eller särskilt beslutas av fullmäktige.

§ 12 Ärende som enligt 5 kap 22 § kommunallagen ska upptas till beslut av fullmäktige ska vara skriftligt och ha registrerats i Region Blekinges diarium. Ordföranden bestämmer efter samråd med vice ordförandena och regionsstyrelsens presidium, när fullmäktige ska behandla ett ärende, om inte annat följer av lag.

§ 13 Fullmäktiges ordförande svarar för att föredragningslista upprättas över de ärenden som ska behandlas vid fullmäktiges sammanträde. Som bilagor till föredragningslistan fogas samtliga handlingar i ärenden som väckts enligt 5 kap 22 § kommunallagen och för vilka det inte enligt § 14 arbetsordningen bestämts att de ska behandlas vid annat sammanträde.

Föredragningslista ska bifogas den kallelse som enligt § 6 arbetsordningen ska utsändas med post eller elektroniskt till varje fullmäktigeledamot och varje ersättare. Motsvarande gäller brådskande ärende enligt § 6 i arbetsordningen. Har handlingarna i ärende enligt första stycket särskilt stor omfattning eller om det på annat sätt är svårt att mångfaldiga handlingarna, får som bilaga till föredragningslistan i stället intas en sammanfattning av ärendet. Representanter för press och övriga massmedia i länet ska på lämpligt sätt beredas tillgång till fullmäktigehandlingar.

Föredragningslista utan bilagor anslås på Region Blekinges webbaserade anslagstavla i anslutning till kallelsen om fullmäktigesammanträde.

Ordföranden låter i en fullständig föredragningslista förteckna samtliga ärenden till ett sammanträde. I föredragningslistan ska också anges de interpellationer och frågor som ska ställas och de interpellationer och frågor som ska besvaras.

Den fullständiga föredragningslistan jämte samtliga handlingar i de ärenden som ska behandlas vid sammanträdet ska finnas tillgängliga under hela sammanträdet.

ÄRENDEBEREDNING

§ 14 I 5 kap 26-36 §§ kommunallagen stadgas om hur ärenden bereds till fullmäktige. Ärendena tas upp till behandling i den ordning i vilken de uppförts i föredragningslistan, om inte fullmäktige för visst fall beslutat annat.

Ärende som av särskilt skäl inte kunnat uppföras i den fullständiga föredragningslistan upptas i den ordning fullmäktiges ordförande bestämmer.

Motion bör beredas så att fullmäktige kan fatta beslut med anledning av motionen vid sammanträde som hålls inom ett år från det att motionen väcktes. Motion som bordlagts ska anmälas vid varje fullmäktigesammanträde intill dess den upptas till beslut.

Om någon fullmäktigeledamot eller tjänstgörande ersättare begär det, ska vid sådan anmälan även redovisas hur motionen dittills beretts.

Om särskilda skäl föranleder det, kan fullmäktige besluta att avbryta handläggningen av ett ärende under ett sammanträde för att återuppta den senare under sammanträdet.

YTTRANDERÄTT

§ 15 Ledamöterna får yttra sig om lagligheten av allt som förekommer vid sammanträdena.

Ordföranden och vice ordförandena i en nämnd vars verksamhetsområde ett ärende berör får delta i överläggningen i ärendet, även om de inte är ledamöter i fullmäktige. Regionråd får delta i överläggningen i alla ärenden, även om han/hon inte är ledamot i fullmäktige.

Ordförande i en nämnd eller i en fullmäktigeberedning eller någon annan som besvarar en interpellation eller en fråga får delta i den överläggning som hålls med anledning av svaret, även om han/hon inte är ledamot i fullmäktige.

Region Blekinges revisorer samt deras sakkunniga biträden får delta i överläggningen när fullmäktige behandlar revisionsberättelsen och årsredovisningen, trots att de inte är ledamöter i fullmäktige.

Revisorerna får delta i överläggningen, när fullmäktige behandlar ett ärende som berör revisorernas egen förvaltning.

Ordföranden låter efter samråd med vice ordförandena i den utsträckning som det behövs kalla ordförandena och vice ordförandena i nämnderna, revisorerna samt anställda hos Region Blekinge för att lämna upplysningar vid sammanträdena. Detsamma gäller utomstående sakkunniga.

Om fullmäktige inte beslutar något annat, bestämmer ordföranden efter samråd med vice ordförandena i vilken utsträckning de som har kallats för att lämna upplysningar på ett sammanträde får yttra sig under överläggningarna.

Regiondirektören får delta i överläggningen i alla ärenden samt yttra sig om lagligheten av allt som förekommer vid sammanträdena.

Fullmäktiges sekreterare samt administrativ chef får yttra sig om handläggningen av ärenden samt av interpellationer och frågor.

Regionjuristen får yttra sig om lagligheten av allt som förekommer vid sammanträdena. Regionjuristen biträder ordföranden samt utför och yttrar sig gällande övriga uppgifter vilka ordförande bestämmer.

Om någon talare avlägsnar sig från ämnet för överläggningen och efter tillsägelse inte rättar sig, får ordföranden ta ifrån talaren ordet. I övrigt får ingen avbryta en talare under ett anförande.

DELTAGANDE I BESLUT

§ 16 En ledamot som avser att avstå från att delta i ett beslut, ska anmäla detta till ordföranden, innan ordföranden lägger fram förslag till beslut.

En ledamot som inte har gjort en sådan anmälan anses ha deltagit i beslutet, om fullmäktige fattar det med acklamation.

OMRÖSTNING

§ 17 Begärs omröstning som avses i 5 kap 54 § kommunallagen ska den genast verkställas. Voteringspropositionen ska ha godkänts av fullmäktige innan en omröstning genomförs. Om någon fullmäktigeledamot eller tjänstgörande ersättare begär det ska voteringsproposition vara skriftlig och tillgänglig för ledamöterna före omröstningen.

Omröstning bör ske med voteringsanläggning.

§ 18 Upprop för omröstning förrättas efter den i § 7 arbetsordningen nämnda förteckningen över tjänstgörande ledamöter och ersättare. Om särskilda röstsammanräknare har stadgats i § 10 arbetsordningen.

Ordföranden avger alltid sin röst sist.

§ 19 Sedan omröstning har avslutats, befäster ordföranden detta med ett klubbslag. Därefter får inte någon ledamot avge sin röst. Inte heller får någon ledamot ändra eller återta en avgiven röst efter klubbslaget.

Leder röstsammanräkning vid öppen omröstning till oenighet med avseende på omröstningsresultatet, ska ny omröstning genast verkställas.

När omröstningar genomförs, biträds ordföranden av de två ledamöterna som har utsetts att justera protokollet.

Om en omröstning begärs, när fullmäktige förrättar ett val eller behandlar ett ärende som rör anställning av personal, tillämpas bestämmelserna i 16 § på motsvarande sätt.

Valsedlar ska alltid finnas tillgängliga under sammanträdena i tillräckligt antal.

En valsedel som avlämnas vid en sluten omröstning ska uppta så många namn som valet avser samt vara omärkt, enkel och sluten.

En valsedel är ogiltig
1. om den upptar namnet på någon som inte är valbar,
2. om den upptar flera eller färre namn än det antal personer som ska väljas,
3. om den upptar ett namn som inte klart utvisar vem som avses, eller
4. om den i övrigt inte uppfyller det som har föreskrivits om valsedel i denna paragraf.

Det som sagts nu gäller inte vid val som sker med tillämpning av proportionellt valsätt. För sådana val finns särskilda föreskrifter i lag.

Anteckningslistorna från öppna omröstningar och valsedlarna som har lämnats vid slutna omröstningar ska förvaras på ett betryggande sätt, tills besluten vunnit laga kraft.

RESERVATION

§ 20 Om en ledamot har reserverat sig mot ett beslut och ledamoten vill motivera reservationen, ska ledamoten göra det skriftligt. Motiveringen ska lämnas till sekreteraren före den tidpunkt som har fastställts för justeringen av protokollet.

Om fullmäktige beslutar att omedelbart justera den paragraf i protokollet som reservationen avser, ska motiveringen dock lämnas så snart det kan ske och senast under den sammanträdesdag då beslutet fattades.

ORDNING VID SAMMANTRÄDE

§ 21 Ordföranden leder fullmäktiges sammanträden och ansvarar för ordningen vid sammanträden. Ordföranden får visa ut den som uppträder störande och inte rättar sig efter tillsägelse.

Om sådan oordning uppstår att ordföranden inte kan avstyra den, får ordföranden upplösa sammanträdet.

MOTION

§ 22 En motion ska vara skriftlig och egenhändigt undertecknad av en eller flera ledamöter.

Ämnen av olika slag får inte tas upp i samma motion.

En motion väcks genom att den ges in till kanslienheten.

En motion får också lämnas vid ett sammanträde med fullmäktige. Sekreteraren ser till att en sådan motion blir registrerad i Region Blekinges diarium.

En ersättare får väcka motion bara när ersättaren tjänstgör som ledamot vid ett sammanträde.

Regionsstyrelsen ska två gånger varje år redovisa de motioner som inte har beretts färdigt.

Redovisningen ska göras på fullmäktiges ordinarie sammanträden i maj och november.

INTERPELLATION

§ 23 En interpellation ska vara skriftlig och egenhändigt undertecknad av en ledamot.

Den ska ges in till kanslienheten senast 12 dagar före det sammanträdet vid vilket interpellationen ska besvaras.

En ersättare får lämna in en interpellation under ett sammanträde, om ersättare tjänstgör som ledamot vid sammanträdet.

Sekreteraren ser till att en sådan interpellation blir registrerad i Region Blekinges diarium.

En interpellation får ställas förutom till ordföranden i styrelsen också till 1:e vice ordföranden i styrelsen, till eventuella övriga regionråd samt till nämndsordföranden. En interpellation får även ställas till de personer som utsetts av majoriteten med ett speciellt ansvarsområde.

En interpellation som ingivits inom föreskriven tid ska besvaras senast vid närmast kommande fullmäktigesammanträde.

Ett svar på en interpellation ska vara skriftligt och tillhandhållas ledamöterna, innan det tas upp på ett sammanträde.

Den ledamot som har ställt interpellationen bör få del av svaret arbetsdagen före den sammanträdesdag, då svaret ska lämnas.

Om en interpellation avser förhållandena i ett sådant företag som avses i 3 kap 11 eller 12 §§ kommunallagen, får den ordförande till vilken interpellationen har ställts överlämna till en ledamot i företagets styrelse att besvara interpellationen.

Den som besvarar interpellationen ska ha valts av fullmäktige till uppdraget i företagets styrelse.

En ersättare som har ställt en interpellation får delta i överläggningen då svaret på interpellationen behandlas bara om ersättaren tjänstgör som ledamot också vid det tillfället.

FRÅGOR

§ 24 En fråga ska vara skriftlig och egenhändigt undertecknad av en ledamot.

Den ska ges in till kanslienheten 5 arbetsdagar före det sammanträde vid vilket ledamoten avser att ställa den.

PRÖVNING AV ANSVARSFRIHET OCH ANMÄRKNING

§ 25 Presidiet bereder frågor och ärenden om ansvarsfrihet och anmärkning.

BEREDNING AV REVISORERNAS BUDGET

§ 26 Presidiet bereder revisorernas budget.

FÖRLÄNGNING AV SAMMANTRÄDE OCH FORTSATT SAMMANTRÄDE

§ 27 Om fullmäktige inte hinner slutföra ett sammanträde på den utsatta sammanträdesdagen, kan fullmäktige besluta att förlänga tiden för sammanträdet.

Fullmäktige kan också besluta att avbryta sammanträdet och att hålla fortsatt sammanträde en senare dag för att behandla de ärenden som återstår. I ett sådant fall beslutar fullmäktige genast, när och var sammanträdet ska fortsätta.

PROTOKOLL

§ 28 Om protokoll och reservation till protokollet finns bestämmelser i kommunallagen. Beträffande särskilt yttrande till protokoll gäller i tillämpliga delar vad som stadgas om reservation.

Protokollet justeras av ordföranden och två ledamöter. Har flera ordförande fungerat vid fullmäktiges sammanträde, justerar varje ordförande de paragrafer i protokollet som avser de delar av mötet varunder han/hon lett förhandlingarna. Justering sker, förutom genom namnteckning på därför avsedd plats, genom signum på varje sida av protokollet. Om särskilda justeringsmän har stadgats i § 10 arbetsordningen.

Fullmäktige får besluta att en paragraf i protokollet ska justeras omedelbart. Paragrafen ska redovisas skriftligt innan fullmäktige justerar den.

SEKRETERARE

§ 29 Regionsstyrelsen utser efter samråd med fullmäktiges presidium sekreterare i fullmäktige. Vid hinder för sekreteraren utser fullmäktiges ordförande vikarie för sekreteraren.

Sekreteraren för fullmäktiges protokoll och biträder ordföranden.

Sekreteraren fullgör i övrigt de uppgifter som framgår av arbetsordningen och som fullmäktige eller ordföranden bestämmer.

EXPEDIERING

§ 30 Sekreteraren ansvara för att utdrag ur protokollet tillställs de nämnder, andra organ och personer som berörs av besluten i protokollet.

Regionsstyrelsen och Region Blekinges revisorer ska alltid tillställas hela protokollet.

Om fullmäktige inte beslutar något annat, undertecknar ordföranden och kontrasignerar sekreteraren fullmäktiges skrivelser och de andra handlingar som upprättas i fullmäktiges namn.

§ 31 Protokollet ska utöver de i 5 kap 70 § KL och 8 kap 12 § KL uppställda kraven på tillkännagivande även inom samma tid publiceras på Region Blekinges webbaserade anslagstavla.

VALBEREDNING MED MERA

§ 32 År då allmänna val ägt rum utser det nyvalda Regionfullmäktige på det första sammanträdet en valberedning. Valberedningens tjänstgöring ska avse hela den tid för vilken fullmäktiges ledamöter blivit valda.

Valberedningen består av nio ledamöter och nio ersättare. Regionfullmäktige utser bland ledamöterna i valberedningen en ordförande och en vice ordförande. Valberedningens ordförande utser efter samråd med regiondirektören sekreterare åt beredningen.

Valberedningen ska lägga fram förslag i alla valärenden som fullmäktige ska behandla med undantag av valen av fullmäktiges presidium, valberedning eller fyllnadsval.

Fullmäktige kan dock besluta att förrätta även andra val utan föregående beredning.

Valberedningen bestämmer själva sina arbetsformer.

§ 355/18 Ärendenummer: 2018/01416

Arbetsordning för regionfullmäktige

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att godkänna förslag till arbetsordning för regionfullmäktige.

Särskilda uttalanden
Björn Tenland Nurhadi (SD) deltar inte i arbetsutskottets beslut.

Sammanfattning
Förslag till ny arbetsordning har tagits fram av landstingsjurist och planeringsdirektör. Utgångspunkten har varit nu gällande arbetsordning och råd från SKL. Justeringar har gjorts utifrån nya regler i kommunallagen samt anpassning till namnet Region Blekinge istället för Landstinget Blekinge. De ändringar som är gjorda är i förslaget gulmarkerade

Beslutsunderlag
Tjänsteutlåtande: Arbetsordning för regionfullmäktige.
Bilaga: Arbetsordning för regionfullmäktige 2019.

Protokollet ska skickas till
Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Planeringsavdelningen
Ralph Harlid

2018-10-15

Ärendenummer 2018/01604
Dokumentnummer 2018/01604-1

Till Landstingsstyrelsen

Reglementen för nämnder i Region Blekinge 2019-2022

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

1. Att godkänna förslag till reglementen för nämnder i Region Blekinge

Sammanfattning

Förslag till reglementen har tagits fram av planeringsdirektör och landstingsjurist. Utgångspunkten har varit nu reglementen i befintliga nämnder. Justeringar har gjorts utifrån nya regler i kommunallagen samt anpassning till nya nämnder i Region Blekinge från 2019.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Ralph Harlid
Planeringsdirektör

Bilaga

- Reglementen för nämnder i Region Blekinge. Dokumentnummer 2018/01604-1

LANDSTINGET BLEKINGE

Dokumentnamn: Reglementen för Region Blekinge		Revision: 01
Dokumenttyp: Reglementen	**Dokumentnummer:** 2018/01604-1	
Detta dokument gäller för: Region Blekinge	Funktionsområde:	
Dokumentansvarig: Planeringsdirektör	**Beslut av:** Landstingsfullmäktige	
Beslut datum: 2018-11-26	**Nästa revidering:** 2022-12-31	

Reglementen för Region Blekinge

Ledningen av Region Blekinges verksamheter utövas av nämnder och styrelser med ansvarsfördelning enligt de av regionfullmäktige fastställda reglementena.

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över övriga nämnder och styrelser och vakar över att Region Blekinge fullgör sina åligganden inom olika verksamheter utifrån regionfullmäktiges beslut samt enligt lag och andra författningar.

Regionstyrelsen utövar även ägarskap för verksamheter i egen regi. Ansvaret innebär att styrelsen har ett samordningsansvar för att verksamheter i egen regi bedrivs ändamålsenligt och effektivt.

LANDSTINGET BLEKINGE

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

GEMENSAMMA BESTÄMMELSER 3

REGLEMENTE FÖR REGIONSTYRELSE 5

REGLEMENTE FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMND 11

REGLEMENTE FÖR TANDVÅRDSNÄMND 13

REGLEMENTE FÖR REGIONAL UTVECKLINGSNÄMND 15

REGLEMENTE FÖR KULTUR- OCH BILDNINGSNÄMND 18

REGLEMENTE FÖR TRAFIKNÄMND 11

GEMENSAMMA BESTÄMMELSER

FÖR REGIONSTYRELSEN OCH NÄMNDERNA GEMENSAMMA BESTÄMMELSER

§ 1. Nämnden får besluta att dess sammanträden ska vara offentliga, dock ska handläggningen av ärenden som avser myndighetsutövning och i ärenden i vilket det förekommer uppgifter som omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen ske inom stängda dörrar.

§ 2. Nämnden ska för varje kalenderår upprätta en plan över sina sammanträden.

§ 3. Skriftlig kallelse ska sju dagar före varje sammanträde med nämnden utsändas till nämndens ledamöter och ersättare, och till alla regionråd. Undantag kan medges för särskilt angelägna ärenden.

Med kallelsen ska följa en preliminär föredragningslista över de ärenden som avses bli behandlade vid sammanträdet, och de handlingar som hör till ärendena. Slutlig föredragningslista fastställs vid varje sammanträdes början.

Massmedia i länet ska på lämpligt sätt beredas tillgång till nämndens sammanträdeshandlingar.

§ 4. Förfarandet vid samtidigt förfall för ordförande och samtliga vice ordförandena samt längre förhinder för ordförande under tjänstgöringsperioden avgörs av nämnden.

§ 5. Ledamot som inte kan delta i sammanträde med nämnden, ska utan dröjsmål underrätta nämndens sekreterare, som inkallar ersättare till tjänstgöring som står närmast i tur.

Om ledamot, som förut anmält förhinder, infinner sig under pågående sammanträde, upphör ersättarens tjänstgöringsrätt i regel, när beslut fattats i det ärende som behandlades, då ledamoten kom till sammanträdeslokalen. Ledamot som avbrutit tjänstgöring vid sammanträde på grund av annat hinder än jäv, får därefter under samma dag ej tjänstgöra vid sammanträdet.

§ 6. Närvarorätt och yttranderätt men ej rätt att deltaga i besluten vid nämndens sammanträden har även icke tjänstgörande ersättare i nämnden samt alla regionråd. Politisk sekreterare har tillträde till nämndens sammanträde om partiet är representerat.

§ 7. Ordförande beslutar om formerna för beredning och föredragning av ärenden vid nämndens sammanträde.

§ 8. Nämndens ordförande får i brådskande ärenden enligt 6 kap 39 § § KL (kommunallagen) besluta på nämndens vägnar.

§ 9. Nämnden får uppdra åt en ledamot eller ersättare eller åt en anställd inom regionen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Bestämmelser härom finns i 6 kap 37 § KL.

§ 10. Förtroendeman eller tjänsteman hos regionen eller särskild sakkunnig, som avses i 6 kap 26 § KL, tillkallas efter beslut av nämnden. Den som sålunda tillkallats har yttranderätt i det ärende kallelsen gäller.

§ 11. Nämnden får handlägga ärende endast om mer än hälften av ledamöterna är närvarande. Ledamot i nämnden eller annan, som har att handlägga ärenden hos nämnden, får ej deltaga i eller närvara vid handläggningen av ärende, som innebär jäv enligt 6 kap 28-31 § KL.

§ 12. Om omröstning, protokoll och reservation till protokollet finns bestämmelser i KL. Beträffande särskilt yttrande till protokoll, gäller i tillämpliga delar vad som stadgas om reservation.

§ 13. Nämnden utser för varje sammanträde en ledamot eller tjänstgörande ersättare, att jämte ordföranden justera Regionstyrelsens protokoll. Justering sker, förutom genom namnteckning på därför avsedd plats, genom signum på varje sida av protokollet.

Har flera ordföranden fungerat vid sammanträdet, justerar varje ordförande de paragrafer i protokollet som avser de delar av sammanträdet, varunder den ordföranden lett förhandlingarna.

§ 14. Sekreterare åt nämnden utses av ordförande. Kan sekreteraren inte närvara vid visst sammanträde eller del därav, utser nämndens ordförande annan sekreterare vid sammanträdet eller den delen av sammanträdet. Föredragande vid nämndens sammanträden är förvaltningschef eller annan av förvaltningschefen utsedd tjänsteperson. Rutiner för föredragning ska fastställas efter samråd mellan nämndens ordförande och

Sekreteraren svarar för nämndens protokoll, ombesörjer expedieringen av nämndens beslut och fullgör i övrigt de uppgifter som framgår av detta reglemente eller särskilt beslutas av nämnden.

§ 15. Fullständiga protokoll från nämndens sammanträden ska, förutom till nämndens ledamöter och nämndens sekreterare ska tillse, att utdrag ur Regionstyrelsens protokoll tillställes dem, som är berörda av beslut som är intagna i protokollet.

Meddelande om protokollsjustering, och var protokollet med tillhörande handlingar finns tillgängligt, ska senast två dagar efter protokollsjusteringen anslås på regionens digitala anslagstavla.

§ 16. Avtal och utgående skrivelser och handlingar från nämnden undertecknas av ordföranden med kontrasignation av förvaltningschef eller av förvaltningschefen utsedd tjänsteperson. Nämnden får besluta att underskrift i vissa fall ska ske i annan ordning.

§ 17. Delgivning med nämnden sker med nämndens ordförande, regiondirektören eller den, som i övrigt enligt särskilt beslut är behörig att motta delgivning.

§ 18. Nämnd får själv eller genom ombud föra Region Blekinges talan i mål och ärenden som gäller nämndens verksamhetsområde.

LANDSTINGET BLEKINGE

REGLEMENTE FÖR REGIONSTYRELSE

Ledningen av Region Blekinges verksamheter utövas av nämnder och styrelser med ansvarsfördelning enligt de av regionfullmäktige fastställda reglementena.

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över övriga nämnder och styrelser och vakar över att Region Blekinge fullgör sina åligganden inom olika verksamheter utifrån regionfullmäktiges beslut samt enligt lag och andra författningar.

Regionstyrelsen utövar även ägarskap för verksamheter i egen regi. Ansvaret innebär att styrelsen har ett samordningsansvar för att verksamheter i egen regi bedrivs ändamålsenligt och effektivt.

ALLMÄNNA BESTÄMMELSER

§ 1. Regionstyrelsen består av 15 ledamöter och 15 ersättare, som väljs av regionfullmäktige för fyra år. Regionstyrelsen har en ordförande, en förste vice och en andre vice ordförande.

§ 2. För regionstyrelsen gäller bestämmelserna om regionstyrelsen i KL.

Regionstyrelsen ska följa tillämpliga lagar, förordningar eller tillämpningsföreskrifter som utfärdats med stöd av sådana författningar.

Avgörande av större eller principiell karaktär ska fattas av regionfullmäktige.

I övrigt gäller detta reglemente om inte lag, annan författning eller av statlig myndighet utfärdade bestämmelser föranleder annat.

§ 3. Regionstyrelsen utser inom sig ett arbetsutskott bestående av ordförande, förste vice ordförande, andre vice ordförande samt ytterligare fyra ledamöter och sju ersättare. Regionstyrelsens presidium är tillika presidium i arbetsutskottet.

§ 4. Regionstyrelsen utser inom sig serviceutskott, personalutskott och folkhälsoutskott bestående av 5 ledamöter och 5 ersättare vardera. Regionstyrelsen utser en ordförande och en förste vice ordförande i respektive utskott. Utskotten bereder ärenden till regionstyrelsen och fattar vissa beslut med stöd av delegation.

§ 5. Till regionstyrelsen knyts ett regionalt samverkansråd bestående av 6 ordinarie ledamöter och 6 ersättare, vilka består av respektive kommunstyrelseordförande (eller av denne utsedd ersättare) i Blekinges kommuner och regionstyrelsens ordförande i Region Blekinge. Regionstyrelsens ordförande är ordförande i rådet och kommunerna utser tillsammans en vice ordförande. Samverkansrådet är ett beredande organ.

§ 6. Regionstyrelsen får tillsätta ytterligare utskott och beredningar som styrelsen beslutar.

REGIONSTYRELSENS UPPGIFTER

Nedanstående uppgiftsfördelning hanteras mot bakgrund av kommunallagens krav på att frågor som är av principiell betydelse eller annars av större vikt för regionen alltid ska hanteras i regionfullmäktige. Uppgifterna ska utföras inom av regionfullmäktige beslutade uppdrag och ramar

UPPSIKTSPLIKT

Regionstyrelsens uppsiktsplikt regleras i KL.

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över övriga nämnders verksamheter. Regionstyrelsen ska även ha uppsikt över verksamhet som bedrivs av regionala bolag. Uppsiktsplikten gäller även delägda bolag. Uppsiktsplikten är begränsad till att göra påpekanden samt lämna råd och anvisningar. Om det behövs någon form av ingripande måste Regionstyrelsen vända sig till regionfullmäktige.

Uppsiktsplikten innebär bland annat att:

- Övervaka att de av regionfullmäktige fastställda målen och planerna för verksamhet och ekonomi följs.
- Tillse att uppföljning sker till regionfullmäktige från samtliga nämnder om hur verksamhet, HR och ekonomi utvecklas samt vilka åtgärder som vidtas i syfte att korrigera eventuella avvikelser.
- Övervaka att nämndernas interna kontroll är tillräcklig.
- Utvärdera och utveckla regionens interna ekonomi- och verksamhetsstyrning.
- Ansvara för överläggningar med nämnderna och dess presidier genomförs.
- Övervaka verksamheten i de företag och stiftelser som regionen helt eller delvis äger eller annars har intresse i.

LEDNING

Regionstyrelsen utövar ledning och ekonomisk förvaltning ur ett helhetsperspektiv för Region Blekinge.

Regionstyrelsen ska hantera frågor av särskild betydelse för hela regionens utveckling och tillväxt.

Regionstyrelsen ansvarar för att samverka med såväl kommunerna som kringliggande regioner.

Regionstyrelsen ska utöva regionens ägar- och huvudmannaskapsfunktion i de företag och andra juridiska personer som regionen helt eller delvis äger eller på annat sätt har intressen i samt har att tillvarata regionens intressen vid bolagsstämmor eller motsvarande sammanträden i sådana företag eller juridiska personer. Regionstyrelsen ska utfärda ägardirektiv till sådana företag.

Regionstyrelsen är företrädare för eventuella stiftelser.

VERKSAMHET

Regionstyrelsen ska fullfölja de uppgifter som ankommer på dem enligt arkivlagen (1980:782) och enligt de bestämmelser regionfullmäktige utfärdar.

Regionstyrelsen ska upprätta och fastställa en intern kontrollplan för sin verksamhet, HR och ekonomi.

Regionstyrelsen ansvarar för samordnad upphandling enligt gällande upphandlingspolicy och tar emot uppdrag om upphandling från andra nämnder.

Regionstyrelsen ansvarar för frågor om forskning och utveckling av särskild betydelse för hela regionen.

Regionstyrelsen ansvarar för strategiska miljö- och hållbarhetsfrågor.

Regionstyrelsen ansvarar för beslut om Region Blekinges miljö- och hållbarhetspris

Regionstyrelsen beslutar om fördelning av föreningsstöd till funktionshinder- och pensionärsorganisationer.

Regionstyrelsen ansvarar för samordning av digitalisering i Regionen.

Regionstyrelsen ansvarar för regionens samordnade IT-förvaltning (PM[3])

Regionstyrelsen är personuppgiftsansvarig myndighet enligt dataskyddsförordningen och har systemansvar för de register regionen förfogar över.

Regionstyrelsen ha ett övergripande ansvar för patientdatalagen och dataskyddsförordningen samt utser dataskyddsombud.

Regionstyrelsen beslutar om allmän trafikplikt och avger yttranden i överklaganden av beslut om allmän trafikplikt.

Regionstyrelsen ansvarar för förvaltning och utveckling av Region Blekinges övergripande kommunikationsverksamhet och dess varumärken.

Regionstyrelsen ansvarar för regiongemensamma stöd- och servicefunktioner.

Regionstyrelsen utser smittskyddsläkare och biträdande smittskyddsläkare som verkar på uppdrag av styrelsen i frågor som inte gäller myndighetsutövning.

EKONOMI OCH FINANSER

Regionstyrelsen ska årligen fastställa verksamhetsplan och budget inom de av regionfullmäktige fastställda ramarna

Regionstyrelsen ansvarar för, och ska fortlöpande följa upp verksamhet, HR och ekonomi.

Regionstyrelsen ska svara för att Region Blekinges verksamhet bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt, att räkenskaperna är rättvisande och att den interna kontrollen tillräcklig.

Regionstyrelsen ska fastställa direktiv och riktlinjer för budget- och investeringsprocessen samt upprätta förslag till regionplan med ettårs budget.

Regionstyrelsen förvaltar regionens förmögenhet och donationsfonder och donationsstiftelser.

Regionstyrelsen beslutar om mottagande av donation till Region Blekinge.

Regionstyrelsen ska årligen avge berättelse till regionfullmäktige avseende föregående kalenderårs verksamhet, HR och ekonomi.

Regionstyrelsen ska dessutom avge en samlad berättelse till regionfullmäktige baserad på samtliga nämnders berättelser.

Vidare åligger det Regionstyrelsen att:

- bevilja anslag ur Regionstyrelsens medel för oförutsedda behov i ettårs budgeten
- besluta om disposition av anslag för särskilt angivna ändamål, som regionen ställt till Regionstyrelsens förfogande i ettårs budgeten
- om inte annat stadgas, uppbära, förvalta och redovisa de medel, som uppkommer av regionens förmögenhet eller inkomstgivande rättigheter eller, som tillkommer regionen från staten eller anskaffas genom uttaxering eller på annat vis
- i förekommande fall besluta om avskrivning av regionens fordringar med upp till ett belopp om högst 100 000 kr för varje fordran
- i förekommande fall besluta om avskrivning av ersättningskrav avseende hjälpmedel
- inom ramen för regionens lånerätt enligt kommunallagen uppta tillfälliga lån som rörelsemedel och långfristiga lån enligt regionens beslut om upplåning i budgeten för investeringar
- besluta om intern ränta och avskrivning

INVESTERINGAR OCH FASTIGHETER

Regionstyrelsen ansvarar för fastighetsstrategiska frågor samt investeringsfrågor enligt följande:

- förvärva, avyttra fast egendom samt nybyggnation inom ramen för egna kapitalet upp till ett belopp av 100 basbelopp för objekt som överensstämmer med regionens beslut om mål och inriktning
- bereda ärenden om regionens byggnads- och anläggningsverksamhet och långtidsplanerade fastighets- och anläggningsunderhåll
- ingå avtal om förhyrning av lokaler som erfordras för regionens befintliga eller planerade verksamheter samt pröva frågor om annan användning av lokaler, som regionen äger eller förhyr
- medge servitut och andra nyttjanderätter i regionens fastigheter samt medge grannintyg
- besluta om köp och försäljning av bostadsrätter upp till 10 basbelopp.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH FOLKHÄLSA

Regionstyrelsen har ett övergripande planeringsansvar för hälso- och sjukvården och ska beakta hälso- och sjukvårdsfrågor lokalt, regionalt och nationellt samt följa utvecklingen för hälso- och sjukvårdens framtida inriktning.

Regionstyrelsen ska utifrån ett befolkningsperspektiv följa och analysera behov och utvecklingstendenser av betydelse för hälso- och sjukvården.

Regionstyrelsen leder det befolkningsinriktade arbetet som omfattar strategiska folkhälsofrågor inklusive jämlikhetsfrågor samt frågor om mänskliga rättigheter.

Regionstyrelsen ansvarar för frågor av regionsjukvårdskaraktär som hanteras i Södra regionvårdsnämnden och representantskap i samverkansnämnden Region Kronoberg.

Regionstyrelsen beslutar om upphandling av hälso- och sjukvård på entreprenad. Ansvaret omfattar även uppföljning av upphandlad verksamhet.

Regionstyrelsen ansvarar för regionens vårdvalssystem och beställarfunktion inom tandvård.

Regionstyrelsen ansvarar för budget, uppföljning, handläggning och beslut i ärenden gällande lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för fysioterapi (LOF).

Regionstyrelsen är centralt personuppgiftsansvarig (CPUA) för nationella kvalitetsregister.

ARBETSGIVARFRÅGOR

Regionstyrelsen är Region Blekinges ledande arbetsgivarorgan med ansvar för den övergripande HR- och lönepolitiken.

Regionstyrelsen fattar ytterst beslut i arbetsgivarfrågor och beslutar om åtgärder vid arbetskonflikt för nämnderna.

Regionstyrelsen ansvarar för Region Blekinges förhandlingsverksamhet för såväl kollektiv som enskild individ.

Regionstyrelsen tecknar lokala kollektivavtal eller motsvarande i frågor rörande förhållandet mellan Region Blekinge som arbetsgivare och fackliga organisationer och antar centralt tecknade kollektivavtal.

Regionstyrelse ska leda och samordna regionens arbete enligt arbetsmiljölagen

Regionstyrelsen är anställningsmyndighet för personal som tillhör nämnden vilket innebär att tillsätta tjänster och fastställa lön samt utöva arbetsgivaransvaret inom sitt verksamhetsområde.

Regionstyrelsen ska se till att det i verksamheten bedrivs ett systematiskt arbetsmiljöarbete som är i överenstämmelse med lag, föreskrift och interna styrdokument och att det finns rimliga förutsättningar för medarbetare med arbetsmiljöuppgifter.

Regionstyrelsen ansvarar för verksamhetens långsiktiga kompetensförsörjning samt att ta de initiativ som styrelsen finner påkallade.

Regionstyrelsen är pensionsmyndighet för regionens samtliga anställda.

Regionstyrelsen beslutar om åtgärder vid arbetskonflikt för nämnderna.

Regionstyrelsen utser en regiondirektör, en ställföreträdande regiondirektör samt övriga förvaltningschefer efter samråd med berörda nämnder och styrelser.

ÖVRIGA UPPGIFTER

Regionstyrelsen får avge yttranden på regionens vägnar i sådana ärenden som rör Regionstyrelsens verksamhetsområde och annars i frågor som är av principiell betydelse eller annars av större vikt.

Remissyttranden och åtgärd i ärende som överlämnats av regionfullmäktige till regionstyrelsen ska anmälas till regionfullmäktige vid dess nästsista möte under det kalenderår, då yttrandet avgivits eller åtgärden vidtagit.

Regionstyrelsen beslutar i frågor om utlämnande av sådan allmän handling hos regionstyrelsen där sekretessbelagda uppgifter anses förekomma.

Regionstyrelsen kan ingå de avtal mellan regionen och annan juridisk person som kan erfordras med hänsyn till regionstyrelsens uppgifter enligt detta reglemente och i övrigt där inte sådant avtal ingås av annan nämnd i regionen.

Regionstyrelsen ska i övrigt fullgöra vad som tillkommer styrelsen enligt regionfullmäktiges beslut eller uppdrag eller myndigheters anvisningar.

Regionstyrelsen får själv eller genom ombud för Region Blekinges talan i mål och ärenden förutom där annan nämnd äger föra talan inom sitt verksamhetsområde.

Regionstyrelsen har det övergripande ansvaret för regionens beredskaps- och katastrofplanering

REGIONSTYRELSENS UTSKOTT, RÅD OCH KOMMITTÉER

Arbetsutskottet

Arbetsutskottet svarar för genomgång av föredragningslistan till regionstyrelsen.

Arbetsutskottet ska vara ett beredande organ till regionstyrelsen gällande budget och ansvara för att kontinuerlig uppföljning sker av Region Blekinges mål för verksamhet och ekonomi.

Arbetsutskottet är i övrigt beslutsinstans i ärenden som delegerats av regionstyrelsen.

Personalutskottet

Personalutskottet ska leda och samordna Region Blekinges HR- och lönepolitik.

Personalutskottet bereder ärenden inom HR som ska beslutas av regionfullmäktige och följer upp effekterna av beslut inom området.

Personalutskottet ska följa Region Blekinges långsiktiga personal- och kompetensförsörjning samt medarbetar- och ledarutveckling.

Personalutskottet ska följa övergripande arbetsmiljöfrågor.

Personalutskottet ska följa hur företagshälsovårdens roll och uppdrag verkställs i organisationen.

Personalutskottet ska bevaka likabehandlingsfrågor i Region Blekinge.

Personalutskottet är i övrigt beslutsinstans i ärenden som delegerats av regionstyrelsen.

Serviceutskottet

Serviceutskottet ansvarar för beredning av investeringsplanen för beslut i regionfullmäktige.

Serviceutskottet ansvarar för interna miljö- och hållbarhetsfrågor.

Serviceutskottet ansvarar för att kontinuerlig uppföljning sker av Regionservice verksamhetsuppdrag och kostnadseffektivitet.

Serviceutskottet är i övrigt beslutsinstans i ärenden som delegerats av Regionstyrelsen.

Folkhälsoutskottet

Folkhälsoutskottet bereder strategiska folkhälsofrågor och följer upp effekterna av policybeslut i regionfullmäktige.

Folkhälsoutskottet ska bevaka frågor om mänskliga rättigheter.

Folkhälsoutskottet ska bevaka frågor om jämlikhet och jämställdhet i Regionen

Folkhälsoutskottet är i övrigt beslutsinstans i ärenden som delegerats av Regionstyrelsen.

Pensionärsråd

Pensionärsrådets uppgift är att informera pensionärsorganisationer om planer, förändringar av samhällsinsatser som kan beröra pensionärer.

Pensionärsrådet ger pensionärsorganisationernas representanter möjlighet att ställa frågor till Region Blekinges företrädare.

Funktionsstödsråd

Funktionsstödsrådets uppgift är att informera representanter för funktionsnedsatta om planer, förändringar av samhällsinsatser som kan beröra brukarna.

Funktionsstödsrådet ger representanter för funktionsnedsatta möjlighet att ställa frågor till Region Blekinges företrädare.

Ungdomsråd

Ungdomsrådets uppgift är att vara ett organ som arbetar för ungdomar med ungdomsrelaterade frågeställningar.

Ungdomsrådet ska vara ungdomars röst och ha ett nära samarbeta med barn- och ungdomspsykiatrin.

Samverkansråd

Är ett beredningsorgan för att underlätta utveckling, tillväxt och samarbete mellan Region Blekinge och kommunerna i Blekinge.

Arvodeskommittén

Arvodeskommittén är ett beredningsorgan till Regionstyrelsen och utarbetar förslag till arvodesregler.

LANDSTINGET BLEKINGE

REGLEMENTE FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMND

ALLMÄNNA BESTÄMMELSER

§ 1. Hälso- och sjukvårdsnämnden består av 15 ledamöter och 15 ersättare, som väljs av regionfullmäktige för fyra år. Nämnden har en ordförande, en förste vice och en andre vice ordförande.

§ 2. Nämnden utser inom sig en slutenvårdsberedning bestående av 8 ledamöter och 8 ersättare samt en närsjukvårdsberedning bestående av 8 ledamöter och 8 ersättare. Beredningarna har vardera en ordförande och en vice ordförande.

Närsjukvårdsberedningen ska bereda ärenden som berör nära hälso- och sjukvård inom primärvård, psykiatri och specialiserad sjukvård till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Slutenvårdsberedningen ska bereda ärenden som berör hälso- och sjukvård som inte faller under närsjukvårdsberedning till hälso- och sjukvårdsnämnden.

§ 3. För nämnden gäller bestämmelser om nämnder i kommunallagen. Nämnden ska följa tillämpliga lagar, förordningar eller tillämpningsföreskrifter som utfärdats med stöd av sådana författningar. I övrigt gäller detta reglemente om inte lag, annan författning eller av statlig myndighet utfärdade bestämmelser föranleder annat.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDENS UPPGIFTER

Nedanstående uppgiftsfördelning hanteras mot bakgrund av kommunallagens krav på att frågor som är av principiell betydelse eller annars av större vikt för regionen alltid ska hanteras i regionfullmäktige. Uppgifterna ska utföras inom av regionfullmäktige beslutade uppdrag och ramar.

LEDNING

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar i ärenden som avser den egna verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska utöva ledning över Region Blekinges samlade hälso- och sjukvård exklusive tandvård (vilket omfattar Blekingesjukhuset, psykiatri och habiliteringen och den offentliga primärvården) i enlighet med gällande lagstiftning inom hälso- och sjukvården och det regelverk som gäller för Hälsoval Blekinge.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska tillse att verksamheten är ändamålsenligt uppbyggd och utformad.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska besluta om utbud och omfattning av hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för forskning, utveckling och utbildning inom sitt verksamhetsområde.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att hälso- och sjukvården tas tillvara som regional tillväxtfaktor.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs effektivt och efter fastställda mål och riktlinjer.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för patientsäkerhet inom sitt verksamhetsområde.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska utveckla insatser för förbättrad folkhälsa inom ramen för regionfullmäktiges beslut.

VERKSAMHET, EKONOMI OCH FINANSER

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att invånarna i regionen får tillgång till en god och jämlik hälso- och sjukvård utifrån behov.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska årligen fastställa verksamhetsplan och budget inom de av regionfullmäktige fastställda ramarna

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska upprätta en intern kontrollplan för sin verksamhet HR och ekonomi.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för, och ska fortlöpande följa upp verksamhet, HR och ekonomi.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska till regionstyrelsen lämna uppgifter om hur verksamhet, HR och ekonomi utvecklas och hur den ekonomiska ställningen är under budgetåret samt lämna de uppgifter i övrigt som regionstyrelsen kan behöva för sin verksamhet och sitt ansvar.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska svara för att verksamheten bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt, att räkenskaperna är rättvisande och att den interna kontrollen tillräcklig. Nämnden ska vid befarad väsentlig avvikelse självmant och utan dröjsmål skriftligen informera regionstyrelsen och samtidigt eller så snart det kan ske vidta åtgärder.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska årligen avge berättelse till regionstyrelsen avseende föregående kalenderårs verksamhet, HR och ekonomi.

INVESTERINGAR OCH FASTIGHETER

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska till regionstyrelsen utarbeta investeringsförslag inom hälso- och sjukvården.

ARBETSGIVARFRÅGOR

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska se till att det i verksamheten bedrivs ett systematiskt arbetsmiljöarbete som är i överenstämmelse med lag, föreskrift och interna styrdokument och att det finns rimliga förutsättningar för medarbetare med arbetsmiljöuppgifter.

Hälso- och sjukvårdsnämnden är anställningsmyndighet för personal som tillhör nämnden vilket innebär att tillsätta tjänster och fastställa lön samt utöva arbetsgivaransvaret inom sitt verksamhetsområde.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för verksamhetens långsiktiga kompetensförsörjning samt att ta de initiativ som nämnden finner påkallade.

ÖVRIGA UPPGIFTER

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska upprätta erforderliga kontakter inom och utom länet för samverkan och information om verksamheternas utveckling.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska avge yttranden på regionens vägnar i sådana ärenden som rör nämndens eget verksamhetsområde och som inte är av principiell betydelse eller annars av större vikt.

Remissyttranden och åtgärd i ärende som överlämnats av Regionstyrelsen till Hälso- och sjukvårdsnämnden ska anmälas till regionfullmäktige vid dess nästsista möte under det kalenderår, då yttrandet avgivits eller åtgärden vidtagit.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar i frågor om utlämnande av sådan allmän handling hos nämnden, där sekretessbelagda uppgifter anses förekomma samt

Hälso- och sjukvårdsnämnden kan ingå de avtal mellan regionen och annan juridisk person som kan erfordras med hänsyn till nämndens uppgifter enligt detta reglemente och i övrigt där inte sådant avtal ingås av annan nämnd i regionen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska i övrigt fullgöra vad som tillkommer styrelsen enligt regionfullmäktiges beslut eller uppdrag eller myndigheters anvisningar.

LANDSTINGET BLEKINGE

REGLEMENTE FÖR TANDVÅRDSNÄMND

ALLMÄNNA BESTÄMMELSER

§ 1. Tandvårdsnämnden består av 9 ledamöter och 9 ersättare, som väljs av regionfullmäktige, som väljs av regionfullmäktige för fyra år. Nämnden har en ordförande, en förste vice och en andre vice ordförande.

§2. För nämnden gäller bestämmelser om nämnder i kommunallagen. Nämnden ska följa tillämpliga lagar, förordningar eller tillämpningsföreskrifter som utfärdats med stöd av sådana författningar. I övrigt gäller detta reglemente om inte lag, annan författning eller av statlig myndighet utfärdade bestämmelser föranleder annat.

TANDVÅRDSNÄMNDENS UPPGIFTER

Nedanstående uppgiftsfördelning hanteras mot bakgrund av kommunallagens krav på att frågor som är av principiell betydelse eller annars av större vikt för regionen ska alltid hanteras i regionfullmäktige. Uppgifterna ska utföras inom av regionfullmäktige beslutade uppdrag och ramar.

LEDNING

Tandvårdsnämnden beslutar i ärenden som avser den egna verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet.

Tandvårdsnämnden ska utöva ledning över Region Blekinges tandvård i enlighet med gällande lagstiftning inom tandvård.

Tandvårdsnämnden ska tillse att verksamheten är ändamålsenligt uppbyggd och utformad och bedrivs effektivt efter fastställda mål och riktlinjer.

Tandvårdsnämnden ska besluta om utbud och omfattning av tandvård.

Tandvårdsnämnden ansvarar för forskning, utveckling och utbildning inom sitt verksamhetsområde.

Tandvårdsnämnden ansvarar för att tandvården tas tillvara som regional tillväxtfaktor.

Tandvårdsnämnden ansvarar för patientsäkerhet inom sitt verksamhetsområde.

Tandvårdsnämnden ska utveckla insatser för förbättrad folkhälsa inom ramen för regionfullmäktiges beslut.

VERKSAMHET, EKONOMI OCH FINANSER

Tandvårdsnämnden ska årligen fastställa verksamhetsplan och budget inom de av regionfullmäktige fastställda ramarna

Tandvårdsnämnden bereder ärenden om tandvårdstaxan för Region Blekinges folktandvård för beslut i Regionfullmäktige.

Tandvårdsnämnden ska upprätta en intern kontrollplan för sin egen verksamhet, HR och ekonomi.

Tandvårdsnämnden ansvarar för, och ska fortlöpande följa upp verksamhet, HR och ekonomi.

Tandvårdsnämnden ska till regionstyrelsen lämna uppgifter om hur verksamhet, HR och ekonomi utvecklas och hur den ekonomiska ställningen är under budgetåret samt lämna de uppgifter i övrigt som regionstyrelsen kan behöva för sin verksamhet och sitt ansvar.

Tandvårdsnämnden ska svara för att verksamheten bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt, att räkenskaperna är rättvisande och att den interna kontrollen tillräcklig. Nämnden ska vid befarad väsentlig avvikelse självmant och utan dröjsmål skriftligen informera regionstyrelsen och samtidigt eller så snart det kan ske vidta åtgärder.

Tandvårdsnämnden ska årligen avge berättelse till regionstyrelsen avseende föregående kalenderårs verksamhet, HR och ekonomi.

INVESTERINGAR OCH FASTIGHETER

Tandvårdsnämnden ska till regionstyrelsen utarbeta investeringsförslag inom tandvården.

ARBETSGIVARFRÅGOR

Tandvårdsnämnden ska se till att det i verksamheten bedrivs ett systematiskt arbetsmiljöarbete som är i överenstämmelse med lag, föreskrift och interna styrdokument och att det finns rimliga förutsättningar för medarbetare med arbetsmiljöuppgifter.

Tandvårdsnämnden är anställningsmyndighet för personal som tillhör nämnden vilket innebär att tillsätta tjänster och fastställa lön samt utöva arbetsgivaransvaret inom sitt verksamhetsområde.

Tandvårdsnämnden ansvarar för verksamhetens långsiktiga kompetensförsörjning samt att ta de initiativ som nämnden finner påkallade.

ÖVRIGA UPPGIFTER

Tandvårdsnämnden ska upprätta erforderliga kontakter inom och utom länet för samverkan och information om verksamheternas utveckling.

Tandvårdsnämnden ska avge yttranden på regionens vägnar i sådana ärenden som rör nämndens eget verksamhetsområde och som inte är av principiell betydelse eller annars av större vikt.

Remissyttranden och åtgärd i ärende som överlämnats av Regionstyrelsen till Tandvårdsnämnden ska anmälas till regionfullmäktige vid dess nästsista möte under det kalenderår, då yttrandet avgivits eller åtgärden vidtagit.

Tandvårdsnämnden beslutar i frågor om utlämnande av sådan allmän handling hos nämnden, där sekretessbelagda uppgifter anses förekomma samt

Tandvårdsnämnden kan ingå de avtal mellan regionen och annan juridisk person som kan erfodras med hänsyn till nämndens uppgifter enligt detta reglemente och i övrigt där inte sådant avtal ingås av annan nämnd i regionen.

Tandvårdsnämnden ska i övrigt fullgöra vad som tillkommer nämnden enligt regionfullmäktiges beslut eller uppdrag eller myndigheters anvisningar.

LANDSTINGET BLEKINGE

REGLEMENTE FÖR REGIONAL UTVECKLINGSNÄMND

ALLMÄNNA BESTÄMMELSER

§ 1. Regionala utvecklingsnämnden består av 15 ledamöter och 15 ersättare, som väljs av regionfullmäktige för fyra år. Nämnden har en ordförande, en förste vice och en andre vice ordförande.

§2. För nämnden gäller bestämmelser om nämnder i kommunallagen. Nämnden ska följa tillämpliga lagar, förordningar eller tillämpningsföreskrifter som utfärdats med stöd av sådana författningar. I övrigt gäller detta reglemente om inte lag, annan författning eller av statlig myndighet utfärdade bestämmelser föranleder annat.

REGIONAL UTVECKLINGSNÄMNDS UPPGIFTER

Nedanstående uppgiftsfördelning hanteras mot bakgrund av kommunallagens krav på att frågor som är av principiell betydelse eller annars av större vikt för regionen ska alltid hanteras i regionfullmäktige. Uppgifterna ska utföras inom av regionfullmäktige beslutade uppdrag och ramar.

LEDNING

Regional utvecklingsnämnd beslutar i ärenden som avser den egna verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet.

Regional utvecklingsnämnd ska hantera frågor för regionens utveckling och tillväxt förutom frågor av särskild betydelse för hela regionen. Sådana frågor hanteras av regionstyrelsen.

Regional utvecklingsnämnd ska tillse att verksamheten är ändamålsenligt uppbyggd och utformad och bedrivs effektivt efter fastställda mål och riktlinjer.

Regional utvecklingsnämnd ska besluta om utbud och omfattning och av verksamheten.

Regional utvecklingsnämnd ansvarar för forskning, utveckling och utbildning inom sitt verksamhetsområde.

Regional utvecklingsnämnd ansvarar för att verksamheten bidrar till regional tillväxt.

Regional utvecklingsnämnd ska utveckla insatser för förbättrad folkhälsa inom ramen för regionfullmäktiges beslut.

VERKSAMHET, EKONOMI OCH FINANSER

Regional utvecklingsnämnd ska främja hållbar ekonomisk tillväxt, näringslivsutveckling och ökad sysselsättning i Blekinge.

Regional utvecklingsnämnd ska ansvara för regional tillväxt- och utvecklingsfrågor inom näringslivsutveckling, samhällsplanering och infrastruktur.

Regional utvecklingsnämnd ska ansvara för beredning, utveckling och uppföljning av den regionala utvecklingsstrategin och den regionala planen för transportinfrastruktur.

Regional utvecklingsnämnd ska besluta om handlingsplaner med koppling till den regionala utvecklingsstrategin.

Regional utvecklingsnämnd ska ansvara för intern och extern samordning av den regionala utvecklingsstrategin och den regionala planen för transportinfrastruktur.

Regional utvecklingsnämnd ska verka för samordning mellan regional utveckling och kommunal översiktlig planering.

Regional utvecklingsnämnd ska ansvara för fördelning av statliga regionalpolitiska utvecklingsmedel och övriga tillväxtmedel samt uppföljning och utvärdering av dessa.

Ansvarar för verksamhetsbidrag, projektbidrag och företagsstöd inom nämndens verksamhetsområde samt uppföljning och utvärdering av dessa.

Regional utvecklingsnämnd ska samordna strategiskt utvecklingsarbete för att främja rekreation, natur och landsbygdsutveckling.

Regional utvecklingsnämnd ansvarar för EU-frågor och internationella frågor inom verksamhetsområdet.

Regional utvecklingsnämnd ska årligen fastställa verksamhetsplan och budget inom de av regionfullmäktige fastställda ramarna

Regional utvecklingsnämnd ska upprätta en intern kontrollplan för sin verksamhet, HR och ekonomi.

Regional utvecklingsnämnd ansvarar för, och ska fortlöpande följa upp verksamhet, HR och ekonomi.

Regional utvecklingsnämnd ska till regionstyrelsen lämna uppgifter om hur verksamhet, HR och ekonomi utvecklas och hur den ekonomiska ställningen är under budgetåret samt lämna de uppgifter i övrigt som regionstyrelsen kan behöva för sin verksamhet och sitt ansvar.

Regional utvecklingsnämnd ansvarar för att verksamheten bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt, att räkenskaperna är rättvisande och att den interna kontrollen tillräcklig. Nämnden ska vid befarad väsentlig avvikelse självmant och utan dröjsmål skriftligen informera regionstyrelsen och samtidigt eller så snart det kan ske vidta åtgärder.

Regional utvecklingsnämnd ska årligen avge berättelse till regionstyrelsen avseende föregående kalenderårs verksamhet, HR och ekonomi.

INVESTERINGAR OCH FASTIGHETER

Regional utvecklingsnämnd ska till regionstyrelsen utarbeta investeringsförslag inom verksamhetsområdet.

ARBETSGIVARFRÅGOR

Regional utvecklingsnämnd ska se till att det i verksamheten bedrivs ett systematiskt arbetsmiljöarbete som är i överenstämmelse med lag, föreskrift och interna styrdokument och att det finns rimliga förutsättningar för medarbetare med arbetsmiljöuppgifter.

Regional utvecklingsnämnd är anställningsmyndighet för personal som tillhör nämnden vilket innebär att tillsätta tjänster och fastställa lön samt utöva arbetsgivaransvaret inom sitt verksamhetsområde.

Regional utvecklingsnämnd ansvarar för sin långsiktiga kompetensförsörjning samt att ta de initiativ som nämnden finner påkallade.

ÖVRIGA UPPGIFTER

Regional utvecklingsnämnd ska upprätta erforderliga kontakter inom och utom länet för samverkan och information om verksamheternas utveckling.

Regional utvecklingsnämnd ska avge yttranden på regionens vägnar i sådana ärenden som rör nämndens eget verksamhetsområde och som inte är av principiell betydelse eller annars av större vikt.

Remissyttranden och åtgärd i ärende som överlämnats av Regionstyrelsen till Regional utvecklingsnämnden ska anmälas till regionfullmäktige vid dess nästsista möte under det kalenderår, då yttrandet avgivits eller åtgärden vidtagit.

Regional utvecklingsnämnd beslutar i frågor om utlämnande av sådan allmän handling hos nämnden, där sekretessbelagda uppgifter anses förekomma samt

Regional utvecklingsnämnd kan ingå de avtal mellan regionen och annan juridisk person som kan erfordras med hänsyn till nämndens uppgifter enligt detta reglemente och i övrigt där inte sådant avtal ingås av annan nämnd i regionen.

Regional utvecklingsnämnd ska i övrigt fullgöra vad som tillkommer nämnden enligt regionfullmäktiges beslut eller uppdrag eller myndigheters anvisningar.

LANDSTINGET BLEKINGE

REGLEMENTE FÖR KULTUR- OCH BILDNINGSNÄMND

ALLMÄNNA BESTÄMMELSER

§ 1. Kultur- och bildningsnämnden består av 11 ledamöter och 11 ersättare, som väljs av regionfullmäktige för fyra år. Nämnden har en ordförande, en förste vice och en andre vice ordförande.

§ 2. För nämnden gäller bestämmelser om nämnder i kommunallagen. Nämnden ska följa tillämpliga lagar, förordningar eller tillämpningsföreskrifter som utfärdats med stöd av sådana författningar. I övrigt gäller detta reglemente om inte lag, annan författning eller av statlig myndighet utfärdade bestämmelser föranleder annat.

§ 3. Region Blekinge är huvudman för Blekinge läns folkhögskola.

KULTUR- OCH BILDNINGSNÄMND UPPGIFTER

Nedanstående uppgiftsfördelning hanteras mot bakgrund av kommunallagens krav på att frågor som är av principiell betydelse eller annars av större vikt för regionen ska alltid hanteras i regionfullmäktige. Uppgifterna ska utföras inom av regionfullmäktige beslutade uppdrag och ramar.

LEDNING

Kultur- och bildningsnämnden beslutar i ärenden som avser den egna verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet.

Nämnden ska utöva ledning över Region Blekinges kultur- och bildningsområde samt för de institutioner, exklusive stiftelser, inom området för vilka Region Blekinge är huvudman.

Kultur- och bildningsnämnden ska utöva ledning av Blekinge läns folkhögskola.

Kultur- och bildningsnämnden ansvarar för att genomföra den av regionfullmäktige beslutade kulturplanen, ge uppdrag inom verksamhetsområdet och för uppföljning och utvärdering av uppdragen.

Kultur- och bildningsnämnden ska tillse att verksamheten är ändamålsenligt uppbyggd och utformad och bedrivs effektivt efter fastställda mål och riktlinjer.

Kultur- och bildningsnämnden ska besluta om utbud och omfattning av verksamheten.

Kultur- och bildningsnämnden ansvarar för forskning, utveckling och utbildning inom sitt verksamhetsområde.

Kultur- och bildningsnämnden ansvarar för att kultur och bildning tas tillvara som regional tillväxtfaktor.

Kultur- och bildningsnämnden ska utveckla insatser för förbättrad folkhälsa inom ramen för regionfullmäktiges beslut.

VERKSAMHET, EKONOMI OCH FINANSER

Kultur- och bildningsnämnden ska ansvara för fördelningen av statsbidrag och regionala bidrag till de regionala kultur- och fritidsinstitutionerna i Blekinge liksom för stödinsatser till folkbildning och ungdomsverksamhet i Blekinge i enlighet med beslut i regionfullmäktige samt uppföljning och utvärdering av dessa.

Kultur- och bildningsnämnden bereder den regionala kulturplanen för beslut i regionfullmäktige.

Kultur- och bildningsnämnden ansvarar för kultur- och idrottspris samt kulturstipendier.

Kultur- och bildningsnämnden ansvarar för Region Blekinges konstinköp och för driften av Region Blekinges konst- och medicinskhistoriska samlingar.

Kultur- och bildningsnämnden ska utveckla en attraktiv regional kultur- och bildningsverksamhet i hela länet och över länsgränser.

Kultur- och bildningsnämnden ska fördjupa samarbetet med Blekinges grannregioner samt med de regionala och nationella myndigheter och organ som har uppgifter inom kultur- och bildningsområdet.

Kultur- och bildningsnämnden ska bevaka och analysera EU´s kulturpolitik och ta del av de initiativ som berör Blekinge.

Kultur- och bildningsnämnden ska årligen fastställa verksamhetsplan och budget inom de av regionfullmäktige fastställda ramarna.

Kultur- och bildningsnämnden ska upprätta en intern kontrollplan för sin verksamhet, HR och ekonomi.

Kultur- och bildningsnämnden ansvarar för, och ska fortlöpande följa upp verksamhet, HR och ekonomi.

Kultur- och bildningsnämnden ska till regionstyrelsen lämna uppgifter om hur verksamhet, HR och ekonomi utvecklas och hur den ekonomiska ställningen är under budgetåret samt lämna de uppgifter i övrigt som regionstyrelsen kan behöva för sin verksamhet och sitt ansvar.

Kultur- och bildningsnämnden ska svara för att verksamheten bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt, att räkenskaperna är rättvisande och att den interna kontrollen tillräcklig. Nämnden ska vid befarad väsentlig avvikelse självmant och utan dröjsmål skriftligen informera regionstyrelsen och samtidigt eller så snart det kan ske vidta åtgärder.

Kultur- och bildningsnämnden ska årligen avge berättelse till regionstyrelsen avseende föregående kalenderårs verksamhet, HR och ekonomi.

BLEKINGE LÄNS FOLKHÖGSKOLA

Blekinge läns folkhögskolas arbetsår omfattar 1 juli-30 juni. Räkenskapsåret för skolan omfattar kalenderår.

Kultur- och bildningsnämnden ska för folkhögskolan fastställa verksamhetsomfattning, lästider, lovdagar, utbildnings- och kursplaner samt obligatorisk litteratur.

Kultur- och bildningsnämnden ska för folkhögskolan fastställa avgifter t ex inackorderingsavgifter.

INVESTERINGAR OCH FASTIGHETER

Kultur- och bildningsnämnden ska till regionstyrelsen utarbeta investeringsförslag inom verksamhetsområdet.

ARBETSGIVARFRÅGOR

Kultur- och bildningsnämnden ska se till att det i verksamheten bedrivs ett systematiskt arbetsmiljöarbete som är i överenstämmelse med lag, föreskrift och interna styrdokument och att det finns rimliga förutsättningar för medarbetare med arbetsmiljöuppgifter.

Kultur- och bildningsnämnden är anställningsmyndighet för personal som tillhör nämnden vilket innebär att tillsätta tjänster och fastställa lön samt utöva arbetsgivaransvaret inom sitt verksamhetsområde.

Kultur- och bildningsnämnden ansvarar för sin långsiktiga kompetensförsörjning samt att ta de initiativ som nämnden finner påkallade.

ÖVRIGA UPPGIFTER

Kultur- och bildningsnämnden ska upprätta erforderliga kontakter inom och utom länet för samverkan och information om verksamheternas utveckling.

Kultur- och bildningsnämnden ska avge yttranden på regionens vägnar i sådana ärenden som rör nämndens eget verksamhetsområde och som inte är av principiell betydelse eller annars av större vikt.

Remissyttranden och åtgärd i ärende som överlämnats av Regionstyrelsen till Kultur- och bildningsnämnden ska anmälas till regionfullmäktige vid dess nästsista möte under det kalenderår, då yttrandet avgivits eller åtgärden vidtagit.

Kultur- och bildningsnämnden beslutar i frågor om utlämnande av sådan allmän handling hos nämnden, där sekretessbelagda uppgifter anses förekomma samt

Kultur- och bildningsnämnden kan ingå de avtal mellan regionen och annan juridisk person som kan erfordras med hänsyn till nämndens uppgifter enligt detta reglemente och i övrigt där inte sådant avtal ingås av annan nämnd i regionen.

Kultur- och bildningsnämnden ska i övrigt fullgöra vad som tillkommer nämnden enligt regionfullmäktiges beslut eller uppdrag eller myndigheters anvisningar.

LANDSTINGET BLEKINGE

REGLEMENTE FÖR TRAFIKNÄMND

ALLMÄNNA BESTÄMMELSER

§ 1. Trafiknämnden består av 11 ledamöter och 11 ersättare, som väljs av regionfullmäktige för fyra år. Nämnden har en ordförande, en förste vice och en andre vice ordförande.

§ 2. För nämnden gäller bestämmelser om nämnder i kommunallagen. Nämnden ska följa tillämpliga lagar, förordningar eller tillämpningsföreskrifter som utfärdats med stöd av sådana författningar. I övrigt gäller detta reglemente om inte lag, annan författning eller av statlig myndighet utfärdade bestämmelser föranleder annat.

TRAFIKNÄMNDENS UPPGIFTER

Nedanstående uppgiftsfördelning hanteras mot bakgrund av kommunallagens krav på att frågor som är av principiell betydelse eller annars av större vikt för regionen ska alltid hanteras i regionfullmäktige. Uppgifterna ska utföras inom av regionfullmäktige beslutade uppdrag och ramar.

LEDNING

Trafiknämnden beslutar i ärenden som avser den egna verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet.

Nämnden ska utöva ledning över Region Blekinges kollektivtrafik.

Trafiknämnden ansvarar för att genomföra det av regionfullmäktige beslutade trafikförsörjningsprogramet, ge uppdrag inom verksamhetsområdet och för uppföljning och utvärdering av uppdragen.

Trafiknämnden ska tillse att verksamheten är ändamålsenligt uppbyggd och utformad och bedrivs effektivt efter fastställda mål och riktlinjer.

Trafiknämnden ska besluta om utbud och omfattning av verksamheten.

Trafiknämnden ansvarar för forskning, utveckling och utbildning inom sitt verksamhetsområde.

Trafiknämnden ansvarar för att kollektivtrafiken tas tillvara som regional tillväxtfaktor.

Trafiknämnden ska utveckla insatser för förbättrad folkhälsa inom ramen för regionfullmäktiges beslut.

VERKSAMHET, EKONOMI OCH FINANSER

Trafiknämnden ansvarar för genomförandet av kollektivtrafiken

Trafiknämnden ansvarar för med kollektivtrafiken förenade uppgifter såsom marknadsföring, information, biljettförsäljning, hantering av hållplatsfrågor, kringservice och förvaltning.

Trafiknämnden bereder ärenden om prissättning för Region Blekinges kollektivtrafik för beslut i Regionfullmäktige

Trafiknämnden ansvarar för tillhandahållande av färdtjänst och genomförande av sjukresor.

Trafiknämnden bereder trafikförsörjningsprogram för Blekinge för beslut i regionfullmäktige.

Trafiknämnden beslutar om tillstånd för färdtjänst och riksfärdtjänst.

Trafiknämnden ska vid behov biträda kommunerna vid planering och upphandling av respektive kommuns behov av skolskjutsar där överenskommelse om sådant ansvar ingås.

Trafiknämnden ska kartlägga behov av sådan infrastruktur som är en direkt förutsättning för kollektivtrafiken och dess utveckling.

Trafiknämnden ska verka för samordning mellan Region Blekinge och kommunerna i enlighet med avtal om ansvar för den regionala kollektivtrafiken i Blekinge.

Trafiknämnden ska årligen fastställa verksamhetsplan och budget inom de av regionfullmäktige fastställda ramarna.

Trafiknämnden ska upprätta en intern kontrollplan för sin verksamhet, HR och ekonomi.

Trafiknämnden ansvarar för, och ska fortlöpande följa upp verksamhet, HR och ekonomi.

Trafiknämnden ska till regionstyrelsen lämna uppgifter om hur verksamhet, HR och ekonomi utvecklas och hur den ekonomiska ställningen är under budgetåret samt lämna de uppgifter i övrigt som regionstyrelsen kan behöva för sin verksamhet och sitt ansvar.

Trafiknämnden ska svara för att verksamheten bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt, att räkenskaperna är rättvisande och att den interna kontrollen tillräcklig. Nämnden ska vid befarad väsentlig avvikelse självmant och utan dröjsmål skriftligen informera regionstyrelsen och samtidigt eller så snart det kan ske vidta åtgärder.

Trafiknämnden ska årligen avge berättelse till regionstyrelsen avseende föregående kalenderårs verksamhet, HR och ekonomi.

INVESTERINGAR OCH FASTIGHETER

Trafiknämnden ska till regionstyrelsen utarbeta investeringsförslag inom verksamhetsområdet.

ARBETSGIVARFRÅGOR

Trafiknämnden ska se till att det i verksamheten bedrivs ett systematiskt arbetsmiljöarbete som är i överenstämmelse med lag, föreskrift och interna styrdokument och att det finns rimliga förutsättningar för medarbetare med arbetsmiljöuppgifter.

Trafiknämnden är anställningsmyndighet för personal som tillhör nämnden vilket innebär att tillsätta tjänster och fastställa lön samt utöva arbetsgivaransvaret inom sitt verksamhetsområde.

Trafiknämnden ansvarar för sin långsiktiga kompetensförsörjning samt att ta de initiativ som nämnden finner påkallade.

ÖVRIGA UPPGIFTER

Trafiknämnden ska upprätta erforderliga kontakter inom och utom länet för samverkan och information om verksamheternas utveckling.

Trafiknämnden ska avge yttranden på regionens vägnar i sådana ärenden som rör nämndens eget verksamhetsområde och som inte är av principiell betydelse eller annars av större vikt.

Remissyttranden och åtgärd i ärende som överlämnats av Regionstyrelsen till Trafiknämnden ska anmälas till regionfullmäktige vid dess nästsista möte under det kalenderår, då yttrandet avgivits eller åtgärden vidtagit.

Trafiknämnden beslutar i frågor om utlämnande av sådan allmän handling hos nämnden, där sekretessbelagda uppgifter anses förekomma samt

Trafiknämnden kan ingå de avtal mellan regionen och annan juridisk person som kan erfordras med hänsyn till nämndens uppgifter enligt detta reglemente och i övrigt där inte sådant avtal ingås av annan nämnd i regionen.

Trafiknämnden ska i övrigt fullgöra vad som tillkommer nämnden enligt regionfullmäktiges beslut eller uppdrag eller myndigheters anvisningar.

§ 356/18 Ärendenummer: 2018/01604

Reglementen för nämnder i Region Blekinge 2019-2022

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att godkänna förslag till reglementen för nämnder i Region Blekinge.

Särskilda uttalanden
Björn Tenland Nurhadi (SD) deltar inte i arbetsutskottets beslut.

Sammanfattning
Förslag till reglementen har tagits fram av planeringsdirektör och landstingsjurist. Utgångspunkten har varit nu reglementen i befintliga nämnder. Justeringar har gjorts utifrån nya regler i kommunallagen samt anpassning till nya nämnder i Region Blekinge från 2019.

Beslutsunderlag
Tjänsteutlåtande: Reglementen för nämnder i Region Blekinge 2019-2022.
Bilaga: Reglementen för Region Blekinge.

Förslag till beslut
Christina Mattisson (S) lämnar följande ändringsyrkande: Att på sidan 10 under rubriken "Serviceutskottet", andra meningen ändra ordet "strategiska" till "interna".

Beslutsgång
Ledamöterna enas om Christina Mattissons (S) ändringsyrkande.

Protokollet ska skickas till
Landstingsstyrelsen

Filen hittades inte. Den är antingen borttagen eller utcheckad

LANDSTINGET BLEKINGE

Kanslienheten	2018-11-05	Ärendenummer	2018/01679
Helene Håkansson		Dokumentnummer	2018/01679-1

Till landstingsfullmäktige

Ekonomiska villkor för förtroendevalda

Förslag till beslut

Arvodeskommittén föreslår landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige

1. att anta justerade ekonomiska villkor för förtroendevalda i enlighet med arvodeskommitténs bifogade förslag.

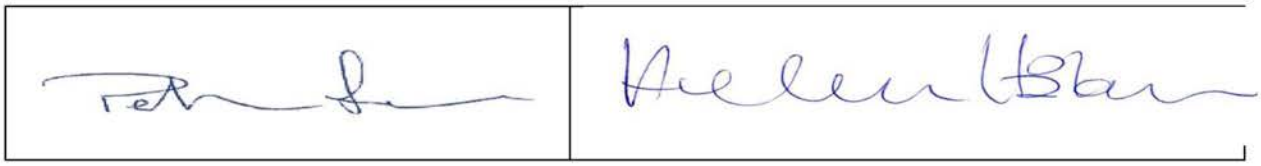
Sammanfattning

Arvodeskommittén har tagit fram förslag till reviderade villkor för förtroendevalda. Grundbeloppet föreslås utgå från riksdagsarvodets storlek och uppräknas årligen utifrån detta. I övrigt föreslås förändrade ersättningar för uppdrag enligt bilaga 1.

Beredning

Arvodeskommittén har berett förslag till ekonomiska villkor för förtroendevalda. Se bifogat protokoll från arvodeskommittén, bilaga 2.

Karlskrona enligt ovan



Peter Lilja/landstingsdirektör

Helene Håkansson/administrativ chef

Bilaga

Bilaga 1 - Ekonomiska villkor för förtroendevalda, dokumentnummer 2018/01679-2

Bilaga 2 – Protokoll arvodeskommittén, dokumentnummer 2018/01679-3

LANDSTINGET BLEKINGE

Dokumentnamn: Ekonomiska villkor för förtroendevalda		Revision: 01
Dokumenttyp:	Dokumentnummer: 2018/01679-2	
Detta dokument gäller för: Regionfullmäktige	Funktionsområde:	
Dokumentansvarig: Helene Håkansson	Beslut av: Regionfullmäktige	
Beslut datum: 2018-11-26	Nästa revidering: 2022-12-31	

Ekonomiska villkor för förtroendevalda

Innehållsförteckning

Kapitel 1 – Tillämpningsområden 2

Kapitel 2 – Ersättning för förlorad arbetsinkomst 2

Kapitel 3 - Frånvaro samt sjukavdrag för regionråd, oppostionsråd samt förtroendevald med månads eller årsarvode 3

Kapitel 4 - Arvode 3

Kapitel 5 – Rese- och traktamentesersättning samt barntillsyn 4

Kapitel 6 – Pensionsbestämmelser och avgångsersättningar till förtroendevalda 4

- OPF-KL 4
- Heltids- och deltidsengagerade förtroendevalda som inte omfattas av OPF-KL 5
- Fritidsengagerade förtroendevalda som inte omfattas av OPF-KL 5
- Egenföretagare som inte omfattas av OPF-KL 5
- Ansökan om pension för förtroendevald som inte omfattas av OPF-KL 6
- Pensionsregler 6

Kapitel 7 - Övrigt 6

Bilaga 1 8

- Ersättningsberättigade förrättningar 8
- Kurser och konferenser 8
- Övrigt 8

Bilaga 2 9

Kapitel 1 – Tillämpningsområden

§ 1
Dessa bestämmelser gäller för förtroendevalda i Region Blekinge med vilka avses ledamöter och ersättare i regionfullmäktige, fullmäktigeberedningar, regionsstyrelsen, regionsstyrelsens-arbetsutskott, personalutskott, serviceutskott och folkhälsoutskott, hälso- och sjukvårdsnämnden, slutenvårdsberedningen och närsjukvårdsberedningen, tandvårdsnämnden, kultur och bildningsnämnden, regional utvecklingsnämnd, trafiknämnden, patientnämnden, revisorer, regionalt samverkansråd, samverkansnämnden i Blekinge, samverkansnämnden för Region Blekinge och Region Kronoberg, pensionärsråd, funktionsstödsråd, ungdomsråd, gruppledare samt de ledamöter och tjänstgörande ersättare som i övrigt är valda av regionen och som inte får ersättning på annat sätt.

Kapitel 2 – Ersättning för förlorad arbetsinkomst

§ 1
Förtroendevald som inte fullgör uppdrag på heltid eller betydande del av heltid, är berättigad till förlorad arbetsinkomst. Som heltid eller betydande del av heltid räknas de fall då arvodet uppgår till minst 40 % av grundbeloppet. I beräkningen av vad som utgör uppdrag på heltid eller betydande del av heltid inräknas alla de arvoden som en förtroendevald erhåller för de uppdrag som han/hon har blivit vald till av regionsfullmäktige, regionsstyrelsen samt gruppledarförrättningen. För egen företagare ska årsinkomsten utgöra underlag för beräkning av förlorad arbetsförtjänst. Den som har fast arvode har inte rätt till förlorad arbetsinkomst inom det uppdraget.

Ersättning för förlorad arbetsförtjänst är maximerad till 10 timmar/dygn med högst 0,5 % av basarvodets månadsbelopp/timme.

§ 2
För att ersättning för förlorad arbetsinkomst ska utgå krävs:

1. Att den förtroendevalde har förlorat arbetsinkomst på grund av förrättning som föranletts av uppdraget.
2. Att förrättningen finns med i den uppräkning av ersättningsberättigade förrättningar som gjorts i bilaga 1.
3. Att den förtroendevalde yrkar på ersättning genom att lämna intyg på förlorad arbetsförtjänst till regionens lönefunktion. Den förtroendevalde har ett självständigt ansvar för att intyg uppdateras vid en förändring av arbetsinkomst. Intyg ska alltid inlämnas när inkomsten förändras.

Begäran om ersättning för förlorad arbetsförtjänst (arvodesräkning) ska inlämnas senast sex månader från förrättningsdatumet, annars förfaller rätten till ersättning för ifrågavarande förrättning.

§ 3
Fullmäktigegrupperna har rätt att till ordinarie ledamöter och ersättare i regionsfullmäktige, regionsstyrelsen och nämnderna samt förtroendemannarevisorerna betala ersättning vid gruppöverläggningar inom ramen för respektive partis anslag för gruppmöten etc.

§ 4
Kostnader för resor till Sveriges kommuner och landsting (SKL), vilka påkallats av respektive partigrupp i SKL belastar respektive partis medel för gruppmöten.

Kapitel 3 - Frånvaro samt sjukavdrag för regionråd, oppostionsråd samt förtroendevald med månads eller årsarvode

§ 1
Sjukavdragen för regionråd, oppositionsråd samt förtroendevalda med årsarvode samt månadsarvode följer bestämmelserna som gäller för anställda i Region Blekinge samt i kommunallagen.

Regionråd och oppositionsråd har rätt till semesterdagar och semesterdagstillägg enligt reglerna i allmänna bestämmelserna (AB) och semesterlagen. Vid frånvaro undantaget sjukdom och föräldraledighet överstigande antalet berättigade semesterdagar enligt AB prövas frågan av reducering av arvodet av arvodeskommittén, som utarbetar ett förslag till reducering av arvodet.

Förtroendevald med års- eller månadsarvode (dock inte regionråd eller oppositionsråd) ska vid frånvaro överstigande 14 kalenderdagar undantaget sjukdom och föräldraledighet frågan om reducering av arvode prövas av arvodeskommittén som utarbetar ett förslag till reducering av arvodet.

Kapitel 4 - Arvode

§ 1
Årsarvode utgår till ordförandena och vice ordförandena i regionsfullmäktige, regionsstyrelsen, ledamöter i regionsstyrelsens arbetsutskott , regionråd, oppositionsråd, revisorer, gruppledare, ordförande, förste vice ordförande och andre vice ordförande i hälso-och sjukvårdsnämnd, regional utvecklingsnämnd, kultur- och bildningsnämnd, trafiknämnd, tandvårdsnämnd, patientnämnd och ordförande i samverkansnämnden i Blekinge.

1. Grundbeloppet/år baseras på riksdagsarvodets storlek vilket för 2018 är 65 400 kronor.
2. Region Blekinges förtroendevaldas grundbelopp/år justeras årligen den 1 januari med motsvarande riksdagsarvodets justering året innan.
3. Ledamot som uppbär fast årsarvode äger inte rätt till sammanträdesarvode inom det uppdrag där fast arvode utgår.
4. Ersättning för förlorad arbetsinkomst utgår enligt kapitel 2.

Aktuella arvoden framgår av bilaga 2.

Sammanträdesarvode samt fast arvode utgår tillsammans med maximalt ett grundbelopp per månad.

§ 2
Sammanträdesarvode är 0,012 grundbelopp.

Förtroendevalda som under samma dag deltar i flera förrättningar har endast rätt till ett sammanträdesarvode.

Kapitel 5 – Rese- och traktamentesersättning samt barntillsyn

§ 1
Till förtroendevald som fullgör uppdrag för Region Blekinges räkning i enlighet med bilaga 1 utgår resekostnadsersättning och traktamente enligt samma grunder som för Region Blekinges anställda.

Aktuella ersättningar framgår av bilaga 2.

§ 2
Förtroendevald med funktionshinder som inte fullgör uppdrag på heltid eller betydande del av heltid, har rätt till skälig ersättning för resekostnader. Fullmäktige beslutar om ersättning.

§ 3 Förtroendevald med barn där den förtroendevalde inte fullgör uppdrag på heltid eller betydande del av heltid har rätt till skälig ersättning för kostnader för barntillsyn. Fullmäktige beslutar om ersättning.

Kapitel 6 – Pensionsbestämmelser och avgångsersättningar till förtroendevalda

OPF-KL

§ 1
Regionen har antagit bestämmelser om omställningsstöd och pension till förtroendevalda(OPF-KL). Bestämmelser om omställningsstöd gäller för förtroendevald som fullgör uppdrag hos regionen på heltid eller betydande del av heltid, med sammanlagt minst 40 % av heltid. Bestämmelserna tillämpas på förtroendevald som väljs för första gången i samband med valet 2014 eller senare, eller som i tidigare uppdrag inte omfattas av PBF, PRF eller andra omställnings- och pensionsbestämmelser för förtroendevalda

Bestämmelser om pension gäller för förtroendevald som fullgör uppdrag hos regionen. Pensionsbestämmelserna tillämpas på förtroendevald som väljs för första gången i samband med valet 2014 eller senare, eller som i tidigare uppdrag inte omfattas av PBF, PRF-KL eller andra pensionsbestämmelser för förtroendevalda. Pensionsbestämmelserna tillämpas på förtroendevald, oavsett uppdragets omfattning, om inte annat anges i OPF-KL. Pensionsbestämmelserna gäller inte för förtroendevald som vid tillträdet av uppdraget har rätt till egenpension på grund av anställning, har rätt till egenpensionsförmåner enligt PBF, PRF-KL eller annat uppdrag eller uppnått 67 års ålder. Med ”rätt till egenpension” inbegrips att den förtroendevalde skulle kunnat få rätt till egenpension om ansökan härom ingivits.

Heltids- och deltidsengagerade förtroendevalda valda innan 2014 och som därmed inte omfattas av OPF-KL

§ 2
Regionen har antagit PBF (Bestämmelser om pension och avgångsersättning för förtroendevalda) att gälla från och med 2003-01-01. Pensionsbestämmelserna omfattar förtroendevalda som är valda innan 2014 med uppdrag på heltid och deltid där arvodet uppgår till minst 40 procent av grundbeloppet. Vid flera deltidsuppdrag läggs uppdragen ihop. Arvode för gruppledare ska omfattas vid beräkning av 40-procentregeln.

Förtroendevalda som har pensionsgrundande uppdrag före 2003-01-01 och som kvarstår i pensionsgrundande uppdrag därefter, omfattas av övergångsbestämmelser till PBF.

Förtroendevalda som vid frånträdet av uppdrag i regionen har rätt till egenpension på grund av annat uppdrag eller anställning, omfattas av PBF för uppdragstiden i regionen under förutsättning att den tidigare egenpensionen inte utbetalas.

Förvärvsinkomst upp till tre prisbasbelopp per år undantas från samordning.

I övrigt ska pension och avgångsersättning beräknas och betalas ut enligt PBFs regler.

Fritidsengagerade förtroendevalda valda innan 2014 och som därmed inte omfattas av OPF-KL

§ 3
Fritidsengagerade förtroendevalda som är valda innan 2014 omfattas inte av PBF utan har istället rätt till skälig ersättning för förlorad tjänstepension.

Pensionsersättnings storlek ska följa storleken på pensionsavgiften enligt det aktuella pensionsavtalet för regionens medarbetare. Det innebär att pensionsersättningen fr.o.m 2010 är 4, 5 procent. Pensionsersättningen beräknas på den sammanlagda ersättning för förlorad arbetsinkomst som betalas ut till den förtroendevalde under året.

Pensionsersättningen betalas en gång per år till en tjänstepensionsförsäkring.

I de fall att fritidsengagerad förtroendevald ej erhållit skälig ersättning för förlorad tjänstepension med vad som ovan framgår, ska den förtroendevalde skriftligen begära ersättning genom intyg från sin arbetsgivare och pensionsadministratör och således därigenom erhålla kompensation.

Egenföretagare som är valda innan 2014 om som därmed inte omfattas av OPF-KL

§ 4
Fritidsengagerade förtroendevalda som är valda innan 2014 och som är egenföretagare och som inte kunnat göra den avsättning till pensionsavgifter som han eller hon har avsett att göra på grund av minskade bruttointäkter, kan efter ansökan få kompensation för mellanskillnaden.

Ansökan om pension för förtroendevald som är valda innan 2014 och som därmed inte omfattas av OPF-KL

§ 5
Förtroendevalda politiker som omfattas av PBFs bestämmelser ska skriftligt ansöka om pensionen.

Pensionsregler

§ 6
Anställningsavtalen regleras enligt gällande Allmänna Bestämmelserna med något undantag och följer mandatperioden samt omfattas inte av LAS regler.

Politiska sekreterare födda innan 1986 omfattas av pensionsavtalet KAP KL, politiska sekreterare födda senare än 1986 omfattas av pensionsavtalet AKAP-KL.

Kapitel 7 - Övrigt

§ 1
Riktlinjer för förtroendevalda och politiska sekreterare avseende mobiltelefoner och läsplattor, följer regionens standard och avtal.

Teknisk utrustning, som behövs för uppdraget kan bl.a. utgå till följande:
regionråd, oppositionsråd, arbetsutskottets ledamöter, regionsfullmäktiges ordförande, politiska sekreterare och de ledamöter som har arvode som uppgår till minst 40 % av grundbeloppet.

Förtroendevald som har privat internetanslutning i bostaden kan erbjudas att med en säkerhetsdosa logga in i Region Blekinges nätverk.

Säkerhetsdosa för åtkomst av e-post ska kunna erhållas av följande:

Regionstyrelsens ledamöter och ersättare
Regionfullmäktiges ledamöter
Hälso- och sjukvårdsnämndens presidium
Regionala utvecklingsnämndens presidium
Kultur- och bildningsnämndens presidium
Tandvårdsnämndens presidium
Trafiknämndens presidium
Patientnämndens presidium
Gruppledare
Revisorer
Politiska sekreterare

Beslut i dessa ärenden fattas av regionsstyrelsens ordförande.

§ 2
Varje partigrupp disponerar en ram om 1,0 grundbelopp per fullmäktigemandat och år för att täcka kostnader för politiska sekreterare, gruppmöten, utbildning, studiebesök etc. Utnyttjas inte hela anslaget ett år får resterande del överföras till kommande år inom mandatperioden.

I detta stöd ingår lön till politiska sekreterare (exkl sociala avgifter), förlorad arbetsförtjänst och arvoden vid gruppmöten (exkl sociala avgifter), reseersättningar, kostnader för teknisk utrustning, abonnemang etc. för politiska sekreterare.

Bilaga 1

Ersättningsberättigade förrättningar

Utgångspunkt för reglernas tillämpning är att den förtroendevalde av det politiska organet är utsedd.

Ledamöter och ersättare samt tjänstgörande ersättare i regionsstyrelsen, hälso-och sjukvårdsnämnden, regional utvecklingsnämnd, kultur- och bildningsnämnden, tandvårdsnämnden, trafiknämnden och patientnämnden har rätt till arvode, förlorad arbetsinkomst samt reseersättning.

Regionråden och oppositionsrådet har rätt till reseersättning vid sammanträden med regionsfullmäktige, regionsstyrelsen, regionsstyrelsens arbetsutskott, hälso-och sjukvårdsnämnden, regional utvecklingsnämnd, kultur- och bildningsnämnden, tandvårdsnämnden, trafiknämnden, samverkansnämnden i Blekinge och gruppmöten. Reseersättningen är skattepliktig.

I fasta arvoden ingår planering, sammanträden och andra möten inom verksamhetsuppdraget. Ingen förlorad arbetsinkomst utgår vid fasta arvoden.

Vid beredning inför sammanträden utgår endast reseersättning och förlorad arbetsinkomst. För den som har fast arvode utgår endast reseersättning vid beredning inför sammanträden.

Vid protokollsjustering, då särskild tid och plats bestämts utgår endast reseersättning.

Kurser och konferenser

Arvode, förlorad arbetsinkomst och reseersättning utgår för deltagande vid kurser och konferenser efter beslut av regionsstyrelsens ordförande och 2.e vice ordförande.

Ordförandena nämnderna och regionsstyrelsens arbetsutskott avgör själva studiebesök m m inom sin respektive budget.

Övrigt

Ersättning till ledamöter, lekmannarevisorer och biträden i bolag utgår enligt deras bestämmelser och belastar respektive bolag.

Bilaga 2

Uppdrag		**Ersättning Grundbelopp / år**	**Kommentar**
Regionfullmäktige	Ordförande 1:e vice ordförande 2:e vice ordförande	2 grundbelopp 1 grundbelopp 1 grundbelopp	
Regionstyrelsen	Ordförande 1:e vice ordförande 2:e vice ordförande	12 grundbelopp 9,6 grundbelopp 12 grundbelopp	
Regionstyrelsens arbetsutskott	Ledamot	4,8 grundbelopp	
Hälso- och Sjukvårdsnämnden	Ordförande 1:e vice ordförande 2:e vice ordförande	12 grundbelopp 4,8 grundbelopp 6 grundbelopp	
Regional utvecklingsnämnd	Ordförande 1:e vice ordförande 2:e vice ordförande	9,6 grundbelopp 3,6 grundbelopp 4,8 grundbelopp	
Kultur- och Bildningsnämnd	Ordförande 1:e vice ordförande 2:e vice ordförande	2,4 grundbelopp 1,2 grundbelopp 1,2 grundbelopp	
Trafiknämnd	Ordförande 1:e vice ordförande 2:e vice ordförande	2,4 grundbelopp 1,2 grundbelopp 1,2 grundbelopp	
Tandvårdsnämnd	Ordförande 1:e vice ordförande 2:e vice ordförande	1,8 grundbelopp 0,9 grundbelopp 0,9 grundbelopp	
Patientnämnden	Ordförande 1:e vice ordförande 2:e vice ordförande	1,8 grundbelopp 0,9 grundbelopp 0,9 grundbelopp	
Samverkansnämnd i Blekinge	Ordförande	1,5 grundbelopp	
Gruppledararvode	för parti som är representerat i fullmäktige men INTE har andra sammantaget 40% arvoderade uppdrag.	4,8 grundbelopp	
Revisorer	Ordförande Övriga	2 grundbelopp 1 grundbelopp	
Sammanträdesarvode		0,012 grundbelopp	
Reseersättning		Samma regler som för Region Blekinges anställda	

- *Partier som har säte* i AU har inte rätt till gruppledararvode.
- Ingår regionråd och oppositionsråd i nämndernas presidier utgår inget arvode för detta uppdrag.

Övriga förtroendevalda som inte räknats upp erhåller sammanträdesarvode för sina uppdrag

LANDSTINGET BLEKINGE

Arvodeskommittén

Protokoll
Sammanträdesdatum
2018-11-01

Plats och tid: Mazettisalen 2018-11-01 klockan 9-10.45

Närvarande ledamöter: Lotta Hauffman M ordförande
Per-Ola Mattsson S
Camilla Karlman SD

Tjänstemän: Helene Håkansson sekreterare
Cecilia Andersson ekonom landstingsdirektörens stab

Underskrifter: Sekreterare Paragraf 1-6

Helene Håkansson/administrativ chef

Ordförande

Lotta Hauffman M
2018-11-05

Justerare

Camilla Karlman SD
2018-11-05

ANSLAG/BEVIS

Justeringen har tillkännagivits genom anslag på landstingets anslagstavla

Datum när anslaget sätts upp

Datum när anslaget tas ner

Förvaringsplats för protokoll Diariet

Innehållsförteckning

Mötets öppnande	§ 1/18
Val av justerare och tid för justering	§ 2/18
Godkännande av mötets upplägg	§ 3/18
Grundprinciper för grundbelopp	§ 4/18
Förslag på ersättning för uppdrag	§ 5/18
Avslutning	§ 6/18

§ 1/18

Mötets öppnande

Lotta Hauffman (M) hälsar välkommen och öppnar mötet. Per-Ola Mattsson(S) deltar via telefon. Camilla Karlman ifrågasätter om det finns beslut i arbetsordningen från fullmäktige som godkänner närvaro via telefon vid beslutsmöten.

Helene Håkansson, administrativ chef, utses till sekreterare för mötet.

§ 2/18

Val av justerare och tid för justering

Camilla Karlman (SD) utses att tillsammans med ordförande justera protokollet. Justeringen görs 2018-11-05 klockan 9.00 på kanslienheten.

§ 3/18

Godkännande av mötets upplägg

Upplägget för dagens möte godkänns. Genomgång och beräkningar görs under mötet med hjälp av ekonom på landstingsdirektörens stab. Beräkning av kostnad görs med jämförelse mot 2018 års kostnad för ersättningar till ledamöter i Landstinget Blekinge och kommunalförbundet Region Blekinge. I beräkning ingår kostnader för fasta arvoden och sammanträdesarvode utifrån planerat antal sammanträden och ledamöter med föreslagna ersättningar från arvodeskommittén. I beräkning ingår inte sociala avgifter, ersättning för förlorad arbetsinkomst eller reseersättning.

§ 4/18

Grundprinciper för grundbelopp

Beslut

Arvodeskommitténs beslutar föreslå landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige

1. Att grundbeloppet/år för förtroendevalda politiker baseras på riksdagsarvodets storlek vilket för 2018 är 65 400 kronor/månad.
2. Region Blekinges förtroendevaldas grundbelopp/år justeras årligen den 1 januari med motsvarande riksdagsarvodets justering året innan.

Sammanfattning

Ordförandes förslag är att utgå från ett grundbelopp/år och därefter ange andelar av grundbeloppet. Grundbeloppet/år följer arvodet för riksdagsledamot som för 2018 är 65 400 kronor/månad. Uppräkning av grundbeloppet sker 1 januari årligen utifrån den nivå som bestäms för riksdagsledamot.

§ 5/18

Förslag på ersättning för uppdrag samt förslag till ekonomiska villkor

Beslut

Arvodeskommitténs beslutar föreslå landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktig

1. Att ersättning för uppdrag ska lämnas enligt förslag och i övrigt anta justerade ekonomiska villkor.

Camilla Karlman (SD) yrkar på arvodering till ytterligare en 2:e vice ordförande i presidiet för regionfullmäktige samt regionstyrelsen. Ordförandes bedömning är att denna fråga inte faller inom arvodeskommitténs uppdrag att hantera varför frågan inte behandlas.

Camilla Karlman (SD) yrkar kring ersättning för uppdrag enligt nedan:

Uppdrag		**Ersättning**
Regionstyrelsen	Ordförande 100 % 1:e vice 50 % 2:e vice 50 % 2a andre vice 50 %	1 grundbelopp/mån 50 % x grundbelopp/mån
Regionstyrelsens AU	Gäller om man inte har fast arvode från regionstyrelsen	40 % x grundbelopp/mån
Hälso- och Sjukvårdsnämnden	Ordförande 80 % vice 30 %	80 % x grundbelopp/mån 30 % x grundbelopp/mån
Regional utvecklingsnämnd	Ordförande 80 % vice 30 %	80 % grundbelopp/mån 30 % x grundbelopp/mån
Kultur- och Bildningsnämnd	Ordförande vice	1,5 grundbelopp/år 0,75 grundbelopp/år
Patientnämnden	Ordförande vice	1,5 grundbelopp/år 0,75 grundbelopp/år

Trafiknämnd	Ordförande vice	1,5 grundbelopp/år 0,75 grundbelopp/år
Tandvårdsnämnd	Ordförande vice	1,5 grundbelopp/år 0,75 grundbelopp/år
Samverkansnämnd	Ordförande vice	1,5 grundbelopp/år 0,75 grundbelopp/år
Revisorer	Ordförande Övriga	2 grundbelopp/år 1 grundbelopp/år
Gruppledararvode		2,5 grundbelopp/år
Sammanträdesarvode		0,014 grundbelopp

Omröstning genomförs gällande ersättning för uppdrag. Resultatet i omröstningen blir 2 röster för ordförandes förslag och 1 röst för Camilla Karlmans förslag. Ordförande finner att förslag från arvodeskommittén blir enligt ordförandes förslag.

Mot beslutet reserverar sig Camilla Karlman (SD).

Sammanfattning

Förslag till ersättning för uppdrag

Regionfullmäktige

Ordförande	2 grundbelopp/år
1:e vice ordförande	1 grundbelopp/år
2:e vice ordförande	1 grundbelopp/år

Regionstyrelsen

Ordförande	12 grundbelopp/år
1:e vice ordförande	9,6 grundbelopp/år
2:e vice ordförande	12 grundbelopp/år

Regionsstyrelsens arbetsutskott

Presidiet (3)	ersättning från regionstyrelsen
4 ledamöter	4,8 grundbelopp/år

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Ordförande	12 grundbelopp/år
1:e vice ordförande	4,8 grundbelopp/år
2:e vice ordförande	6 grundbelopp/år

Regional utvecklingsnämnd

Ordförande	9,6 grundbelopp/år
1:e vice ordförande	3,6 grundbelopp/år
2:e vice ordförande	4,8 grundbelopp/år

Kultur- och bildningsnämnd

Ordförande	2,4 grundbelopp/år
1:e vice ordförande	1,2 grundbelopp/år
2:e vice ordförande	1,2 grundbelopp/år

Trafiknämnd

Ordförande	2,4 grundbelopp/år
1:e vice ordförande	1,2 grundbelopp/år
2:e vice ordförande	1,2 grundbelopp/år

Tandvårdsnämnd

Ordförande	1,8 grundbelopp/år
1:e vice ordförande	0,9 grundbelopp/år
2:e vice ordförande	0,9 grundbelopp/år

Patientnämnd

Ordförande	1,8 grundbelopp/år
1:e vice ordförande	0,9 grundbelopp/år
2:e vice ordförande	0,9 grundbelopp/år

Samverkansnämnd

Ordförande	1,5 grundbelopp/år

Gruppledararvode	4,8 grundbelopp/år

För parti som är representerat i fullmäktige men INTE har andra sammantaget 40 % arvoderade uppdrag.

Partier som har säte i AU har inte rätt till gruppledararvode

Revisorer

Ordförande	2 grundbelopp/år

Övriga 1 grundbelopp/år

Sammanträdesarvode

0,012 grundbelopp/möte

Reseersättning

Samma regler som för anställda i Region Blekinge

Ersättning partigrupp

Ram om 1,0 grundbelopp per fullmäktigemandat och år.

Övriga förtroendevalda som inte räknats upp erhåller sammanträdesarvode för sina uppdrag.

I övrigt godkänner arvodeskommittén förslag till justerade ekonomiska villkor.

§ 6/18

Avslutning

Efter beräkningen av kostnad för ersättningar 2019 enligt förslagna nivåer med förutsättningar angivna i § 3 blir arvodeskommitténs bedömning att kostnaderna inte kommer att överstiga 2018 års nivå.

Ordförande avslutar arvodeskommitténs möte.

LANDSTINGET BLEKINGE

Kanslienheten	2018-11-05	Ärendenummer	2018/01586
Helene Håkansson		Dokumentnummer	2018/01586-1

Till landstingsfullmäktige

Regler för kommunalt partistöd Region Blekinge 2019-2022

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

1. att reglerna för kommunalt partistöd i Landstinget Blekinge med tillämpning för mandatperioden 2014-2018 ska gälla för Region Blekinge 2019 fram till dess att nytt beslut fattas på regionfullmäktige 2019-02-27.
2. att utbetalning av partistöd 2019 inte ska göras innan beslut om nya regler för kommunalt partistöd har fattats av regionfullmäktige i februari.

Sammanfattning

Vid gruppledaröverläggning i oktober har frågan om att revidera reglerna för partistödet och se över hur redovisningen ska gå till lyfts. Det finns en samstämmighet kring behovet av att se över de lokala tillämpningsreglerna. Beloppen för partistöd behöver också revideras då regionfullmäktige mandatperioden 2019-2022 har 57 mandat att jämföra med landstingsfullmäktiges 47 mandat.

Nuvarande regler för kommunalt partistöd med tillämpning beslutades av landstingsfullmäktige 2014-11-24 § 179. Dessa gäller för mandatperioden 2014-2018. Se bilaga.

Beslut måste fattas inför varje mandatperiod kring vilka regler som ska gälla för kommunalt partistöd. I kommunallagen finns de grundläggande bestämmelserna om vad som ska gälla och till dessa har Landstinget Blekinge tagit beslut om tillämpningar och kommentarer kring partistödet ändamål, redovisning och granskning samt regel om att begränsa partistödet för ”tomma stolar”.

En utredning kring revidering av nuvarande regler och partistödets belopp bedöms inte hinnas med under 2018 varför förlaget är att nuvarande regler för partistöd ska gälla även för 2019 fram

tills regionfullmäktiges sammanträder i februari 2019. Utbetalning av partistöd för 2019 kan inte ske förrän nya regler har antagits.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Helene Håkansson
Administrativ chef

Bilaga

Regler för partistöd – LS-LTKANSLI 2014/0248-3

LANDSTINGET BLEKINGE

Kanslienheten 2018-10-11 Ärendenummer 2018/01483
Helene Håkansson Dokumentnummer 2018/01483-3

Till landstingsfullmäktige

Avveckling av kommunalförbundet Region Blekinge

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

1. att kommunalförbundet Region Blekinge ska avvecklas från och med 2019-01-01
2. att Region Blekinges regionstyrelse (regionkommunen) från och med den 1 januari 2019 utgör likvidator för kommunalförbundet Region Blekinge
3. att godkänna förslaget till avvecklingsprocess för kommunalförbundet Region Blekinge.
4. att besluten gäller under förutsättning att samtliga kommuner i länet och Landstinget Blekinge fattar samma beslut

Sammanfattning

Regionstyrelsen i kommunalförbundet Region Blekinge har 2018-09-19 beslutat att kommunalförbundet Region Blekinge ska avvecklas från och med 2019-01-01 och att regionstyrelsen (regionkommun) är likvidator för kommunalförbundet Region Blekinge.

Beslut om avveckling, likvidator och godkännande av avvecklingsprocess ska tas i nuvarande Landstinget Blekinge och alla kommuner i länet.

Beslutet innebär att nuvarande kommunalförbund Region Blekinge avvecklas samt att alla tillgångar, skulder och åtaganden överförs till regionkommunen Region Blekinge per den 31 december 2018. Kommunalförbundets egna kapital regleras till medlemmarna enligt gällande förbundsordning.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja/landstingsdirektör

Bilaga

- Beslut regionstyrelsen 2018-09-19
- Region Blekinges avvecklingsprocess
- Förbundsordning 2014-04-25
- Förslag till beslut – beslutsunderlag till regionstyrelsen 2018-09-19

§ 66 Ärendenr 18/00464

Avveckling av kommunalförbundet Region Blekinge

Innan sommaren 2018 beslutade samtliga medlemmar i Region Blekinge (kommunerna och landstinget) om att uppdra åt kommunalförbundet Region Blekinge att initiera avveckling av förbundet per den 31 december 2018, samt att alla tillgångar, skulder och åtaganden överförs till Region Blekinge per den 31 december 2018, kommunalförbundet Region Blekinge. Kommunalförbundets egna kapital per samma datum regleras till medlemmarna enligt gällande förbundsordning.

Enligt förbundsordningen § 23 verkställs likvidationen av regionstyrelsen om annat ej beslutas.
Se förslag till avvecklingsprocess där avsteg görs från förbundsordning om alla medlemmar är ense om detta.

Arbetsutskottet har 2018-09-05 behandlat ärendet.

Beslutsunderlag
- Förslag till beslut, 2018-09-05
- Protokollsutdrag från samtliga kommuner och landstinget angående skatteväxling etc
- Förbundsordning för kommunalförbundet Region Blekinge
- PM förslag till avvecklingsprocess
- Arbetsutskottets beslut, 2018-09-05

Regionstyrelsen beslutar

att kommunalförbundet Region Blekinge ska avvecklas från och med 2019-01-01

att Region Blekinges regionstyrelse (Regionkommunen) från och med den 1 januari 2019 utgör likvidator för kommunalförbundet Region Blekinge

---

Expedieras:
Samtliga kommuner
Landstinget Blekinge
Diariet

Tid och plats	Onsdagen den 19 september 2018 kl. 09.00-11.50 Rådhuset, Karlshamn
Närvarande	
Ordförande	Christina Mattisson (S)
1:e vice ordförande	Per-Ola Mattsson (S)
2:e vice ordförande	Lennarth Förberg (M)
Ledamöter	Kalle Sandström (S) Magnus Johansson (S) Patrik Hansson (S) Malin Norfall (S) Christel Friskopp (S) Sara Rudolfsson (S) Kjell-Åke Karlsson (S) Sara Högelius (V) Björn Gustavsson (Mp) Magnus Gärdebring (M) Jeppe Johnsson (M) Ingrid Hermansson (C) Gunilla Ekelöf (L) Johannes Chen (oberoende, tidigare Kd) Christopher Larsson (Sd)
Frånvarande	Helene Björklund (S) Gustav Nilsson (M) Camilla Brunsberg (M) Lotta Antman (Sd) Tommy Strannemalm (Sd)
Tjänstgörande	Daniel Berg (S) för Helene Björklund (S) Anders Lund (M) för Gustav Nilsson (M) Patrik Krupa (M) för Camilla Brunsberg (M) Nicolas Westrup (Sd) för Lotta Antman (Sd) Tor Billing (Sd) för Tommy Strannemalm (Sd)
Ersättare	Lisbeth Bengtsson (S) Elina Gustafsson (S) Tommy Andersson (S) Annika Westerlund (S) Tommy Larsson (V) Helene Nordin (Mp) Carl-Göran Svensson (M) Inga Lill Siggelsten Blum (Kd)

Tjänstemän	Anna-Lena Cederström	regiondirektör	ej §§ 69-75
	Ingrid Ljungqvist	kanslichef	
	Sören Bergerland	trafikdirektör	
	Mirja Rasmusen	enhetschef	
	Peter Hermansson	enhetschef	
	Lars Karlinius	systemansvarig biljettsystem	
	Catharina Rosenquist	projektledare	
	Marika Nilsson	kommunikatör	
Sekreterare	Andréa Hellsberg	kansli	

Övriga	Magnus von Schenck press, allmänhet	Samsynt
Paragrafer	62-75	

Underskrifter

Andréa Hellsberg
sekreterare

Christina Mattisson
ordförande

Kalle Sandström
justerare

Tid och plats för justering: Region Blekinges kansli enligt överenskommelse

Tillkännagivande av protokollsjusteringen har den 25/9 2018 anslagits på Region Blekinges anslagstavla intygar i tjänsten

Andréa Hellsberg

Region Blekinge - avvecklingsprocess

Bakgrund
Länets kommunfullmäktigeförsamlingar och landstingsfullmäktige har beslutat att godkänna att Region Blekinge övertar verksamheter från kommunalförbundet Region Blekinge (se bilaga).
Innan sommaren 2018, beslutade Region Blekinges medlemmar att uppdra åt kommunalförbundet Region Blekinge att initiera avveckling av förbundet per den 31 december 2018, samt att alla tillgångar, skulder och åtagande överförs till Region Blekinge per den 31 december 2018, kommunalförbundet Region Blekinges egna kapital per samma datum regleras till medlemmarna enligt gällande förbundsordning.

Avvecklingsprocess för Region Blekinge
Enligt förbundsordningen för Region Blekinge ska förbundet avvecklas genom att träda i likvidation. När förbundet trätt i likvidation och om annat ej beslutas, skall skulder betalas och egendom avyttras och fördelas enligt principerna i förbundsordningen. Regionstyrelsen ska vara likvidator och lämnar i egenskap av likvidator slutredovisning till medlemmarna.

Ovanstående förutsätter att det finns en regionstyrelse (direktion) i kommunalförbundet fr o m 2019-01-01. Nedan beskrivna process bygger på att medlemmarna är överens om *en annan* hantering utan att en ny regionstyrelse (direktion) behöver utses.

En sådan överenskommelse bekräftas genom beslut i samtliga medlemmars fullmäktigeförsamlingar gäller över förbundsordningen.

Region Blekinges verksamhet till och med 2018-12-31
Kommunalförbundet Region Blekinge bedriver verksamhet till och med 2018-12-31.

- En årsredovisning för 2018 upprättas av Regionstyrelsen (den nyvalda Regionstyrelsen utses i Landstingsfullmäktige i november 2018 ?)
- Årsredovisningen granskas av kommunalförbundets revision som också yttrar sig i ansvarsfrågan för regionstyrelsen (revisionens uppdrag löper fram till och med då årsredovisningen för 2018 är granskad) Ansvarsfrågan avseende nuvarande Trafiknämnden och Kultur- och Fritidsnämnden hanteras av nya Regionfullmäktige efter revisorernas granskning.
- Årsredovisningen tillställs samtliga medlemmar för godkännande.
- Beslut i ansvarsfrågan för kommunalförbundet Region Blekinge styrelse för 2018 fattas i samtliga medlemmars fullmäktige senast 2019-06-30.

Avveckling av kommunalförbundet Region Blekinge från och med 2019-01-01
Avvecklingen av kommunalförbundet inleds 2019-01-01 genom att:

- Kommunalförbundet Region Blekinge träder i likvidation
- Regionstyrelsen (den nyvalda regionstyrelsen utses i november 2018) utgör likvidator och ansvarar för att hantera avvecklingen.
- Likvidatorn upprättar slutredovisning inklusive förvaltningsberättelse och redovisningshandlingar.

- Tillgångar, skulder och åtaganden överförs till Region Blekinge (regionkommunen) enligt tidigare beslut hos samtliga medlemmar. Region Blekinges egna kapital regleras till medlemmarna enligt gällande förbundsordning.
- Slutredovisningen delges förbundsmedlemmarna.

Länets kommunfullmäktigen och landstingsfullmäktige föreslås besluta senast den 31 december 2018

- **att** kommunalförbundet Region Blekinge ska avvecklas från och med 2019-01-01.
-
- **att** utse landstingsstyrelsen/regionstyrelsen till likvidator.
-
- **att** godkänna förslaget till avvecklingsprocess för kommunalförbundet Region Blekinge.

Förbundsordning för Region Blekinge

REGION BLEKINGE

Förbundsordning för Region Blekinge
Dnr 104-197-2009
Reviderad av regionstyrelsen 2014-06-11
2014-11-21/johhol

Förbundsordning för Region Blekinge

Region Blekinge är ett kommunalförbund som har tillkommit efter överenskommelse mellan Landstinget Blekinge, Karlshamn, Karlskrona, Olofström, Ronneby och Sölvesborg kommuner. Region Blekinge bildades den 1 januari 2001 och utgör medlemmarnas organ för samarbete i regionala utvecklingsfrågor och för demokratisk förankring av regionalt utvecklingsarbete.

Region Blekinge är fr o m den 1 januari 2003 ett kommunalt samverkansorgan som är bildat enligt Lag (2002:34) om samverkansorgan i länen.

§ 1 Förbundets ändamål

Region Blekinge ska främja Blekinges utveckling för att ta tillvara regionens möjligheter för att öka Blekinges attraktionskraft. Detta gäller inom förbundets uppgifter som anges i § 2 samt de uppgifter som medlemmarna beslutar om att tillföra förbundet. Region Blekinge har tre fokusområden:

- vara Blekinges regionala politiska företrädare
- verka för hållbar tillväxt och utveckling i Blekinge
- samverka inom och utanför Blekinge

Regionstyrelsen är från och med 2012 Regional trafikmyndighet enligt Lag (2010:1065) om kollektivtrafik.

§ 2 Förbundets uppgifter

Region Blekinges uppgifter omfattar regionalt utvecklingsarbete, där medlemmarnas intressen ska tillvaratas enligt förbundets ändamål. Genom sitt arbetssätt ska förbundet stärka gemenskapen och de demokratiska värdena inom regionen. Subsidiaritetsprincipen ska gälla.

Medlemmarnas möjligheter till insyn och delaktighet i verksamheten ska beaktas liksom en uthållig utveckling, jämställdhet samt de mervärden som verksamheten inom förbundet ger upphov till.

Förbundet har att verkställa uppdraget från staten för att genomföra det regionala tillväxtarbetet och med utgångspunkt från förordningen SFS 2007:713 ta fram en regional utvecklingsstrategi för Blekinge. Med det statliga uppdraget följer med utgångspunkt från förordningen SFS 2003:596 att fatta beslut om regionala tillväxtmedel.

Förbundets verksamhet omfattar huvudsakligen verksamheter på regional nivå inom följande politikområden:

- Näringslivsutveckling
- Innovation och forskning
- Utbildning och kompetensförsörjning

- Sysselsättning och arbetsmarknad
- Fysisk- och digital infrastruktur, transporter, kollektivtrafik och översiktlig planering
- Regionintressen inom miljö, klimat och energiområdena
- Internationellt samarbete
- Regionalt samarbete
- Kultur och fördelning av regionala kulturanslag
- Turism
- Landsbygdsutveckling
- Regional kollektivtrafikmyndighet

Förbundet ska inom sina områden bedriva omvärldsbevakning samt beakta kunskapsutvecklingen inom dessa.

Förbundet ska inom sina områden följa och beakta utvecklingen inom EU:s politikområden som är av betydelse för förbundets verksamhet.

Förbundet ska organisera arenor där lokala och regionala aktörer kan mötas i arbetet med Blekinges utveckling. För att stärka demokratin och medborgardialogen skall minst en gång per år anordnas en regional utvecklingsdag – Blekingedagen.

Förbundet ska, där uppgiften inte ankommer på annan, utse eller nominera representanter i regionala organ inom förbundets uppgiftsområde.

Förbundets uppgift som regional kollektivtrafikmyndighet regleras i särskilt konsortialavtal, avseende omfattning och finansiering, mellan medlemmarna.

Förbundet kan efter särskilt beslut i högsta beslutande organ svara även för andra regionala uppgifter som staten, medlemmarna eller annan önskar att tillföra förbundet. Den som överlämnar uppgiften ska definiera uppdraget.

§ 3 Förbundets medlemmar

Medlemmar i förbundet är Karlshamn, Karlskrona, Olofström, Ronneby och Sölvesborg kommuner samt Landstinget Blekinge.

Samtliga kommuner och landstinget är också medlemmar i Sveriges Kommuner och Landsting.

§ 4 Förbundets namn

Förbundets namn är **Region Blekinge**.

§ 5 Förbundets säte

Region Blekinges säte är i Karlskrona.

§ 6 Organisation

Förbundet har en förbundsdirektion som högsta beslutande organ. Direktionen ska benämnas regionstyrelse.

§ 7 Regionstyrelse

Regionstyrelsen ska bestå av 23 ledamöter och 23 ersättare. Varje medlem ska representeras av minst två ledamöter och två ersättare. Medlems val av ledamöter och ersättare ska ske i respektive medlems fullmäktigeförsamling. Kommunerna väljer 16 ledamöter och 16 ersättare och landstinget väljer 7 ledamöter och 7 ersättare. Fördelningen av ledamöter och ersättare ska återspegla det sammanlagda valresultatet i länet.

Medlemmarna representeras i regionstyrelsen enligt följande:

Karlshamns kommun	3 ledamöter och 3 ersättare
Karlskrona kommun	6 ledamöter och 6 ersättare
Olofströms kommun	2 ledamöter och 2 ersättare
Ronneby kommun	3 ledamöter och 3 ersättare
Sölvesborgs kommun	2 ledamöter och 2 ersättare
Landstinget Blekinge	7 ledamöter och 7 ersättare

Mandatperioden utgör fyra år från och med den 1 januari året efter då val till fullmäktige ägt rum i hela landet.

Regionstyrelsen utser inom sig ordförande, 1:e vice ordförande och 2:e vice ordförande.

För beredning av ärenden väljer regionstyrelsen för mandatperioden inom sig ett arbetsutskott som ska bestå av minst fem ledamöter och ersättare.

Regionstyrelsen kan inom sig uppdra åt ett utskott, en ledamot eller ersättare eller åt en anställd inom förbundet att besluta på styrelsens vägnar i ett visst ärende eller grupp av ärenden. Delegationen får ej omfatta de fall som omfattas av kommunallagen 6 kap 34 §.

Regionstyrelsen upprättar och fastställer arbetsordning för sin verksamhet.

§ 8 Övrig politisk organisation

Regionstyrelsen inrättar de beslutsorgan och beredningar samt utser de rapportörer som behövs för att fullgöra förbundets uppgifter. Uppdrag, sammansättning och mandattid beslutas av regionstyrelsen i samband med inrättandet.

För beslutsorgan upprättas reglemente.

§ 9 Arvoden och ekonomiska förmåner

Regionstyrelsen beslutar om ersättning till förtroendevalda inom förbundet.

En arvodesberedning inrättas. På förslag från denna fastställer regionstyrelsen de bestämmelser som ska gälla för förbundets ledamöter och ersättare, förbundets revisorer samt övriga förtroendevalda.

§ 10 Revision

Förbundet ska ha tre förtroendevalda revisorer. Dessa väljs för samma period som motsvarar regionstyrelsens mandatperiod. Samtliga revisorer utses av landstingsfullmäktige. Valet ska föregås av samråd med övriga medlemmar.

Revisorerna anlitar enligt 9 kap. 8 § kommunallagen själva sakkunniga till sin granskning i den omfattning som behövs.

Revisorerna ska för granskning av regionstyrelsens verksamhet avge berättelse till medlemmarnas fullmäktige. Dessa beslutar om ansvarsfrihet. (Kommunallagen)
Om medlem så begär sker medverkan från förbundet vid medlems fullmäktigesammanträde.

För av regionstyrelsen tillsatta beslutsorgan skall revisorerna avge berättelse till regionstyrelsen. Regionstyrelsen beslutar om ansvarsfrihet för beslutsorgan. (Kommunallagen)

§ 11 Offentlighet

Regionstyrelsens sammanträden ska vara offentliga, om inget annat beslutas. Regionstyrelsen kan besluta att del av sammanträdet ska vara slutet.

Det sammanträde vid vilket regionstyrelsen fastställer budgeten ska alltid vara offentligt.

§ 12 Anslag

Kungörelser samt justerade protokoll och andra meddelanden skall tillkännages på Region Blekinges anslagstavla. Kungörelse ska samtidigt finnas tillgänglig på förbundets hemsida www.regionblekinge.se

§ 13 Rätt att väcka ärenden

Ärenden i regionstyrelsen får väckas av;

- Ledamot och ersättare i regionstyrelsen
- Förbundsmedlems fullmäktige och styrelse
- Revisorerna om ärendet rör granskning av förbundets verksamheter
- Organ under regionstyrelsen om regionstyrelsen medgett sådan rätt

§ 14 Närvaro- och yttranderätt

Landstingsstyrelsens ordförande samt kommunstyrelsernas ordförande har närvaro- och yttranderätt i regionstyrelsen även om de inte är ledamöter i denna.

Regionstyrelsen avgör därutöver i vilken utsträckning någon som inte är ledamot eller ersättare i regionstyrelsen har rätt att yttra sig vid sammanträdena.

§ 15 Om skuldsättning m m

Förbundet har inte rätt att ingå borgen. Förbundet får inte ta upp långfristiga lån utan medlemmarnas medgivande. Förbundet får ta upp kortfristiga lån för att täcka tillfälliga behov av rörelsekapital.

Förbundet och deras dotterbolag får uppta långfristiga lån till investeringar avseende kollektivtrafiken. Samordning kan ske med förbundets medlemmar avseende kommande finansieringslösningar.

§ 16 Grunderna för förbundsmedlemmarnas deltagande i kostnaderna för förbundets verksamhet

Kommunerna och landstinget skall gemensamt täcka de kostnader för Region Blekinge som inte täcks på annat sätt genom en årligen bestämd avgift som delas lika mellan kommunerna och landstinget.

Medlemsavgiften beräknas enligt skatteunderlagsprincipen genom framräkning av ett promilletal av det definitiva taxeringsutfallet för kommunerna inkomståret två år före det aktuella budgetåret.

Landstinget ska erlägga lika stort belopp som kommunerna tillsammans.

Härutöver har regionstyrelsen att framlägga förslag till budget för de verksamhetsprojekt som förbundet önskar bedriva. För finansiering av projekten har både medlem och i förekommande fall andra intressenter, som vill delta, skyldighet att utge tilläggsavgift.

§ 17 Ersättning för överförda uppgifter från kommunerna och landstinget

Om uppgifter förs över från landstinget eller från en eller flera kommuner eller annan till Region Blekinge måste medlemmarna vara överens om dessa och om hur ersättningen för övertagandet skall regleras.

§ 18 Ersättning för överförda uppgifter från staten

För de uppgifter som förs över från staten till Region Blekinge sker reglering i särskild ordning.

§ 19 Upprättande av budget

Regionstyrelsen ska varje år fastställa en budget inför nästa kalenderår. Budgeten skall innehålla en plan för verksamheten och ekonomin under budgetåret samt en plan för ekonomin under kommande treårsperiod. (Kommunallagen)

Regionstyrelsen skall avlämna delårsrapport över verksamheten till medlemmarna.

Det år då val till riksdagen har ägt rum ska budgeten för året därefter fastställas av den nyvalda regionstyrelsen före utgången av januari månad.

§ 20 Medlemmarnas andel i tillgångar och skulder

Medlemmar har vid varje tidpunkt andel i förbundets tillgångar och skulder i förhållande till vad man tillskjutit i bidrag enligt §§ 16 och 17 till förbundets verksamhet.

§ 21 Medlemmarnas rätt till insyn och kontroll

Medlemmarna har rätt till insyn i förbundet och rätt att utöva kontroll över dess verksamhet och ekonomi.

§ 22 Uppsägning och utträde

Förbundet är bildat på obestämd tid. En förbundsmedlem har rätt att utträda ur förbundet. Uppsägningstiden är tre år räknat från ingången av den månad då uppsägningen skedde. Vid utträdet skall regleringen av de ekonomiska mellanhavandena bestämmas utifrån vad som anges om tillgångar och skulder i § 20.

§ 23 Likvidation och upplösning av förbundet

Förbundet kan träda i likvidation om medlemmarna är överens därom eller om en eller flera medlemmar utträder ur förbundet så att förutsättningar för förbundet att uppfylla sina ändamål inte längre föreligger eller om medlemmarna inte kan enas om förutsättningarna för utträde när uppsägningstiden i § 22 är till ända. När förbundet trätt i likvidation och om annat ej beslutas, skall skulder betalas och egendom avyttras eller fördelas enligt principerna i § 20. Likvidation verkställs av regionstyrelsen i egenskap av likvidator.

När styrelsen fullgjort sitt uppdrag som likvidator skall styrelsen avge en slutredovisning för sin förvaltning.

Redovisningen sker genom en förvaltningsberättelse som rör likvidationen i sin helhet med redovisning av skiftet av tillgångar och betalning av skulder. Till berättelsen skall fogas redovisningshandlingar för hela likvidationen. Till slutredovisningen skall fogas styrelsens beslut om vilken av förbundets medlemmar som skall överta och vårda de handlingar som tillhör förbundets arkiv.

När förvaltningsberättelsen och redovisningshandlingarna delgetts förbundsmedlemmarna är förbundet upplöst.

§ 24 Tvister

Tvister mellan förbundet och medlem avgörs vid allmän domstol.

§ 25 Ändringar i förbundsordningen

Ändringar eller tillägg till förbundsordningen föreslås av regionstyrelsen och skall beslutas av varje medlems fullmäktige. Medlem kan genom framställning till regionstyrelsen också påkalla ändring av förbundsordningen.

Kraft att vilja.
Tillsammans är det möjligt.

Vi inspirerar, skapar tillfällen att mötas och stärker Blekinge i Sverige och Europa.

Tillsammans med våra medlemmar – Blekinges kommuner och landsting – arbetar vi för att göra det ännu mer attraktivt att besöka, leva och verka i vår region.

REGION BLEKINGE

Region Blekinge, Valhallavägen 1, 371 41 Karlskrona
Tel 0455-30 50 00 | E-post kansli@regionblekinge.se
www.regionblekinge.se

2018-09-27

Kommunfullmäktige i Karlskrona kommun
Ronneby kommun
Karlshamns kommun
Sölvesborgs kommun
Olofströms kommun
Landstingsfullmäktige

Likvidation och upplösning av Region Blekinge

Innan sommaren 2018 beslutade samtliga medlemmar i Region Blekinge (kommunerna och landstinget) bl a om att uppdra åt kommunalförbundet Region Blekinge att initiera avveckling av förbundet per 31 december 2018.
Förslag till avvecklingsprocess har tagits fram och detta behöver nu beslutas om i respektive medlems fullmäktige.
Förslaget innebär avsteg från nuvarande förbundsordning, avsteget innebär att blivande regionstyrelse blir likvidator. I förbundsordningen står att det är nuvarande regionstyrelse som är likvidator om ej annat beslutas.
Regionstyrelsen har tagit beslut den 19 september 2018 om detta, protokollsutdrag bifogas.

Bilagor

- Protokollsutdrag från Regionstyrelsen den 19 september
- PM, förslag till avvecklingsprocess
- Förbundsordning för kommunalförbundet Region Blekinge

Samtliga kommunfullmäktige och landstingsfullmäktige föreslås besluta senast den 31 december 2018

att kommunalförbundet Region Blekinge ska avvecklas från och med 2019-01-01.

att Region Blekinges regionstyrelse (Regionkommunen) från och med 1 januari 2019 utses till likvidator för kommunalförbundet Region Blekinge.

att godkänna förslaget till avvecklingsprocess för kommunalförbundet Region Blekinge

att besluten gäller under förutsättning att samtliga kommuner i länet och Landstinget Blekinge fattar samma beslut

Ingrid Ljungqvist
Kanslichef Region Blekinge

2018-09-27

Enligt uppdrag

§ 357/18 Ärendenummer: 2018/01483

Avveckling av kommunalförbundet Region Blekinge

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att kommunalförbundet Region Blekinge ska avvecklas från och med 2019-01-01
2. Att Region Blekinges regionstyrelse (regionkommunen) från och med den 1 januari 2019 utgör likvidator för kommunalförbundet Region Blekinge
3. Att godkänna förslaget till avvecklingsprocess för kommunalförbundet Region Blekinge.
4. Att besluten gäller under förutsättning att samtliga kommuner i länet och Landstinget Blekinge fattar samma beslut

Sammanfattning

Regionstyrelsen i kommunalförbundet Region Blekinge har 2018-09-19 beslutat att kommunalförbundet Region Blekinge ska avvecklas från och med 2019-01-01 och att regionstyrelsen (regionkommun) är likvidator för kommunalförbundet Region Blekinge. Beslut om avveckling, likvidator och godkännande av avvecklingsprocess ska tas i nuvarande Landstinget Blekinge och alla kommuner i länet.
Beslutet innebär att nuvarande kommunalförbund Region Blekinge avvecklas samt att alla tillgångar, skulder och åtaganden överförs till regionkommunen Region Blekinge per den 31 december 2018. Kommunalförbundets egna kapital regleras till medlemmarna enligt gällande förbundsordning.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Avveckling av kommunalförbundet Region Blekinge.
Bilaga: Protokollstutdrag § 66 Region Blekinge angående avveckling av kommunalförbundet Region Blekinge.
Bilaga: Region Blekinge – avvecklingsprocess.
Bilaga: Förbundsordning för Region Blekinge.
Bilaga: Likvidation och upplösning av Region Blekinge.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Kanslienheten	2018-10-16	Ärendenummer	2018/01612
Helene Håkansson		Dokumentnummer	2018/01612-1

Till landstingsfullmäktige

Hantering av styrande dokument inför bildande av Region Blekinge 1 januari 2019

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

1. att godkänna den förslagna hanteringen av styrande dokument inför bildandet av Region Blekinge att gälla från 1 januari 2019 för Region Blekinge.

Sammanfattning

De styrande dokument som idag gäller i landstinget Blekinge gäller även för nya Region Blekinge 2019 men kommer kontinuerligt behöva uppdateras i samband med regionbildningen och då få rätt benämning på organisationen. Ett antal politiska styrdokument inför ny mandatperioden samt styrande dokument för säkerhetsområdet kommer att beslutas på fullmäktige i november 2018 att gälla fr.o.m. 2019.

I nuvarande kommunalförbundet Region Blekinge finns ett antal styrdokument som föreslås gälla även för nya Region Blekinge 2019.

Förteckning av styrdokument i kommunalförbundet Region Blekinge som ska gälla för nya Region Blekinge 2019

- Regional utvecklingsstrategi för Blekinge ”Attraktiva Blekinge” 2014-2020
- Regional kulturplan för Blekinge 2018-2020
- Länstransportplan 2018-2029
- Regionalt trafikförsörjningsprogram 2016-2019
- Strategi för besöksnäringen
- Blekinges regionala digitala agenda 2014-2020
- Kompetensförsörjningsstrategi
- Innovationsstrategi
- Klimat- och energistrategi för Blekinge

- Cykelstrategi 2018-2029
- Länsgemensam folkhälsopolitisk policy 2015-2018
- Idrottspolitiskt program
- Regional biblioteksplan

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja/landstingsdirektör

Helene Håkansson/administrativ chef

§ 358/18 Ärendenummer: 2018/01612

Hantering av styrande dokument inför bildande av Region Blekinge 1 januari 2019

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att godkänna den förslagna hanteringen av styrande dokument inför bildandet av Region Blekinge att gälla från 1 januari 2019 för Region Blekinge.

Sammanfattning

De styrande dokument som idag gäller i landstinget Blekinge gäller även för nya Region Blekinge 2019 men kommer kontinuerligt behöva uppdateras i samband med regionbildningen och då få rätt benämning på organisationen. Ett antal politiska styrdokument inför ny mandatperioden samt styrande dokument för säkerhetsområdet kommer att beslutas på fullmäktige i november 2018 att gälla fr.o.m. 2019.
I nuvarande kommunalförbundet Region Blekinge finns ett antal styrdokument som föreslås gälla även för nya Region Blekinge 2019.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Hantering av styrande dokument inför bildande av Region Blekinge 1 januari 2019.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Kanslienheten	2018-09-24	Ärendenummer	2018/01451
Helene Håkansson		Dokumentnummer	2018/01451-2

Till Landstingsfullmäktige

Avtal om ansvar för den regionala kollektivtrafiken i Blekinge län 2019 och framåt

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

1. att godkänna avtal angående ansvar för den regionala kollektivtrafiken 2019 och framåt inklusive bilaga
2. att beslutet gäller under förutsättning att samtliga kommuner och landstinget Blekinge fattar samma beslut.

Sammanfattning

Förslag till avtal avseende "Ansvar för den regionala kollektivtrafiken 2019 och framåt" är berett i den regionala kollektivtrafikgruppen, inom nuvarande Region Blekinge samt i chefsgruppen kopplat till det regionala samverkansrådet.

Huvudmannaskapet för kollektivtrafiken överförs till Region Blekinge och blir ensam kollektivtrafikmyndighet fr.o.m. 2019, vilket innebär att nuvarande konsortialavtal mellan landstinget och kommunerna upphör. Genom avtalet överförs hela ansvaret för den regionala kollektivtrafiken i Blekinge län till Region Blekinge förutom vissa delar som inte skatteväxlas avseende tilläggstrafik buss och båt. En specifikation av detta finns i avtalet.

Avtalet ska beslutas av respektive kommunfullmäktige och landstingsfullmäktige innan årsskiftet 2018/2019.

Förslag till reglemente för trafiknämnden som ska beslutas av landstingsfullmäktige den 26 nov bifogas.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Bilaga

- Avtalsförslaget
- Bilaga till avtalet
- Förslag till reglemente trafiknämnden

LANDSTINGET BLEKINGE

AVTAL OM ANSVAR FÖR DEN REGIONALA KOLLEKTIVTRAFIKEN I BLEKINGE LÄN

1 Parter

Mellan Landstinget Blekinge/Region Blekinge och kommunerna Karlskrona, Ronneby, Karlshamn, Olofström och Sölvesborg har följande avtal träffats.

2 Bakgrund och syfte

Lagen om kollektivtrafik (2010:1065) som trädde i kraft den 1 januari 2012 ersatte lagen (1997:734) om ansvar för viss kollektiv persontrafik. Lagen om kollektivtrafik innebär att det ska finnas en regional kollektivtrafikmyndighet.

Kommunerna i Blekinge samt Landstinget uppdrog till kommunalförbundet Region Blekinge att fr.o.m. 2012-01-01 vara regional kollektivtrafikmyndighet i Blekinge i enlighet med ovan nämnda lag. I samband med detta tecknades ett konsortialavtal mellan kommunerna, landstinget och kommunalförbundet. Detta avtal reglerade förhållanden av vikt mellan kommunerna, landstinget och kommunalförbundet Region Blekinge för dess roll som regional kollektivtrafikmyndighet.

Den 1 januari 2019 övertar Landstinget Blekinge, som kommer benämnas Region Blekinge, det regionala utvecklingsansvaret i Blekinge län. Samtliga fullmäktigeförsamlingar (kommunerna och landstinget) har fattat beslut om att blivande Region Blekinge innehåller/övertar landstingets nuvarande uppgifter, kommunalförbundets Region Blekinges nuvarande uppgifter samt eventuellt tillkommande uppgifter, samt andra uppdrag från regeringen och statliga myndigheter genom regleringsbrev och villkorsbeslut.

Enligt beslut i samtliga kommuners och landstingets fullmäktige innan sommaren 2018, överförs huvudmannaskapet för kollektivtrafiken till Region Blekinge och blir ensam kollektivtrafikmyndighet fr.o.m. 2019, vilket innebär att nuvarande konsortialavtal mellan landstinget och kommunerna upphör. Beslut togs även att genomföra en skatteväxling med 45 öre från samma tid, dvs. kommunerna sänker utdebiteringen med 45 öre och landstinget (Region Blekinge) höjer med samma belopp. Skatteväxlingen innebär att medlemsavgiften och medlemsbidrag (trafiken) skatteväxlas förutom tilläggstrafik buss och båt. Basen för skatteväxlingen är siffror enligt budget 2018.

Syftet med detta avtal är att närmare ange bl.a. kollektivtrafikmyndighetens ansvar, utgångspunkterna för kollektivtrafikens utveckling, finansiering av verksamheten och formerna för samverkan.

3 Kollektivtrafikmyndighetens ansvar

Med detta avtal är Region Blekinge ansvarig för den regionala kollektivtrafiken och regional kollektivtrafikmyndighet (RKM) enligt lag (2010:1065) om kollektivtrafik. Den regionala kollektivtrafikmyndigheten ska regelbundet i ett trafikförsörjningsprogram fastställa mål för den regionala kollektivtrafiken. Avtalsparterna är överens om att Region Blekinge också är ansvarig för färdtjänst enligt lag (1997:736) om färdtjänst och för riksfärdtjänst enligt lag (1997:735) om riksfärdtjänst.

Utöver detta ska Region Blekinge utgöra kommunernas expertorgan och vid behov biträda vid planering och upphandling av respektive kommuns behov av skolskjutsar. Kommunerna skall samråda med Region Blekinge vid sin skolskjutsplanering.

Det ankommer på kommunerna att i sin fysiska planering främja kollektivtrafikens behov av infrastrukturella förbättringar, framkomlighet och tillgänglighet för personer med funktionsvariationer. Det är viktigt att arbetet inom respektive kommun drivs så att samordningen mellan bebyggelse- och kollektivtrafikplanering säkras - inom kommunen, mellan kommunerna och den regionala nivån.

Kommunerna säkerställer - utan särskild ersättning - tillgång till erforderliga hållplatser, terminaler, hamnanläggningar, bryggor etc. för den trafik som Region Blekinge skall utföra, med undantag för busshållplatser längs det statliga vägnätet och kollektivtrafikanläggningar på statlig mark. Kommunen ansvarar för markarbeten inklusive ledningsdragning samt att erforderliga tillstånd erhålls och att eventuell marklösen genomförs. I den mån kommun tar ut avgift för nyttjande av sådan anläggning skall sådan kostnad helt belasta aktuell kommun.

I den mån kommersiella trafikutövare önskar nyttja befintliga hållplatser mm, äger Region Blekinge rätt för kommunernas räkning fastställa avgift och ta ut ersättning av trafikutövare för nyttjandet. Sådan avgift ska tillfalla kommunerna. I fall där kommersiella trafikutövare önska nya hållplatser mm, skall Region Blekinge upprätta särskilda avtal med berörda parter som reglerar hur sådana anordningar kan anskaffas, tillhandahållas och bekostas.

För inköp av hållplatstavlor, väderskydd, informationstavlor och annan kollektivtrafikrelaterad utrustning ansvarar Region Blekinge, liksom för drift och underhåll av dessa inventarier. Region Blekinge ansvarar också för att erforderliga, resenärsrelaterade funktioner finns vid länets stationer etc. i samråd med berörd fastighetsägare. Uppsättning av väderskydd och annan kollektivtrafikrelaterad utrustning genomförs, efter dialog med Landstinget/Region Blekinge, av berörd kommun som också svarar för elförsörjning av anläggningen. Erforderliga tillstånd ev. marklösen etc. inför uppsättningen anskaffas genom kommunens försorg.

4 Gemensamma utgångspunkter för kollektivtrafikens utveckling
Partena är överens om att verka för ökat resande med kollektivtrafik i Blekinge län och att kollektivtrafikens marknadsandel av motoriserade transporter ska öka. Planeringen tar sin utgångspunkt i Blekinges utvecklingsstrategi (Attraktiva Blekinge) samt den regionala och nationella transportplanen för infrastruktur samt trafikförsörjningsprogrammet

5 Finansiering
Region Blekinge bär det ekonomiska ansvaret för den av Region Blekinge beslutade regionala kollektivtrafiken inklusive färdtjänst och riksfärdtjänst.
Kommunerna bär det ekonomiska ansvaret för de verksamheter som inte skatteväxlats, så som tilläggstrafik båt och buss.

Dessa framgår av bilaga till detta avtal

Region Blekinge utför på uppdrag dessa och fakturerar kvartalsvis i förskott á conto av Region Blekinge till respektive kommun. Avräkning sker årsvis efter bokslut har upprättats varvid återbetalning eller tilläggsfakturering sker till respektive kommun.

6 Tillköp
Region Blekinge ska ge Kommun möjlighet att - i den utsträckning lagen medger det - efter särskild överenskommelse köpa till trafik utöver den som Region Blekinge anordnar.

7 Former för samverkan
För den övergripande politiska styrningen av kollektivtrafiken svarar Regionfullmäktige. För beredning, förankring och samordning i kommunerna finns ett inrättat Samverkansråd med företrädare från landstinget/regionen och kommunerna för att säkerställa inflytande i beredningsprocessen. Kollektivtrafikgruppen med företrädare från kommunerna, Region Blekinge och Trafikverket finns för att ventilera och diskutera kollektivtrafikfrågor. Dessutom har en trafiknämnd inrättats i Region Blekinge. Reglemente för trafiknämnden framgår av bilaga.

Region Blekinge ska i ett Trafikförsörjningsprogran fastställa mål för den regionala kollektivtrafiken. Detta program ska beredas av Trafiknämnden och bygger på delaktighet från kommunerna. Beslut fattas av Regionfullmäktige.

En avstämning av vilka åtgärder, i form av investeringar, linjeförändringar etc., som planeras genomföras, ska göras med berörd kommun senast under september månad året innan aktuellt genomförandeår.

8 Uppföljning och utvärdering
Detta avtal ska utvärderas senast tre år efter att det har börjat gälla.

9 Ändringar och tillägg
Ändringar och tillägg i detta avtal göras endast efter beslut av samtliga avtalsparters fullmäktigeförsamlingar.

10 Avtalets giltighet och uppsägning
Detta avtal träder i kraft den 1 januari 2019 och gäller tills vidare. Uppsägningstiden är tre år.

11 Tvist
Tvist angående tolkningen av detta avtal eller varje annat rättsförförbehållande som uppkommer i avtalsrelationen skall om inte förhandlingar leder till överenskommelse, lösas av allmän domstol.

Detta är upprättat i 6 exemplar varav varje avtalspart erhåller ett.

Landstinget Blekinge/Region Blekinge

Karlskrona kommun

Ronneby kommun

Karlshamns kommun

Olofströms kommun

Sölvesborgs kommun

Tilläggstrafik buss (ingår ej i skatteväxlingen)

Karlskrona

Linje, rikt	Turnr.	Netto
120,2	2	**97 189 kr**
121,1	1	**20 715 kr**
153,1	3	**39 535 kr**
153,2	2	**42 591 kr**
171,1	1	**57 604 kr**
171,2	2	**60 573 kr**
174,1	1	**54 110 kr**
174,2	2	**53 289 kr**
		425 607 kr

Ronneby

Linje, rikt	Turnr.	Netto
173,1	105	**45 921 kr**
173,2	110	**46 067 kr**
255,1	1,3,5,7	**55 001 kr**
256,1	1	**7 270 kr**
256,2	6	**7 740 kr**
26		**1 790 kr**
		163 790 kr

Karlshamn

Linje, rikt	Turnr.	Netto
250,1	19,21	27 472 kr
250,2	2	12 070 kr
370		294 339 kr
		333 880 kr

Sölvesborg

Linje, rikt	Turnr.	Netto
414		**21 449 kr**
434,2	10	**147 130 kr**
434,2	12	**149 247 kr**
434,2	14	**38 321 kr**
434,1	7	**38 395 kr**
		394 542 kr

Tilläggstrafik båt (ingår ej i skatteväxlingen)

Linje	Kommun
Sturkö-Trossö (Flaggskär)	Karlskrona
Karlskrona-Östra Skärgården (Wittus)	Karlskrona
Storöarna (Gåsefjärden)	Karlskrona
Nättraby (Axel)	Karlskrona
Ronneby-Aspan-Karön-Harön (Astrid)	Ronneby
Matvik-Tärnö (Anemon)	Karlshamn
Karlshamn-Tärnö-Tjärö (Vindskär och Tuva)	Karlshamn
Kastellet (Anemon, Vindskär och Tuva)	Karlshamn
Hasslöpendeln (Wittus och Tuva)	Karlskrona

§ 359/18 Ärendenummer: 2018/01451

Avtal om ansvar för den regionala kollektivtrafiken i Blekinge län 2019 och framåt

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att godkänna avtal angående ansvar för den regionala kollektivtrafiken 2019 och framåt inklusive bilaga.
2. Att beslutet gäller under förutsättning att samtliga kommuner och landstinget Blekinge fattar samma beslut.

Sammanfattning

Förslag till avtal avseende "Ansvar för den regionala kollektivtrafiken 2019 och framåt" är berett i den regionala kollektivtrafikgruppen, inom nuvarande Region Blekinge samt i chefsgruppen kopplat till det regionala samverkansrådet.
Huvudmannaskapet för kollektivtrafiken överförs till Region Blekinge och blir ensam kollektivtrafikmyndighet fr.o.m. 2019, vilket innebär att nuvarande konsortialavtal mellan landstinget och kommunerna upphör. Genom avtalet överförs hela ansvaret för den regionala kollektivtrafiken i Blekinge län till Region Blekinge förutom vissa delar som inte skatteväxlas avseende tilläggstrafik buss och båt. En specifikation av detta finns i avtalet.
Avtalet ska beslutas av respektive kommunfullmäktige och landstingsfullmäktige innan årsskiftet 2018/2019.
Förslag till reglemente för trafiknämnden som ska beslutas av landstingsfullmäktige den 26 nov bifogas.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Avtal om ansvar för den regionala kollektivtrafiken i Blekinge län 2019 och framåt.
Bilaga: Avtal om ansvar för den regionala kollektivtrafiken i Blekinge län.
Bilaga: Tilläggstrafik båt och buss (Ingår ej i skatteväxlingen).

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Kanslienheten	2018-10-10	Ärendenummer	2018/00929
Stefan Österström		Dokumentnummer	2018/00929-2

Till Landstingsfullmäktige

Säkerhetspolicy Region Blekinge

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

1. Att fastställa ny säkerhetspolicy för Region Blekinge
2. Att uppdra åt nämnder, styrelser och bolag inom Region Blekinge att verkställa målen som anges i säkerhetspolicy samt säkerhetstrategi 2019-2022.
3. Att uppdra åt regiondirektören att vid behov besluta om mer konkreta styrande regler i form av tillämpningsanvisningar inom de områden som handlingsplaner inom säkerhetsområdet omfattar.

Sammanfattning

Region Blekinge ska värna människor, egendom, verksamheter och miljö samt grundläggande värden som demokrati, rättvisa, integritet och förtroende. Invånarna ska känna trygghet i Region Blekinges verksamheter och känna förtroende för att deras information skyddas och hanteras på rätt sätt.

För att uppnå detta krävs att regionens samlade verksamheter jobbar med systematiskt säkerhetsarbete i syfte av att säkerställa samhällsviktig verksamhet såväl i vardag och fredstid som vid höjd beredskap och krig.

Nyttoeffekter

Säkerhetspolicyn skapar grundläggande förutsättningar för att uppnå regionens vision, verksamhetside och uppdrag.

Säkerhetsperspektiv

Säkerhetspolicyn är grundläggande för det strategiska säkerhetsarbetet inom regionen. Det syftar till att säkerhetsälla det övergripande systematiska säkerhetsarbetet inom regionens samlade verksamheter och skapar inriktning för höjd förmåga och ökad motståndskraft.

Genomförande av beslut

De strategiska målen som beskrivs i policyn konkretiseras i säkerhetsstrategi 2019-2022 och delger uppdrag till samtliga nämnder och säkerhetsarbetet inom strategins period.

Bedömning

Landstingsfullmäktige föreslås fastställa Säkerhetspolicy Region Blekinge

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Stefan Österström
Säkerhetschef

Bilaga

- Säkerhetspolicy Region Blekinge

Säkerhetspolicy Region Blekinge

Regionfullmäktige
November 2018

LANDSTINGET BLEKINGE

Säkerhetspolicy för Region Blekinge

Region Blekinge ska värna människor, egendom, verksamheter och miljö, samt grundläggande värden som demokrati, rättvisa, integritet och förtroende. Invånarna ska känna trygghet i Region Blekinges verksamheter och känna förtroende för att deras information skyddas och hanteras på rätt sätt.

Region Blekinge aktivt för att uppnå en god säkerhet. För detta krävs ett systematiskt säkerhetsarbete, som bygger på strukturerad riskhantering och ständiga förbättringar. En annan förutsättning är en tydlig styrning av säkerhetsarbetet, rätt skyddsåtgärder och att en avvägning också sker mellan säkerhet, effektivitet och ekonomi. Gällande lagar och krav ska följas och utgör lägsta nivå för säkerhetsarbetet inom Region Blekinge.

Region Blekinge är en del av Sveriges krishanteringsorganisation. Samhällsviktig verksamhet, som hälso- och sjukvård och kollektivtrafik samt deras stödfunktioner måste fungera oavsett påverkan. Det ska finnas god förmåga i Region Blekinge att hantera kriser och extraordinära händelser under såväl fredstid som vid höjd beredskap och krig.

Mål för regionens säkerhetsarbete

- Patienter, besökare, resande, studerande, medarbetare och förtroendevalda ska vara trygga i Region Blekinges lokaler och verksamheter.

- Rätt och riktig information ska nå rätt mottagare i rätt tid och vara skyddad för obehörig åtkomst och förstörelse.

- Region Blekinge ska vara robust och ha god beredskap för att hantera kriser och extraordinära händelser, såväl i fredstid som vid höjd beredskap och krig.

- Region Blekinge och dess verksamheter ska bedriva ett adekvat säkerhetsskydd samt ett effektivt arbete mot oegentligheter och otillåten påverkan

- Region Blekinge ska arbeta för en god säkerhetskultur och en gemensam säkerhetsprocess inom regionens samtliga verksamheter.

Denna policy gäller för Region Blekinge och för alla verksamheter som bedrivs i egen regi eller via avtal. Den som anlitar entreprenörer, inhyrd personal, konsulter och leverantörer ska säkerställa att externa medarbetare omfattas av säkerhetspolicyn.

Planering och uppföljning av säkerhetsarbetet ska genomföras kontinuerligt och syftar till att behålla och utveckla det systematiska säkerhetsarbetet.

§ 360/18 Ärendenummer: 2018/00929

Säkerhetspolicy Region Blekinge

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att fastställa ny säkerhetspolicy för Region Blekinge
2. Att uppdra åt nämnder, styrelser och bolag inom Region Blekinge att verkställa målen som anges i säkerhetspolicy samt säkerhetstrategi 2019-2022.
3. Att uppdra åt regiondirektören att vid behov besluta om mer konkreta styrande regler i form av tillämpningsanvisningar inom de områden som handlingsplaner inom säkerhetsområdet omfattar.

Reservationer
Mot beslutet gällande sitt ändringsyrkande reserverar sig Björn Tenland Nurhadi (SD).

Sammanfattning
Region Blekinge ska värna människor, egendom, verksamheter och miljö samt grundläggande värden som demokrati, rättvisa, integritet och förtroende. Invånarna ska känna trygghet i Region Blekinges verksamheter och känna förtroende för att deras information skyddas och hanteras på rätt sätt.
För att uppnå detta krävs att regionens samlade verksamheter jobbar med systematiskt säkerhetsarbete i syfte av att säkerställa samhällsviktig verksamhet såväl i vardag och fredstid som vid höjd beredskap och krig.

Beslutsunderlag
Tjänsteutlåtande: Säkerhetspolicy Region Blekinge
Bilaga: Säkerhetspolicy Region Blekinge

Förslag till beslut
Björn Tenland Nurhadi (SD) lämnar följande ändringsyrkande i tjänsteutlåtandet och bilagan "Säkerhetspolicy Region Blekinge": Att ändra ordet "krig" genomgående i dokumenten till ordet "ofred".
Christina Mattisson (S) yrkar bifall till att ordet "krig" ska stå kvar.
Lars Karlsson (C) yrkar bifall till att ordet "krig" ska stå kvar.

Beslutsgång
Ordförande konstaterar att det finns två förslag: Dels Björn Tenland Nurhadis (SD) ändringsyrkande att ändra ordet "krig" till "ofred".
Dels Christina Mattissons (S) med bifall av Lars Karlsson (C) förslag att låta ordet "krig" står kvar.

Ordförande ställer förslagen mot varandra och finner att landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att ordet "krig" ska stå kvar i tjänsteutlåtandet och bilagan.

Protokollet ska skickas till
Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Kanslienheten	2018-10-10	Ärendenummer	2018/01212
Stefan Österström		Dokumentnummer	2018/01212-1

Till Landstingsfullmäktige

Säkerhetsstrategi 2019-2022

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

1. Att besluta om säkerhetsstrategi 2019-2022

Sammanfattning

Regionens vision och säkerhetspolicy är utgångspunkter för det systematiska säkerhetsarbetet inom regionen. Människor egendom, verksamheter och grundläggande värden ska på bästa sätt skyddas mot hot och faror som kan innebära olyckor, skador eller förluster.

Strategin är en beskrivning av hur det systematiska säkerhetsarbetet ska bedrivas under perioden 2019-2022. Strategin ska även utgöra en utgångspunkt för den årliga uppföljningen av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i regionens verksamheter.

Fördjupad ärendebeskrivning

Säkerhetsperspektiv

Strategin förtydligar och konkretiserar de övergripande målen och syftar till att stärka regionens motståndskraft och förmåga att hantera ärenden i hela säkerhetsområdet.

Beredning

Remissversion är utskickad till ledningsfunktioner inom såväl landstinget som Region Blekinge.

Bedömning

Att föreslå landstingsfullmäktige att anta säkerhetsstrategin 2019-2022.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Stefan Österström
Säkerhetschef

Bilaga

- Säkerhetsstrategi 2019-2022

Säkerhetsstrategi 2019-2022

Regionfullmäktige
November 2018

LANDSTINGET BLEKINGE

Innehållsförteckning

1 Region Blekinges säkerhetsarbete 3
2 Systematiskt säkerhetsarbete inom Regionen 3
3 Säkerhetsorganisation 5
4 Mål för säkerhetsarbetet utifrån säkerhetspolicyn 9
5 Ansvar 11
6 Personal 14

1 Region Blekinges säkerhetsarbete

Regionens vision ”*Den bästa livsmiljön för hållbar tillväxt och hälsa”* syftar till att främja regionens arbete för en hållbar utveckling i hela Blekinge. Regionens säkerhetsarbete syftar till att stötta och skapa förutsättningar för att uppnå regionens vision.

Region Blekinge ska värna människor, egendom, verksamheter samt grundläggande värden som demokrati, rättvisa, integritet och förtroende. Invånarna ska känna trygghet i Region Blekinges verksamheter och känna förtroende för att deras information skyddas och hanteras på rätt sätt.

Systematiskt säkerhetsarbete avser krisberedskap, säkerhet, säkerhetsskydd och planering för civilt försvar. Region Blekinge arbetar aktivt för att uppnå en god säkerhet. För detta krävs ett systematiskt säkerhetsarbete som bygger på strukturerad riskhantering och ständiga förbättringar. Framgångsfaktorer är en tydlig styrning av säkerhetsarbetet, rätt skyddsåtgärder och att en avvägning sker mellan säkerhet, effektivitet och ekonomi. Gällande lagar och krav ska följas och utgör lägsta nivå för säkerhetsarbetet inom Region Blekinge.

Systematiskt säkerhetsarbete innebär att säkerhetsfrågor berör regionens alla verksamheter och påverkar samtlig verksamhetsplanering. Ett väl fungerande säkerhetsarbete främjar verksamheternas funktion, kvalitet och effektivitet samt förmågan att förebygga och hantera allvarliga störningar och kriser.

2 Systematiskt säkerhetsarbete inom Regionen

2.1 Utgångspunkter för säkerhetsarbetet

Regionens vision och säkerhetspolicy är utgångspunkter för det systematiska säkerhetsarbetet inom regionen. Människor, egendom, verksamheter och grundläggande värden ska på bästa sätt skyddas mot hot och faror som kan innebära olyckor, skador eller förluster.

Strategin är en beskrivning av hur systematiska säkerhetsarbetet ska bedrivas under perioden 2019-2022. Strategin ska även utgöra en utgångspunkt för den årliga uppföljningen av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i regionens verksamheter.

2.2 Mål och syfte med säkerhetsarbetet

Målet för säkerhetsarbetet inom regionen är att skydda alla dess tillgångar, inklusive intressenternas förtroende. Skyddet ska därmed avse såväl materiella som immateriella värden. I säkerhetsarbetet prioriteras skydd av liv, hälsa och den personliga integriteten.

Ett väl fungerande säkerhetsarbete syftar till att främja verksamheternas funktion, kvalitet och effektivitet och personliga integritet för dem som kommer i kontakt med regionen samt förmågan att förebygga och hantera allvarliga störningar och kriser.

2.3 Säkerhetsstrategins omfattning

Regionens strategiska säkerhetsarbete ska bedrivas inom ramen för denna strategi. Gällande lagar och krav ska följas och utgör lägsta nivå för säkerhetsarbetet inom Region Blekinge. Omfattningen inkluderar verksamheten såväl i fredstid som vid höjd beredskap och krig. Denna strategi konkretiserar det som anges i säkerhetspolicyn. Strategin och tillhörande handlingsplaner och riktlinjer ska efterlevas av samtliga nämnder, styrelser och bolag inom

regionen samt genom avtal med samtliga som arbetar på uppdrag av regionen. Samtlig verksamhet ska bedriva säkerhetsarbete enligt säkerhetsprocessen.

Riktlinjerna ska följas inom ramen för program och projekt som bedrivs i regionens regi, till exempel framtidens hälso- och sjukvård, den regionala utvecklingsplanen samt alla övriga program och projekt inom regionen.

Säkerhetsarbetet i Region Blekinge ska utgå från nationella lagar och krav. Att uppfylla ställda lagar och krav är grundläggande för det systematiska säkerhetsarbetet i regionen.

Säkerhetsstrategin utgår från den av regionfullmäktige beslutade säkerhetspolicyn. Strategin ska brytas ner i tillämpningsanvisningar i form av handlingsplaner med tillhörande riktlinjer och rutiner för följande område:

- Allmän säkerhet
- Krisberedskap
- Civilt försvar
- Säkerhetsskydd

Målen för säkerhetsarbetet som beskrivs nedan i säkerhetsstrategin är styrande för samtliga nämnder och förvaltningars systematiska säkerhetsarbete.

3 Säkerhetsorganisation

Regionens säkerhetsarbete drivs centralt från säkerhetsavdelningen på regiondirektörens stab. Arbetet utgår från regiondirektörens ansvar och mandat och biträdes av regionens säkerhetschef. Inom området är det primärt fyra huvudområden som säkerhetsarbetet drivs genom:

- Allmän säkerhet
- Krisberedskap
- Civilt försvar
- Säkerhetsskydd

Även andra säkerhetsområden finns inom regionen men där drivs arbetet i enlighet med gällande processer, tex informationssäkerhet.

Avgränsning sker mot patientsäkerhet där det strategiska ansvaret åvilar patientsäkerhets-avdelningen. Avgränsning sker mot informationssäkerhet där det strategiska ansvaret åvilar digitaliseringsavdelningen. Gemensam process finns kring säkerhetsskydd och signalskydd med ansvariga för informations- och IT-säkerhet.

3.1 Prioriterade säkerhetsområden

Allmän säkerhet
Området innefattar den strategiska inriktningen som rör personsäkerhet, trygghetstjänster, bevakning, teknisk säkerhet men även det som regleras inom övergripande inriktning kopplat till driftsäkerhet ur ett fastighetsperspektiv.

Krisberedskap
Regionen bedriver i stor omfattning samhällsviktig verksamhet. Regionens krisberedskapsarbete ska bedrivas på ett övergripande och strategiskt sätt för att stötta regionens verksamheter i att vara robusta och motståndskraftiga vid oönskade händelser. Arbetet ska bedrivas genom riskidentifiering, riskhantering och uppföljning av inträffade händelser.

Civilt försvar
Regionens samhällsviktiga verksamhet måste fungera även vid höjd beredskap och krig. Regionen är en viktig aktör i samhällets totalförsvar och måste utifrån sitt sektorsansvar planera för civilförsvaret. Detta ska ske med utgångspunkt från krisberedskapsorganisationen under fredstid.

Säkerhetsskydd
Regionen är skyldig att bedriva ett säkerhetsskydd som syftar till att säkerställa hantering av information som är kopplat till rikets säkerhet med utgångspunkt från säkerhetsskyddslagen. Regionen ska vidta adekvata åtgärder och genomföra analyser för att belysa vilka risker, sårbarheter och åtgärder som krävs för att minska riskerna och sårbarheterna. Regionen ska även rapportera incidenter till centrala myndigheter.

3.2 Säkerhetsprocessen

En ledstjärna för säkerhets- och krisberedskapsarbetet är ett enhetligt arbetssätt vilket innebär en process där arbetet bedrivs i perspektiven före, under och efter en kris eller oönskad händelse. Vilket kan omsättas till planering, genomförande och utvärdering.

Risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) används för att identifiera tänkbara oönskade händelser, bedöma sannolikheten att det ska hända och vilka konsekvenser det kan få om det händer igen.

Att registrera avvikelser från det normala, oavsett om dessa kallas allvarliga händelser, tillbud eller incidenter, är centralt i det systematiska säkerhetsarbetet.

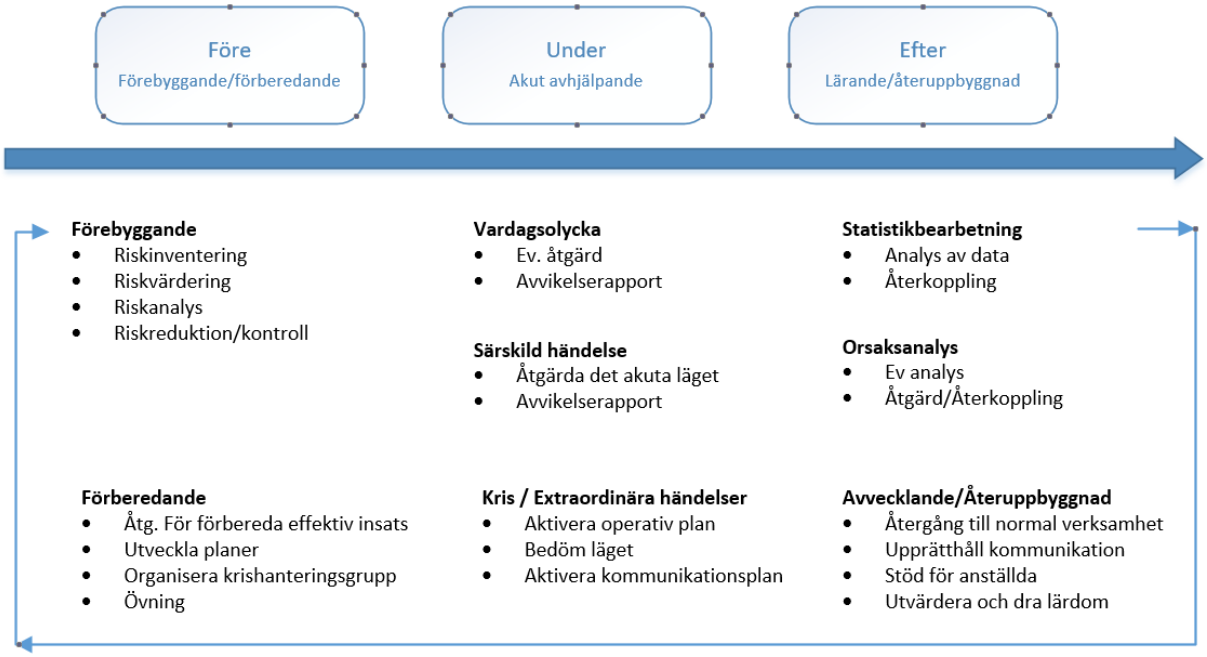


Bild 2; Säkerhetsprocess inom Region Blekinge

3.2.1 Ledningsprocess för säkerhet

Säkerhetsprocessen stöttas av en rad styrande dokument som dels ger ramar men också anvisningar, råd och uppdrag kring hur säkertsarbetet ska bedrivas inom Region Blekinge. Styrande dokument följer beslutade principer för dokument inom regionen. Men även i tillhörande verksamhetsplanering för nämnder och förvaltningar samt i budgetprocessen.

Säkerhetspolicy
Ska beskriva övergripande mål och inriktning för säkerhetsarbetet i regionen.

Säkerhetsstrategi
Är tidsbestämd, t.ex. mandatperiod och omsätter policyns övergripande mål till styrande mål. Detta innefattar även att nämnder ges i uppdrag att säkerställa att målen blir uppfyllda.

Handlingsplan
Inom de fyra säkerhetsområdena som beskrivs under säkerhetsorganisation ska det finnas tillämpade handlingsplaner. Dessa handlingsplaner ska omsätta säkerhetsstrategins mål i konkret inriktning och styrning.

Riktlinjer
Innebär att inom särskilda områden ska det finnas tillämpningsanvisningar.

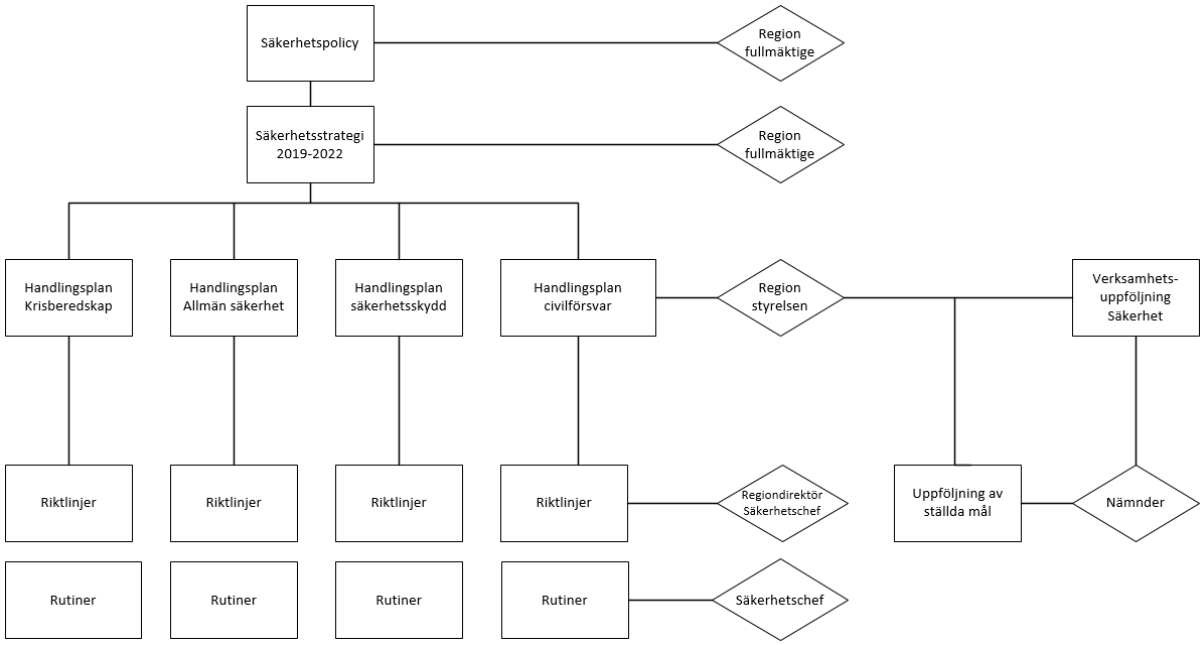


Bild 3: Schematisk organisationsbeskrivning för styrande dokument. Samt beslutande instanser kopplade till de styrande dokumenten.

3.3 Helhetssyn i det systematiska säkerhetsarbetet

Det systematiskt säkerhetsarbete behöver integreras i det vardagliga arbetet för att vidmakthålla en robust organisation. Intern styrning och kontroll har huvudfokus på den interna löpande verksamheten och riskhantering. Kontinuitetshantering innehåller analys och särskild uppmärksamhet på kritiska funktioner som alltid måste fungera.

Systematiskt säkerhetsarbete omfattar områden som krisberedskap, funktions- och driftsäkerhet, fysisk säkerhet för personer och egendom, informationssäkerhet, it säkerhet och hantering av miljö och klimatrisker.

Den katastrofmedicinska beredskapen utgår från regelverket i hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap.

Alla verksamheter inom regionen ska implementera en helhetssyn för det systematiska säkerhetsarbetet.

3.4 Uppföljning

Årligen eller vid behov ska samtliga nämnder ansvara att i verksamhetsredovisningen följa upp säkerhetsarbetet inom nämndens ansvarsområde utifrån övergripande och styrande mål i säkerhetsstrategin som regionstyrelsens beslutat om.

Den årliga redovisningen ska samlat redovisas till regionstyrelsen.

4 Mål för säkerhetsarbetet utifrån säkerhetspolicyn

- Patienter, besökare, resande, studerande, medarbetare och förtroendevalda ska vara trygga i Region Blekinges lokaler och verksamheter.

- Rätt och riktig information ska nå rätt mottagare i rätt tid och vara skyddad för obehörig åtkomst och förstörelse.

- Region Blekinge ska vara robusta och ha god beredskap för att hantera oväntade händelser eller störningar.

- Region Blekinge och dess verksamheter ska bedriva ett effektivt arbete mot oegentligheter och otillåten påverkan.

- God säkerhetskultur och en gemensam säkerhetsprocess inom Region Blekinges verksamheter ska underlätta samverkan i säkerhetsarbetet över organisatoriska gränser.

4.1 Målformulering för mål 1

Patienter, besökare, resande, studerande, medarbetare och förtroendevalda ska vara trygga i region Blekinges lokaler och verksamheter.

För att uppnå regionens uppställda vision och målbilder förutsätter det en trygg och säker verksamhet för ovanstående utpekade målgrupper. Det krävs att det kontinuerligt och långsiktigt sker insatser för att uppnå en trygg verksamhet ur ett säkerhetsperspektiv.

4.1.1 Styrande mål och måltal för mål 1

- Att andelen inträffade hot- eller våldshändelser mot personal minskar. Mäts via avvikelsesystem.
    - Måltal för 2017 utgångsvärde
    - Måltal för 2018 10% minskning av utgångsvärdet från 2017.
    - Måltal för 2019 20 % minskning av utgångsvärdet från 2017.

4.2 Målformulering för mål 2

Rätt och riktig information ska nå rätt mottagare i rätt tid och vara skyddad för obehörig åtkomst och förstörelse.

Att patienter, besökare, anställda, myndigheter och medborgare kan vara trygga med att regionens informationssäkerhet bedrivs med hög förmåga för att skydda information som bedöms som skyddsvärd är en viktig fråga ur flera perspektiv. Regionen ska bedriva ett högkvalitativt informationssäkerhetsarbete som ska säkerställa perspektiven förebygga, hantera och uppföljning.

4.2.1 Styrande mål och måltal för mål 2

- Andelen objekt/system/funktioner där informationen klassats och skyddats. Mäts årligen genom genomgång av befintliga klassificeringar.
    - Måltal för 2019 50 %
    - Måltal för 2020 75 %
    - Måltal för 2021 100 %

- Att det finns kontinuitetsplanering/kända rutiner för avbrott på IT system
    - Måltal för 2019 är 50% av prioriterade system
    - Måltal för 2020 är 90 % av prioriterade system
    - Måltal för 2021 är 100% av prioriterade system

4.3 Målformulering för mål 3

Region Blekinge ska vara robusta och ha god beredskap för att hantera kriser och extraordinära händelser, såväl i fredstid som vid höjd beredskap och krig.

Att kunna vara motståndskraftig i händelse av en allvarlig händelse är avgörande inte bara för regionen utan för hela samhället då regionen bedriver samhällsviktig verksamhet. Att omedelbart kunna agera, leda och besluta är grundläggande förmågor som syftar till att omedelbart kunna hantera en särskild händelse. Men även att arbetet i den förebyggande fasen bedrivs i regionens samlade verksamheter men med fokus på verksamheterna som bedöms som samhällsviktiga.

4.3.1 Styr- och måltal för mål 3

- Att alla förvaltningar har en uppdaterad krisplan och kontinuitetsplaner samt övriga planer enligt handlingsplan för krisberedskap.
    - Måltal för 2019 50 % av förvaltningarna
    - Måltal för 2020 100 % av förvaltningarna
    - Måltal för 2021 100% av förvaltningarna

- Regionens krigsorganisation och krigsplacering av personal ska vara klar 2020.
    - Måltal för 2020 100 %

4.4 Målformulering för mål 4

Att Region Blekinge och dess verksamheter bedriver ett adekvat säkerhetsskydd samt ett effektivt arbete mot oegentligheter och otillåten påverkan

Att regionens samlade beslut oavsett nivå och om det berör tjänsteperson eller förtroendevald tas utan någon form av jäv eller otillåten påverkan är demokratiskt viktigt. Att ha ett orubbat förtroende för regionens beslutsprocesser är ett grundläggande demokratisk område som måste få fortlöpa utan någon form av oegentligheter eller otillåten påverkan.

Det har också koppling till att regionen bedriver ett adekvat säkerhetsskydd med tillhörande rutiner och riktlinjer

4.4.1 Styr- och måltal för mål 4

- Att regionens och förvaltningarnas ledningsgrupper är utbildade inom säkerhetsskydd, hantering av oegentligheter och otillåten påverkan.
    - Måltal för 2019 100 %
    - Måltal för 2020 100 %
    - Måltal för 2021 100%

4.5 Målformulering för mål 5

God säkerhetskultur och en gemensam säkerhetsprocess inom Region Blekinges verksamheter ska underlätta samverkan i säkerhetsarbetet över interna organisatoriska gränser.

För allt säkerhetsarbete och utveckling av säkerhetsarbetet är förändring av säkerhetskulturen en av de viktigaste säkerhetsfrågorna. Utveckling av säkerhetskulturen handlar om utbildning och att göra personalen medveten om risker. Säkerhetskulturen påverkas av enskilda medarbetares värderingar och beteenden samt de formella och informella regler som finns i organisationen. En god säkerhetskultur innebär ett lärande av fel och misstag. Fokus är att identifiera hur det är, hur vi kan förbättra säkerheten och hur vi förhindra att inträffade oönskade händelser inträffar igen.

En god säkerhetskultur innebär att säkerhetsfrågor är en självklar del i det dagliga arbetet och en självklar del i ledningens arbete. Det råder god säkerhetskultur när alla anställda har kunskap och förståelse för risker och dess konsekvenser i den egna verksamheten. En god säkerhetskultur bidrar till ökad förmåga att hantera oönskade händelser som ändå inträffar. Nyckelord i en god säkerhetskultur är flexibilitet, rättvisa, attityder, beteenden, kommunikation, riskmedvetande, dialog, utbildning, transparens och goda arbetsförhållanden.

4.5.1 Styr- och måltal för mål 5

- Att systematisk säkerhet i regionens verksamheter blir en kontinuerlig ledningsfråga i ledningsgrupper och kopplas till en tydlig beslutsordning i styrelser och nämnder
  - Måltal för 2019 75 %
  - Måltal för 2020 100 %
  - Måltal för 2021 100%

- Att samtliga medarbetare genomgått grundläggande säkerhetsutbildning
  - Måltal för 2019 15%
  - Måltal för 2020 50%
  - Måltal för 2021 90%

- Att samtliga ingångna avtal reglerar säkerhet, säkerhetsskydd och krisberedskap inkl. höjd beredskap.
  - Måltal för 2019 10%
  - Måltal för 2020 30%
  - Måltal för 2021 75%

5 Ansvar

Säkerhetsarbetet inom Regionens nämnder, styrelser och bolag ska bedrivas på ett systematiskt och långsiktigt sätt. Respektive nämnd och styrelse ansvarar för att de tillgångar som man förvaltar för regionens räkning identifieras och ges en lämplig skyddsnivå utifrån bedömt

skyddsvärde och beräknad risk. Nämnderna har stöd i detta arbete från regionens säkerhetsfunktion.

Förvaltningar ska utifrån återkommande utvärderingar och analyser samt inträffade tillbud avgöra hur risker relaterade till säkerhet ska hanteras och vidta nödvändiga åtgärder för att upprätthålla rätt skyddsnivåer för tillgångarna.

Ansvaret för säkerheten är kopplad till det delegerade verksamhetsansvaret. Det betyder att varje person som är ansvarig för en verksamhet eller får ett särskilt delegerat verksamhetsansvar också är ansvarig för säkerheten i den verksamheten.

Regionfullmäktige
Är ytterst ansvarig för regionens säkerhetsarbete. Inför varje ny mandatperiod ska regionfullmäktige besluta om säkerhetspolicy och säkerhetsstrategi för regionen. Beslutar även om handlingsplan för krisberedskap.

Regionstyrelsen
Regionstyrelsen är ansvarig för att regionens säkerhetspolicy och säkerhetsstrategi verkställs. Regionstyrelsen ansvarar för samordning och uppföljning av säkerhetsarbetet. Ska i och med detta även besluta handlingsplaner inom ramen för det systematiska säkerhetsarbetet inom Regionen.

Regionstyrelsen ska leda regionen vid höjd beredskap och krig.

Regionstyrelsens arbetsutskott
Är krisledningsnämnd inom regionen.

Ska erhålla kontinuerlig information kring säkerhetsområdet och kontinuerlig erhålla uppföljning inom säkerhetsområdet från nämnderna.

Nämnder
Varje nämnd är inom sitt verksamhetsområde ansvarig för planering och organisering av säkerhetsarbetet. De ska säkerställa att förvaltningarna utarbetar förvaltningsspecifik risk och sårbarhetsanalys och planering för det samlade säkerhetsarbetet, med utgångspunkt från vad som anges i styrande dokument och handlingsplaner, riktlinjer samt i kompletterande tillämpningsanvisningar.

Det åligger också varje nämnd att årligen planlägga och följa upp säkerheten samt att i övrigt vidta de åtgärder som krävs för att uppnå och upprätthålla tillräcklig intern styrning och kontroll inom området.

Regiondirektör
Har det yttersta ansvaret för det övergripande säkerhetsarbetet inklusive säkerhetsskydd inom regionen. Regiondirektören ska säkerställa att systematiska säkerhetsarbetet ingår som en naturlig del i samtliga verksamhetsprocesserna.

Regiondirektören biträdes i frågorna av regionens säkerhetschef.

Säkerhetschef
Biträder regiondirektören i det strategiska samlade systematiska säkerhetsarbetet. Arbetet innebär att leda, styra, samordna och följa upp regionens säkerhetsarbete på en strategisk nivå. Koncernnyttan ska vara vägledande.

Ansvarar för att regionen bedriver ett samlat systematiskt säkerhetsarbete som är väl anpassat till verksamheternas krav och aktuell hot- och riskbild. I detta ligger bland annat att utforma övergripande tillämpningsanvisningar för säkerhetsarbetet och se till att dessa hålls aktuella och följs upp.

Säkerhetschefen är tillika säkerhetsskyddschef och ska tillse att regionens säkerhetsskydd uppfyller de krav som ställs på regionen samlade verksamheter kopplat till säkerhetsskydd.

Direktörer för förvaltningar
Direktör ansvarar för att leda, utveckla, koordinera och följa upp det systematiska säkerhetsarbete som ska bedrivas i enlighet med inriktningsbeslut och ställda uppdrag. Direktörerna ansvarar för att verkställa de uppdrag ansvarig nämnd beslutar om. Men även att säkerställa att det systematiska säkerhetsarbetet bedrivs i enlighet med beslutad säkerhetspolicy ,säkerhetsstrategi, handlingsplaner och riktlinjer. Detta inkluderas även att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser inom förvaltningen.

Information om förvaltningens systematiska säkerhetsarbete ska lämnas till ansvarig nämnd åtminstone en gång per år. På begäran av regiondirektören eller säkerhetschef ska ansvarig direktör rapportera om säkerhetsläget, risker och sårbarheter , inträffade tillbud och övriga relevanta delar för det samlade säkerhetsarbetet inom direktörens ansvarsområde..

Direktören har ansvar för att anställda, personal hos leverantörer och andra som deltar i verksamheten får nödvändig information om verksamhetens säkerhetskrav och rutiner. Det föreligger även ett motsvarande ansvar gentemot organisationen, kollegor, patienter, resenärer och besökare.

Direktören ska slutligen se till att det finns rutiner för hur vidtagna åtgärder och brister ska rapporteras inom förvaltningen respektive till säkerhetschef och regiondirektör samt vid uppföljning även till ansvarig nämnd.

Verksamhetschefer/Avdelningschefer
Ansvarar för att övergripande handlingsplaner, riktlinjer och rutiner är välkända, implementerade och övade inom respektive verksamhet. Det inkluderar även att följa upp och säkerställa förmåga hos ingångna avtal. Samt att rutiner finns och används för att rapporter om avvikelser, incidenter och allvarliga händelser.

Medarbetare och personal hos leverantörer
Varje medarbetare och personal hos leverantör har ett ansvar att känna till och följa gällande säkerhetsregler med hänsyn till både den egna och andras säkerhet.

Externa leverantörer

Upphandlade externa leverantörer inom regionen ansvarar för att den egna verksamhetens säkerhetsarbete inom ramen för avtalsförhållandet bedrivs i enlighet med styrande dokument för det systematiska säkerhetsarbetet för regionen.

6 Personal

Alla som arbetar i regionens verksamhet ska förstå sin roll och sitt ansvar för och bidra till att hantera och skydda regionens tillgångar. Hur dessa frågor hanteras i personalprocessen beskrivs i detta kapitel.

6.1 Rekrytering och anställning

Den arbetssökandes formella meriter, såsom utbildning, yrkeslegitimation och referenser med mera, ska kontrolleras och den arbetssökandes identitet ska säkerställas. I förekommande fall ska även registerkontroll utföras.

Säkerhetsprövning ska göras innan en person deltar i verksamhet eller tar del av information som har betydelse för Sveriges säkerhet. Prövningen ska klarlägga om personen kan antas vara lojal mot de intressen som skyddas och i övrigt pålitlig från säkerhetssynpunkt. De verksamheter och information det gäller hanteras utifrån regionens säkerhetsskyddsanalys. Säkerhetsprövning får göras även under pågående anställning. Närmare bestämmelser om detta finns i handlingsplan för säkerhetsskydd.

6.2 Arbetsbeskrivning och anställningsvillkor

Arbetsbeskrivningarna ska, om tillämpligt, innehålla information om vilket ansvar befattningshavaren har för det säkerhetsarbete som beskrivs i dessa riktlinjer. Anställda ska göras medvetna om dessa ansvarsbeskrivningar.

Anställda ska löpande under anställningstiden göras medvetna om sina skyldigheter enligt ovan samt informeras om gällande regler inom området.

Anställda ska göras medvetna om att bristande efterlevnad av gällande regler för säkerhet kan vara att anse såsom misskötsel, vilket är ett brott mot anställningsavtalet.

Riktlinjer för bisysslor inom Region Blekinge ska finnas lätt tillgänglig för arbetstagaren.

6.3 Sekretess

Regler kring sekretess finns bla beskrivna i sekretesshandbok inom Region Blekinge. I förekommande fall gäller även sekretess kopplat till säkerhetsskyddslagen. Detta finns förtydligat i handlingsplan för säkerhetsskydd inom Region Blekinge.

§ 361/18 Ärendenummer: 2018/01212

Säkerhetsstrategi 2019-2022

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att fastställa säkerhetsstrategi 2019-2022.

Sammanfattning

Regionens vision och säkerhetspolicy är utgångspunkter för det systematiska säkerhetsarbetet inom regionen. Människor egendom, verksamheter och grundläggande värden ska på bästa sätt skyddas mot hot och faror som kan innebära olyckor, skador eller förluster.
Strategin är en beskrivning av hur det systematiska säkerhetsarbetet ska bedrivas under perioden 2019-2022. Strategin ska även utgöra en utgångspunkt för den årliga uppföljningen av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i regionens verksamheter.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Säkerhetsstrategi 2019-2022
Bilaga: Säkerhetsstrategi 2019-2022

Förslag till beslut

Christina Mattisson (S) lämnar följande ändringsyrkande: Att i att-satsen ändra orden ”besluta om” till ordet ”fastställa”.

Beslutsgång

Ledamöterna enas om Christina Mattissons (S) ändringsyrkande att ändra till ordet ”fastställa” i att-satsen.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Kanslienheten	2018-10-10	Ärendenummer	2018/01213
Stefan Österström		Dokumentnummer	2018/01213-1

Till Landstingsstyrelsen

Handlingsplan för krisberedskap inklusive reglemente för krisledningsnämnd

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

1. Att godkänna handlingsplan för krisberedskap Region Blekinge 2019.
2. Att anta reglemente för krisledningsnämnd

Sammanfattning

Region Blekinge ansvarar för viktiga samhällsfunktioner som måste fungera under alla omständigheter och oavsett vilka allvarliga händelser som kan inträffa i samhället. För att kunna upprätthålla sin funktionalitet måste Region Blekinge därför ha en väl utvecklad krisberedskapsförmåga.

Fördjupad ärendebeskrivning

Säkerhetsperspektiv

Handlingsplanen syftar till att säkerställa förutsättningarna för Region Blekinge att bibehålla och utveckla en hög krisberedskapsförmåga. Den inkluderar även reglemente för krisledningsnämnden.

Beredning

Handlingsplanen är utskickad på remiss till funktioner inom såväl landstinget som Region Blekinge.

Bedömning

Att Regionstyrelsen beslutar om handlingsplan för krisberedskap inklusive reglemente för krisledningsnämnden.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Stefan Österström
Säkerhetschef

Bilaga

- Handlingsplan krisberedskap

Handlingsplan för krisberedskap
inklusive reglemente för krisledningsnämnd

Region Blekinge

Regionfullmäktige
November 2018

LANDSTINGET BLEKINGE

Innehållsförteckning

1 Inledning....4
1.1 Omfattning....4
1.1.1 Region Blekinges organisation....4
1.2 Syfte....4
1.3 Mål för krisberedskapen inom Region Blekinge....4
1.3 Säkerhetsskydd....5
1.4 Planering för höjd beredskap (civilt försvar)....5
2 Det svenska krishanteringssystemet....6
2.1 Samhällsskydd och beredskap....6
2.1.1 Samhällsviktig verksamhet....6
2.1.2 Geografiskt områdesansvar....7
2.1.3 Sektorsansvar....7
2.1.4 Generell förmåga....7
3. Generella förberedelser....8
3.1 Systematiska säkerhetsarbetet....8
3.2 Uppföljning av RSA....8
3.3 Ansvar för avtal med extern part....8
4 Ansvar, roller och uppgifter inom krisberedskap....9
4.1 Sammanställning av uppdrag och ansvar inom krisberedskapen....12
5. Hot- och riskbild....13
5.1 Hot och risker....13
5.2 Systematiskt arbete med krisberedskap....14
5.3 Risk- och sårbarhetsanalys....14
5.4 Riktlinjer för krisberedskapsplanering på förvaltningsnivå....14
5.4.1 Funktions- och driftsäkerhet....14
6 Arbete under särskild händelse....15
6.1 Beredskapslägen....15
6.2 Organisation för krisledning....16
6.2.1 Krisledningsnämnd....16
6.2.2 Tjänsteman i beredskap (TiB)....16
6.2.3 Särskild Krisledning (Regiondirektörens krisledningsstöd och krisledningsstab)....17
6.2.4 Regiondirektörens krisledningsstöd (RKS)....17
6.2.5 Regiondirektörens krisledningsstab (RKLS)....17
6.2.6 Bemanning av särskild krisledning vid olika beredskapshöjningar....18
6.3 Förvaltningarnas krisledningsförmåga....19

7 Utvärdering och uppföljning 20
8 Krissamverkan Blekinge 20
9 Samverkan med andra landsting och regioner 20
10 Bistånd 20
Bilaga 1; Ansvarsfördelning för utbildning och övning 21
Bilaga 2; Övnings och utbildningsplan 2019-2021 22
Särskild krisledning 22
Krisledning på förvaltningsnivå 22
Bilaga 3; Reglemente för krisledningsnämnden 23
Plan för krisledningsnämnd i Region Blekinge 23
Krisledningsnämndens verksamhet 24
Avrapportering 24

1 Inledning

Region Blekinge ansvarar för viktiga samhällsfunktioner som måste fungera under alla omständigheter och oavsett vilka allvarliga händelser som kan inträffa i samhället. För att kunna upprätthålla sin funktionalitet måste Region Blekinge därför ha en väl utvecklad krisberedskapsförmåga.

Särskild händelse (inklusive extraordinär händelse) är ett samlingsbegrepp för olika typer av händelser som kan inträffa och som Region Blekinge ska kunna hantera. Exempel på särskilda händelser är transportolyckor, utbrott av allvarlig smitta, bränder av större omfattning, infrastrukturstörningar och förtroendekriser. Enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid, ska kommuner och landsting för varje ny mandatperiod fastställa en plan för hur de skall hantera extraordinära händelser.

Handlingsplanen för krisberedskap grundar sig på riskhantering och klargör roller, ansvar och uppgifter inför, under och efter en särskild händelse.

Region Blekinges krisberedskap ska vara integrerad och väl förankrad i den dagliga verksamheten. När en särskild händelse uppstår måste alla vara utbildade och övade för att kunna hantera den uppkomna händelsen.

1.1 Omfattning

Denna plan är styrande för regionens krisberedskapsarbete. För hälso- och sjukvårds-förvaltningen ska denna plan kompletteras med en katastrofmedicinsk beredskapsplan som ansvarig nämnd ansvarar för att förvaltningen utarbetar och uppdaterar vid behov.

Handlingsplan för krisberedskap ska efterlevas av samtliga nämnder, förvaltningar, styrelser inom Region Blekinge och av samtliga som arbetar inom regionen eller på uppdrag av regionen. Planens riktlinjer ska beaktas inom ramen för program eller projekt som bedrivs i regionens regi. Alla vårdgivare inom Hälsovalet i Blekinge omfattas av handlingsplanen.

Planen omfattar händelser såväl i vardag, kris och som höjd beredskap.

1.1.1 Region Blekinges organisation

Aktuell organisationsbild för Region Blekinge finns på www.regionblekinge.se

1.2 Syfte

Syftet med handlingsplanen för krisberedskap är att ge en tydlig inriktning för arbetet inför, under och efter en särskild händelse. Handlingsplanen ska ligga som grund till krisberedskapsplanering inom Region Blekinges olika verksamheter så att samordning säkerställs och att regionens samlade resurser optimeras.

1.3 Mål för krisberedskapen inom Region Blekinge

Kraven på regionen enligt LEH (Lag 2006:544 om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap) sammanfattas i avsiktsförklaringen för arbete med krisberedskap mellan Sveriges kommuner och Landsting, SKL, och Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, MSB.

Regionens övergripande mål för krisberedskap är definierat i regionens säkerhetspolicy.

- Region Blekinge ska vara robust och ha god beredskap för att hantera kriser och extraordinära händelser, såväl i fredstid som vid höjd beredskap och krig.

För att uppnå detta har regionen definierat ett flertal delmål för regionens krisberedskap i syfte att uppnå mål från myndigheter och i enlighet med regionens säkerhetspolicy.

- Regionen ska god kunskap om risker och sårbarheter som kan påverka regionens verksamheter. Konsekvenserna för den egna verksamheten ska analyseras.
- Regionen ska ha en planering för hur risker och sårbarheter ska undanröjas och minskas. Regionen ska även ha en planering för hantering av konsekvenserna av en extraordinär händelse.
- Regionen ska ha en god förmåga att hantera en extraordinär händelse, dvs att vidta de nödvändiga åtgärder som krävs för att säkerställa att samhällsviktig verksamhet kan upprätthållas, samt att ge invånare och medier tillräcklig och korrekt information om händelsen.
- Regionen ska verka för samordning av krishantering med andra aktörer i krishanteringssystemet, både i det förberedande arbetet och i det akuta skedet vid en särskild händelse.

Regionstyrelsen har ansvaret för samordning och uppföljning av regionens krisberedskap och har därmed det övergripande ansvaret inom regionen. Regiondirektören har ansvar för uppföljning av mål och delmål och biträdes av regionens säkerhetschef.

1.3 Säkerhetsskydd

Sekretess åvilar det som gäller förberedande planering i enlighet med säkerhetsskyddslagen och planering inför höjd beredskap i delar som bedöms innefattas av försvarssekretessen. Detta regleras i Regionens handlingsplan för säkerhetsskydd och följs upp av Regionens säkerhetsskyddschef.

1.4 Planering för höjd beredskap (civilt försvar)

Hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, smittskydd och tandvård är viktiga samhällsfunktioner. Region Blekinge har enligt lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap ansvar att vidta de förberedelser som behövs för att verksamheterna ska fungera under höjd beredskap.

Alla verksamheter inom Region Blekinge som bedrivs i egen regi eller av privata leverantörer som är upphandlade och bedriver verksamhet som är helt eller delvis finansierade av regionen ska, delta i arbete med planering av den verksamhet inom det civila försvaret som regionen ska bedriva under höjd beredskap. Detta kommer att regleras i handlingsplan för civilförsvar.

Regionen deltar i det nationella systemet med signalskydd. Signalskydd och säkra kryptografiska funktioner kan användas för att skydda information som hanteras i organisationers informations- och kommunikationssystem från störningar, obehörig insyn och manipulation.

2 Det svenska krishanteringssystemet

2.1 Samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap har arbetat fram en nationell inriktning. Den beskriver samhällsskydd och beredskap samt övergripande principer och förhållningssätt som bör vara vägledande för alla som arbetar inom området. Handlingsplanen för krisberedskap för Region Blekinge utgår från denna inriktning.



Fig 1. MSB:s inriktning av samhällsskydd och beredskap

(Bild från: Övergripande inriktning för samhällsskydd och beredskap, MSB708 – juni 2014)

2.1.1 Samhällsviktig verksamhet

Hälso- och sjukvård med tillhörande stödprocesser och kollektivtrafik är samhällsviktiga verksamheter som bedrivs av Region Blekinge. Alla myndigheter och organisation inom ett verksamhetsområde har ansvar inom sitt område vid en kris. Region Blekinge har därmed sektorsansvar för hälso- och sjukvård och kollektivtrafik. Detta kräver ett väl organiserat, effektiv och systematiskt krisberedskaps- och säkerhetsarbete av hög kvalité och är en förutsättning för regionens verksamhet och förmåga att leverera service till medborgarna även i händelse av kris och svåra påfrestningar i samhället.

Det moderna samhället skapar ständigt nya utmaningar för samhällets krisberedskap. För att säkerställa förmågan att hantera samhällsstörningar av olika slag krävs tydlig styrning, samt att arbetet sker i samsyn med och i samverkan mellan regionens olika verksamheter och andra aktörer.

Krishanteringssystemet bygger på ett underifrånperspektiv som utgår från lokal nivå till regional och nationell nivå. Åtgärder som vidtas inför störningar i den normala fredsverksamheten

hanteras, varefter kompletterande åtgärder planeras för allvarliga händelser i fredstid samt åtgärder för höjd beredskap. Systemet bygger på tre viktiga grundprinciper:

Ansvarsprincipen som innebär att den som har ansvaret för en verksamhet under normala förhållanden ska ha motsvarande ansvar vid allvarliga händelser och under höjd beredskap.

Likhetsprincipen vilken innebär att en verksamhets organisation och lokalisering så lång det är möjligt ska överensstämma i fred, kris och krig.

Närhetsprincipen innebär att en kris/störning ska hanteras där den inträffar och av dem som är närmast berörda.

2.1.2 Geografiskt områdesansvar

Länsstyrelsen har ett geografiskt områdesansvar på regional nivå. Kommunerna har motsvarande på lokal nivå. Det geografiska områdesansvaret innebär ett ansvar att samordna arbetet mellan olika aktörer i krishanteringssystemet, både i planeringen av länets krisberedskap och när allvarliga händelser inträffar. Länsstyrelsen ska bidra till att skapa en gemensam regional lägesbild samt stödja och samverka med berörda aktörer utan att överta aktörernas ansvar för ledning.

2.1.3 Sektorsansvar

Region Blekinge har ett regionalt sektorsansvar för hälso- och sjukvård, smittskydd, kollektivtrafik och tandvård.

2.1.4 Generell förmåga

Kriser ställer ofta krav på samverkan och det svenska systemet för krisberedskap bygger därför på tre grundförmågor. Grunden för samhällets krishanteringsförmåga, och därmed regionens, skall vara en generell förmåga att hantera samhällsstörningar, oavsett hur de ser ut. Den förmåga som byggas upp består av tre viktiga delar:

Krishanteringsförmåga; Förmåga att samordna, leda och informera vid allvarliga händelser. I begreppet krishanteringsförmåga ingår kunskapsuppbyggnad, ledningsorganisation, robust tekniskt ledningsstöd och samverkan med övriga aktörer inom krishanteringssystemet.

Operativ förmåga; Förmågan att genomföra operativa insatser.

Robusthet; Förmåga att motstå störningar i samhällsviktig infrastruktur.

Regionen ska ha förmåga inom ramen för civilförsvaret och har ett lagstadgat ansvar att vidta de beredskapsförberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap.

3. Generella förberedelser

3.1 Systematiska säkerhetsarbetet

Inom områdena krisberedskap och systematiskt säkerhetsarbete finns arbetsområden som har starka beroenden till varandra och därför behöver integreras i det vardagliga arbetet för att vidmakthålla en robust organisation.

Intern styrning och kontroll har huvudfokus på den interna löpande verksamheten och riskhantering. Kontinuitetshantering innehåller analys och särskild uppmärksamhet på kritiska funktioner som alltid måste fungera.

Den katastrofmedicinska beredskapen utgår från regelverket i hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap.

Alla verksamheter inom regionen ska implementera en helhetssyn för det systematiska säkerhetsarbetet.

Inom ramen för det systematiska säkerhetsarbetet ska varje nämnd under första året i mandatperioden genomföra en risk- och sårbarhetsanalys (RSA), som grund för genomförande av förebyggande åtgärder samt utformning av förvaltningens krishanteringsplan och krisorganisation. Vid utformningen av den lokala krishanteringsplanen regionala riktlinjer beaktas.

Utbildning och övning inom krisberedskapsområdet ska följa ansvar och planering i enlighet med bilaga 1 och 2.

3.2 Uppföljning av RSA

Inom ramen för det systematiska säkerhetsarbetet ska varje förvaltning årligen följa upp och till ansvarig nämnd och regionens säkerhetschef redovisa en sammanställning av genomförda risk- och sårbarhetsanalyser, ändrade förutsättningar, genomförda och planerade åtgärder som påverkar riskbilden samt risker som behöver hanteras över förvaltningsgränser (MSBFS 2015:4).

3.3 Ansvar för avtal med extern part

Den som ingår avtal med extern part ansvarar för att risker relaterade till uppdraget analyseras, att kraven på risk- och krishantering samt säkerhet specificeras i avtalet och att uppföljning av avtalade skyddsåtgärder sker. Sekretessavtal ska tecknas med alla ingående parter.

I tillämpliga fall ska även säkerhetsskyddslagen tillämpas.

4 Ansvar, roller och uppgifter inom krisberedskap

Region Blekinge har ansvaret för samhällhällsviktiga funktioner som alltid måste kunna upprätthållas.

Principerna för krisberedskap (se tidigare kapitel) och det verksamhetsansvar som följer vid en särskild händelse innebär att Region Blekinge självständigt måste kunna hantera särskilda händelser eller hot om sådana som drabbar verksamheterna men också kunna samverka med andra aktörer i länet, andra regioner samt nationellt.

Nedan beskrivs de uppdrag som regionens förvaltningar samt privata leverantörer har gällande krisberedskapsarbete. Uppdragen för privata leverantörer ska regleras genom avtal. Alla planverk ska uppdateras med en intervall om max 2 år eller oftare om behov föreligger. I övrigt ska samlade rapporter kring Risk och sårbarhetsanalyser rapporteras i enlighet med regionalt uppställda riktlinjer och i enlighet med statliga myndigheters krav på återrapportering.

Regionfullmäktige
Regionfullmäktige utser en krisledningsnämnd, som ska vara utbildad och övad. Nämnden ska träda i funktion vid en extraordinär händelse, efter beslut av ordförande eller vice ordförande. Beslutar även om reglementet för krisledningsnämnden och handlingsplan för krisberedskap.

Regionstyrelsen
Regionstyrelsen har ansvar för att årligen göra en samlad bedömning av Region Blekinges krishanteringsförmåga samt tillhörande risker och sårbarheter och rapportera till den myndighet som regeringen utser. Uppföljning av organisationens krisberedskapsförmåga och ställda mål i säkerhetsstrategin ska rapporteras till Regionstyrelsen. Detta inkluderar även den övergripande risk- och sårbarhetsanalysen.

Regionstyrelsen kommer leda regionen i händelse av höjd beredskap och krig.

Regionstyrelsens arbetsutskott
Är krisledningsnämnd inom Regionen.

Ska erhålla kontinuerlig information kring säkerhetsområdet och kontinuerlig erhålla uppföljning inom säkerhetsområdet från nämnderna.

Respektive nämnd
Varje nämnd ansvarar för det systematiska säkerhetsarbetet, vilket även inkluderar krishantering, inom sitt verksamhetsområde.

Utifrån genomförd risk- och sårbarhetsanalys beslutas om krishanteringsplan (hälso- och sjukvårdsförvaltningen ska även ta fram en regionövergripande katastrofmedicinsk beredskapsplan) inom ramen för handlingsplan för krisberedskap och säkerhetsstrategin.

Nämnder ska årligen följa upp och rapportera till regionstyrelsen och regionens säkerhetschef;

- Sammanställning av genomförda risk och sårbarhetsanalyser
- ändrade förutsättningar
- Bedömd krisberedskapsförmåga inom förvaltningen
- genomförda åtgärder som påverkar riskbilden och förmågan

- planerade åtgärder som påverkar riskbilden och förmågan
- risker som behöver hanteras över förvaltningsgränser.
- Uppsatta mål i regionens säkerhetsstrategi

Regiondirektör
Regiondirektören leder och samordnar och följer upp det övergripande arbetet med Region Blekinges krisberedskap och ansvarar för att hålla regionstyrelsen informerad om arbetet.

- Säkerställa krisledningsförmåga på regionövergripande nivå
- Organisera beredskapsfunktion med benämning Tjänsteman i Beredskap
- Inom ramen för smittskyddsläkarens ansvar utarbeta och vid behov revidera epidemiberedskapsplan och pandemiplan för Region Blekinge.
- Inom ramen för kommunikationsdirektörens ansvar utarbeta och vid behov revidera en kriskommunikationsplan för Region Blekinge samt säkerställa kriskommunikations-förmåga dygnet runt.
- Säkerställa förmåga och kompetens att genomföra robusta upphandlingar där beredskap, säkerhet och säkerhetsskydd samt uppföljning av detta regleras. Utforma krishanterings-klausul och kontinuitetsplan i avtal mellan leverantör av tjänster och varor till Region Blekinge.

Säkerhetschef
Har det övergripande ansvaret för det systematiska säkerhetsarbetet i Region Blekinge Vilket inkluderar en kvalitativ säkerhets- och krishanteringsprocess för regionens samlade verksamheter. Säkerhetschef ansvarar för:

- inriktning och samordning av Region Blekinges krisberedskap utifrån lagar och föreskrifter
- Utarbeta och vid behov revidera handlingsplan för krisberedskap - Region Blekinge
- Utarbeta och vid behov revidera plan för särskild krisledning.
- systematiskt säkerhetsarbete innefattande identifiering av samhällsviktig verksamhet, riskhantering, kontinuitetshantering och riktlinjer förhantering av händelser
- driftansvar och samordning av Tjänsteman i beredskap (TiB)
- framtagande av utbildningsplan inom krisberedskaps och katastrofmedicinska området.
- Genomföra risk- och sårbarhetsanalyser i enlighet med MSB:s föreskrifter samt utarbeta riktlinjer från regionens säkerhetsfunktion.
- Upprätta ramar för kontinuitetsplanering för kritiska verksamheter och processer på regionövergripande nivå.

Tjänsteman i Beredskap
På regional nivå i regionen finns en t*jänsteman i beredskap, TiB ,* som omedelbart efter larm ska kunna påbörja samordning och ledning av regionens insatser på regional nivå. TiB ansvarar för att avgöra om insatserna ska eskaleras till regiondirektören och krisledningsnämndens ordförande.

TiB har mandat att ta regionens samlade resurser i befogande och att initialt fatta beslut om åtgärder för ledning och samordning vid allvarliga händelser som omfattar regionens samlade verksamheter.

Direktörer för förvaltningar

Ansvarar för:

- Att det finns en krishanteringsplan och kontinuitetsplanering för förvaltningen som är känd inom egna organisationen.
- Att förvaltningens krisledning övas och utbildas årligen i att hantera särskild händelse
- Att upprätta förvaltningsspecifik risk- och sårbarhetsanalys samt att på årlig basis i ledningsgruppen gå igenom förvaltningens risk- och sårbarhetsanalys för prioritering och eventuella åtgärder.
- Ta fram övnings- och utbildningsplan samt verkställa beslutad planering.
- Rutiner för hur och när förvaltningen ska larma TiB Region Blekinge
- Rutiner för att återrapportera det systematiska säkerhetsarbetet inom förvaltningen till ansvarig nämnd och regionens säkerhetschef.
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ansvarar för att katastrofmedicinsk beredskapsplan för region Blekinge är framtagen, beslutad och spridd till regionens verksamheter. Katastrofmedicinsk beredskapsplan ska bla omfatta organisationsplanering inom hälso- och sjukvården för att omhänderta ett stort antal skadade.
- Regionservice ansvarar för att kontinuitetsplan för regionservice tjänsteleveranser är känd inom egen organisation samt att central kontinuitetsplanering är framtagen och spridd till regionens verksamheter.
- Regionservice har som fastighetsförvaltare för regionens fastigheter ansvar för att till regionstyrelsen redovisa brister robusthet i fastigheter där samhällsviktig verksamhet bedrivs.
- Att beakta krisberedskap, säkerhet och säkerhetsskydd i alla former av projekt inom förvaltningen.

Privata leverantörer
Upphandlade privata leverantörer av hälso- och sjukvård, trafik och andra tjänster inom regionens verksamhetsområde har samma ansvar för att den egna verksamheten kan bedrivas vid särskilda händelser som förvaltningsdrivna verksamheter. Privata leverantörer ska följa inriktning och direktiv i handlingsplan för krisberedskap samt regionens säkerhetsstrategi, säkerhetspolicy och övriga styrande dokument inom säkerhetsområdet.

Verksamhetschef/motsvarande
Ansvarar för att det finns aktuell verksamhetsnära planering för särskild händelse samt att medarbetarna har kunskap om den egna enhetens åtgärder vid särskild händelse samt att de får den utbildning och övning som behövs.

Medarbetare
Ansvarar för att ha kännedom om den egna enhetens åtgärder vid särskild händelse.

4.1 Sammanställning av uppdrag och ansvar inom krisberedskapen

Planering	Ansvar för framtagande	Beslut	Revideras
Reglemente för krisledningsnämnden (Inkluderad i Handlingsplan för krisberedskap)	Regiondirektör	Regionfullmäktige	Varje jämnt år och vid behov
Säkerhetspolicy region Blekinge	Regiondirektör	Regionfullmäktige	Inför varje ny mandatperiod
Säkerhetsstrategi för Region Blekinge	Regiondirektör	Regionfullmäktige	Senast 2022
Handlingsplan för krisberedskap	Säkerhetschef	Regionfullmäktige	Varje jämnt år och vid behov
Riktlinjer för kriskommunikation	Kommunikationsdirektör	Regiondirektör	Varje jämnt år och vid behov
Epidemi- och pandemi plan	Smittskyddsläkare	Regionstyrelsen	Varje jämnt år och vid behov
Katastrofmedicinsk beredskapsplan	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Ansvarig nämnd	Varje jämnt år och vid behov
Regional risk och sårbarhetsanalys	Säkerhetschef	Regionstyrelsen	En gång per år
Risk och sårbarhetsanalys inom förvaltning	Direktör för respektive förvaltning	Ansvarig nämnd	En gång per år. Rapport ska ske till säkerhetschef och Regionstyrelsen
Krishanteringsplan	Direktör för respektive förvaltning	Ansvarig nämnd	2 års intervall
Kontinuitetsplanering	Direktör för respektive förvaltning	Direktör för respektive förvaltning	1 års intervall

För att säkerställa samordning ansvarar regionens säkerhetsfunktion för att ta fram mallar för krishanteringsplan, kontinuitetsplanering samt katastrofmedicinsk beredskapsplan som kan vara ett stöd för förvaltningarna.

5. Hot- och riskbild

5.1 Hot och risker

Att förutse och förebygga är grundläggande för ett bra säkerhetsarbete. Regionens samlade verksamheter ska ha god kunskap om de hot, risker och sårbarheter som kan påverkan förmågan att fungera.

Region Blekinge skaffar sig denna kunskap genom att upprätta risk- och sårbarhetsanalyser i enlighet med lag (2006:544) samt aktiv omvärldsbevakning på flera nivåer. Regionstyrelsen ansvarar för att till länsstyrelsen och socialstyrelsen rapportera enligt MSB:s föreskriver om risk- och sårbarhetsanalyser.

Risk- och sårbarhetsanalyser ska ske på alla nivåer i verksamheten. Syftet med risk- och sårbarhetsanalysarbetet är att öka medvetenheten och kunskapen hos beslutsfattare och verksamhetsansvariga om hot, risker och sårbarheter inom det egna verksamhetsområdet. Samt att skapa ett underlag för egen planering.

MSB har på nationell nivå fastställt en riskidentifiering som i stora delar stämmer överens med regionens riskidentifiering. Dessa risker bör beaktas i regionens riskreducerande arbete.

Risker identifierade av MSB och regionen		
Störningar i transporter	Störningar i drivmedelsförsörjningen	Störningar i generell försörjning (läkemedel, livsmedel osv)
Störningar i elförsörjningen	Stor olycka med många skadade	Översvämning av vattendrag
Pågående dödligt våld	Förorenade dricksvattentäkt	Fartygskollision
Värmebölja	Brand i särskilda objekt	Störningar i elektronisk kommunikation
Epizooti	Solstorm	Pandemi
Terrorhandling	Kärnkraftsolycka	Social oro med våldsinslag
Stöld av information eller oriktig information	Utsläpp av farliga ämnen	Storm
Isstorm	Ras och skred	Väpnat angrepp
Flygplanshaveri	Rymdskrot	Torka

I Region Blekinge ska risk- och sårbarhetsanalysarbetet utgå från riktlinjer för risk- och sårbarhetsanalyser som säkerhetsavdelningen ansvarar för. Respektive nämnd ansvarar därefter för att med stöd av säkerhetsavdelningen genomföra risk- och sårbarhetsanalyser och vidta beslut om åtgärder för att minska riskerna med analysen som utgångspunkt.

5.2 Systematiskt arbete med krisberedskap

Regionens krisberedskapsarbete ska bedrivas på ett systematiskt sätt och omfatta ett antal viktiga områden. Dessa beskrivs nedan.

5.3 Risk- och sårbarhetsanalys

Ett systematiskt säkerhetsarbete är grundläggande för att regionens verksamheter ska fungera vid olika typer av samhällsstörningar. Detta arbete styrs genom regionens säkerhetspolicy, säkerhetsstrategi, handlingsplaner och riktlinjer.

I Regionens säkerhetsstrategi samt handlingsplan för krisberedskap ställer regionstyrelsen krav på att varje nämnd genomför risk- och sårbarhetsanalyser för att fastställa förvaltningens egen risksituation. Förvaltningarnas analyser sammanställs därefter av regionens säkerhetsfunktion till en regional risk och sårbarhetsanalys.

För att skapa ett helhetsperspektiv i planeringen av krisberedskapen i Region Blekinge ska målsättningen vara att integrera arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser med processerna för kontinuitetshantering och intern styrning och kontroll. Samtliga förvaltningar i Region Blekinge ska, enligt direktiv från regionstyrelsen genomföra risk- och sårbarhetsanalyser.

5.4 Riktlinjer för krisberedskapsplanering på förvaltningsnivå

Krisberedskapsplanering på förvaltningsnivå utarbetas med stöd av regionalt framtagna riktlinjer och mallar. Dessa ska omhänderta frågor kopplade till robusthet, lednings vid särskild händelse samt funktions- och driftsäkerhet. Den katastrofmedicinska planen ska beskriva organisation för omhändertagande av patienter vid en masskadesituation.

5.4.1 Funktions- och driftsäkerhet

Samhällsviktig verksamhet såsom hälso- och sjukvården, kollektivtrafiken och övriga verksamheter inom regionen är beroende av att kritiska försörjningssystem fungerar. Frågor som rör funktionssäkerhet och robusthet ska integreras i planeringsarbetet på alla nivåer. Följande områden berörs:

- Försörjningssäkerhet för bland annat el, värme, tele- och datakommunikationer.
- Reservanordningar för viktiga tekniska försörjningsfunktioner.
- Vattenförsörjning.
- Byggnaders och lokalers robusthet.
- Sjukvårdsanläggningars placering med hänsyn till olika risker.
- Skydd mot kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära ämnen.
- Informationstekniska systems driftkontinuitet.
- Åtgärder ska vidtas för att säkerställa kommunikation mellan krisledningsgrupper och nyckelfunktioner.
- Distribution av läkemedel, drivmedel, sjukvårdsmateriel och livsmedel.
- Personalförsörjning, bland annat beredskap och larmvägar för specialister och andra viktiga personalkategorier.

Därutöver ska krisberedskapsarbetet bedrivas i enlighet med regionens styrande dokument för informationssäkerhet, policy och tillhörande riktlinjer för informationssäkerhet inom Region Blekinge, samt handlingsplan för säkerhetsskydd inom Region Blekinge. Behov av sekretess och klassning av information i krisberedskapsarbete ska ske enligt dessa dokument.

6 Arbete under särskild händelse

När det inträffar en särskild händelse är det viktigt att det finns en förberedd organisation som omedelbart kan bedöma och besluta om vilka åtgärder som måste vidtas direkt. En särskild händelse innebär att beredskapen höjs utifrån ett normalläge. Vid en beredskapshöjning ska det finnas en förberedd organisation för hur Region Blekinges krisledning larmas, aktiveras och organiseras oavsett typ av händelse.

Följande krisledningar ska finnas:

- krisledningsnämnd (RSAU)
- Särskild krisledning (Regiondirektörens krisledningsstöd/stab)
- Förvaltningarna ska säkerställa förmåga till krisledning enligt nedan, (kapitel 6.3)

6.1 Beredskapslägen

Händelser och mindre störningar hanteras på olika nivåer varje dag i normalläge i regionens ordinarie linjeorganisation. Utöver normalläge finns tre lägen för beredskapshöjning för att hantera särskilda händelser. Det finns inga fastställda kriterier för när en beredskapshöjning ska ske. Terminologin ska användas i krisberedskapsplanering på alla nivåer i Region Blekinge.

Vid varje händelse anpassas beredskapsnivån till den aktuella händelsen. Enskild förvaltning är lägsta organisatoriska nivå för förhöjt beredskapsläge. Bedömning och beslut om beredskapsnivå vid larm åvilar tjänsteman i beredskap (TiB) samt direktör för förvaltningen. Funktionerna har mandat att höja beredskapen och förändra beredskapsläget inom respektive förvaltning. TiB ska alltid informeras vid alla förändringar i beredskapsläget.

Tills dess att den särskilda krisledningen är etablerad (stöd eller stab) ligger fullständiga beslutsmandat hos TiB.

Stabsläge innebär att krisledning inom berörd förvaltning etableras för att följa händelse-utvecklingen och planera för alternativa händelseutvecklingar.

Förstärkningsläge innebär att krisledning inom berörd förvaltning etableras för att samordna förvaltningens insatser, samverka med övriga aktörer och vidta nödvändiga förstärkningsåtgärder.

Katastrofläge innebär att krisledning inom berörd förvaltning etableras när händelsen är så omfattande att normala kvalitetskrav inte kan upprätthållas och resurserna måste omfördelas och omprioriteras. Arbetet bedrivs i fullt utbyggd stab.

Varje beredskapsläge kan utlösas antingen direkt eller som en upp eller nedtrappning av ett beredskapsläge och ska omprövas kontinuerligt.

6.2 Organisation för krisledning

6.2.1 Krisledningsnämnd

Enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser ska det finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid, en krisledningsnämnd. Krisledningsnämndens ordförande larmas i första hand av regiondirektör alternativt av TiB eller säkerhetschef. Det sker vid händelser som kan komma att få stor påverkan på Region Blekinges verksamheter, ekonomisk och/eller verksamhetsmässig påverkan eller få stort massmedialt intresse.

Region Blekinges krisledningsnämnd utgörs av regionstyrelsens arbetsutskott (RSAU).

I krisledningsnämndens uppgifter under en extraordinär händelse ingår bland annat att:

- utgöra stöd till den särskilda krisledningen som behåller ansvar och uppgifter vid en särskild händelse (som inkluderar extraordinär händelse) i enlighet med Handlingsplan för krisberedskap.
- fatta de övergripande och långsiktiga inriktnings- och prioritetsbeslut som krävs med anledning av den extraordinära händelsen
- besluta om tillskott av extra ekonomiska resurser, som stöd vid behov av akut extraordinär eller kostnadskrävande insats
- besluta om eventuellt ändrad servicenivå inom olika delar av regionens verksamhet med anledning av händelsen (normativa beslut)
- besluta om när de särskilda åtgärderna som föranletts av händelsen ska upphöra
- att begära bistånd från annan kommun eller landsting
- att lämna begränsat ekonomiskt stöd till enskilda som drabbats av händelsen
- att ålägga styrelse/nämnd arbetsuppgifter

Krisledningsnämndens ordförande eller om denne har förhinder, vice ordförande, får besluta när nämnden ska träda i funktion. Ordföranden får besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas. Krisledningsnämndens reglemente beskrivs mer detaljerat i bilaga 3.

6.2.2 Tjänsteman i beredskap (TiB)

Inom Region Blekinge finns organisation med en Tjänsteman i beredskap (TiB) med ständig beredskap för att kunna ta emot larm (i enlighet med SOSFS 2013:22). TiB ska finnas tillgänglig dygnet runt , året runt och är Regionens larmmottagare och som vid en särskild händelse eller vid risk för sådan händelse har till uppgift att:

1. ta emot larm,
2. verifiera uppgifter,
3. larma vidare,
4. Besluta och vidta åtgärder
5. initiera och samordna det inledande arbetet
6. informera om händelsen

TiB har regiondirektörens mandat och befogenhet att fatta de beslut som krävs för att initiera och samordna det inledande arbetet i Region Blekinge. Mandatet omfattar regionens samlade verksamheter och tillgångar. Detta gäller fram till dess att regiondirektören tar över arbetet.

6.2.3 Särskild Krisledning (Regiondirektörens krisledningsstöd och krisledningsstab)

I Region Blekinge ska det finns en särskild krisledning på regionövergripande nivå. Med särskild krisledning avses en förberedd organisation för att leda regionens samlade insatser vid en särskild händelse. Grundläggande för den särskilda krisledningen är att regiondirektören (inledningsvis TiB) är chef och har det yttersta organisations- och resursansvaret.

Den särskilda krisledningen består av två delar, dels ett krisledningsstöd till regiondirektören samt en krisledningsstab. Regiondirektören, TiB samt regionens säkerhetschef har mandat att initiera särskild krisledning.

Den särskilda krisledningen har befogenheter att använda regionens totala materiella och personella resurser i akuta lägen vid särskilda händelser. Särskild krisledning kan överta förvaltningarnas lokala ledningsfunktion vid en särskild händelse.

6.2.4 Regiondirektörens krisledningsstöd (RKS)

Krisledningsstödet aktiveras av Regiondirektören, TiB eller regionens säkerhetschef om grundläggande värden och skyddsvärda verksamheter är hotade eller påverkade av en kris. Krisledningsstödet kan se olika ut, beroende på krisens art. Kriskommunikatör samt säkerhetschef ska alltid vara en del i stödet.

Regiondirektörens krisledningsstöds uppgifter är att

- Följa att krishanteringsarbetet fungerar och att nödvändig samordning upprättas.
- Analysera och bearbeta uppgifter om händelsen och ta fram långsiktiga konsekvensanalyser.
- Samla in uppgifter om händelsen och ge förslag till regionledningen på inriktning av strategiska insatser.
- Efter beslut av regiondirektören ta ansvar för och leda kriskommunikationen i Region Blekinge, se kriskommunikationsplan.
- Har mandat att leda och prioritera insatsen.

6.2.5 Regiondirektörens krisledningsstab (RKLS)

Regiondirektörens krisledningsstab aktiveras på initiativ av Regiondirektören, TiB eller regionens säkerhetschef om grundläggande värden och skyddsvärda verksamheter är hotade eller påverkade av en kris och där särskilt krisledningsstöd ej är tillräckligt för att hantera händelsen. Kriskommunikatör samt säkerhetschef ska alltid vara en del i staben.

Den särskilda krisledningsstaben har befogenhet och ska ha förmåga att:

- leda och prioritera insatsen
- samordna och stödja verksamheterna
- ta fram en samlad lägesbild utifrån inträffad händelse
- analysera tänkbara händelseutvecklingar samt konsekvenser
- omdisponera personella och materiella resurser samt mobilisera resurser som inte omedelbart finns tillgängliga
- inhämta information och omvärldsbevaka
- leda och samordna informations - och kommunikationsarbetet
- planera för att förflytta patienter, medarbetare och evakuera vårdenheter
- samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå

Om händelsen är, eller kan utvecklas till, en extraordinär händelse:

- regiondirektören/TiB ansvarar för information till ordförande i krisledningsnämnden eller annan ledamot i krisledningsnämnden om ordförande inte kan nås
- bereda och/eller föredra för krisledningsnämndens ordförande de behov av normativa/strategiska förändringar eller delegeringar som krävs med hänsyn till typ av händelsen och omfattning
- bereda och verkställa beslut som fattas i krisledningsnämnden

Förberedd krisledningsplats ska finnas. Även skyddad ledningsplats ska finnas i händelse av skyddsnivån kräver att verksamheten leds från skyddad ort. TiB/Säkerhetschef ansvarar för val av alternativ ledningsplats.

Den särskilda krisledningen etableras enligt förutbestämda funktioner och arbetar enligt särskild stabsarbetsplan och kommunikationsplan

Stabens olika funktioner
Staben kan bestå av följande funktioner:

- Stabschef
- Analys/Omvärldsbevakning
- Kommunikation
- Administrativ service
- Funktionsansvariga t.ex. hälso-och sjukvård, krisstöd, smittskydd, fastigheter, IT, HR, Ekonomi etc.

6.2.6 Bemanning av särskild krisledning vid olika beredskapshöjningar

Händelsen avgör vilka funktioner som larmas. Vid en begränsad händelse utförs arbets-uppgifterna i de olika funktionerna av ett fåtal personer ex. som vid stabsläge. Vid en mer omfattande händelse ex. förstärkningsläge bemannas varje funktion av en eller flera personer. Stabschefen ansvarar för bemanningen av staben utifrån aktuell situation.

Stabsläge
Består av regiondirektörens krisledningsstöd. Ytterligare funktioner kallas vid behov. Krisledningsstödet följer händelseutvecklingen och vidtar nödvändiga åtgärder. Vid behov eller vid långdragen händelse ska det övervägas om särskild krisledningsstab (RKLS) ska etableras.

Förstärkningsläge och katastrofläge
Består av regiondirektörens krisledningsstab. Utifrån händelsen omfattning beslutas vilka funktioner som ska ingå i det fortsatta stabsarbetet och vilka som ska återgå till sitt verksamhetsområde för att leda och samordna sin verksamhet. Deltagare som inte kommer att ingå i staben kan komma att kallas till stabsorienteringar

6.3 Förvaltningarnas krisledningsförmåga

Vid en särskild händelse inom Region Blekinges förvaltningar och efter beslut av TiB eller ansvarig direktör ska krisledning etableras på förvaltningsnivå.

Förvaltningarnas krisledning ska ha förmåga till:

- leda egen verksamhet
- Att skapa lägesbilder för verksamheten inom förvaltningen
- informera berörda enheter inom egen verksamhet
- fatta beslut inom ramen för egna verksamhetens befintliga resurser och tilldelade uppgifter
- disponera och omfördela egna resurser för att kunna hantera händelsen
- Rutiner för att informera och samverka med TiB och särskild krisledning vid särskild händelse och beredskapshöjning/- förändring.
- Säkerställa kontaktvägar till ledningsfunktioner inom förvaltningen.
- i samråd med kommunikationsfunktionen planera för kommunikationsarbetet om inte särskild krisledning är aktiverad

7 Utvärdering och uppföljning

För att utveckla Region Blekinges krishanteringsförmåga är det viktigt att utvärdera och ta tillvara på erfarenheter från genomföra insatser.

För att kunna få ett bra underlag för utvärdering av en inträffad händelse är det viktigt att en noggrann dokumentation förs över tagna beslut och åtgärder. Denna dokumentation ska när en händelse är avslutad, även kunna utgöra stöd för utvärdering och underlag till rapportering.

Efter varje aktivering av krisledningsnämnden utförs egen uppföljning och utvärdering. Utvärderingsrapporten bereds i regionstyrelsens arbetsutskott och delges i regionstyrelse och fullmäktige.

8 Krissamverkan Blekinge

I Blekinge län har länsstyrelsen, kommunerna, räddningstjänsterna, Region, polismyndigheten och Försvarsmakten tagit fram en modell för krissamverkan som bygger på en gemensam värdegrund och regleras i ett samverkansavtal mellan parterna. Genom gemensamma metoder och nätverk byggs förmågan upp innan en händelse inträffar. Vid en kris kan berörda aktörer snabbt kallas samman till ledningssamverkan för att samordna insatserna. Tillsammans skapar vi tidigt en samlad lägesbild och kan effektivisera krishanteringen utifrån medborgarfokus. Efter en kris utvärderas insatserna för att dra lärdomar och förbättra den samlade förmågan att hantera nästa kris.

9 Samverkan med andra landsting och regioner

När det inträffar en särskild händelse i Region Blekinge, är Region Blekinge samordningsansvarig gentemot andra berörda Region och landsting.

TiB på Socialstyrelsen kan aktivera en särskild sjukvårdsledning på nationell nivå för att stödja den särskilda krisledningen inom Region Blekinge. Särskild sjukvårdsledning på nationell nivå etableras alltid vid behov av sjukvårdsinsatser i utlandet. Socialstyrelsens TiB är i beredskap dygnet runt årets alla dagar.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har samordningsansvaret för krisberedskapen före, under och efter en särskild händelse för alla aktörer. Vid särskild händelse kan MSB begära in lägesrapport från Region Blekinge antigen via Länsstyrelsen eller direkt via särskild krisledning.

Kontakter med andra Regions/landsting och myndigheters TiB sker via Region Blekinges TiB.

10 Bistånd

Landsting, regioner och kommuner kan enligt lag om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, på begäran ge bistånd till andra kommuner och landsting. Bestämmelserna ger en möjlighet till samarbete över kommun- och landstingsgränser. Landsting/region som bistår annat landsting/region har rätt till skälig ersättning för sina kostnader. Regionen ska planera för att kunna ta emot bistånd från andra landsting/regioner och även från andra länder när regionens egna resurser är otillräckliga.

Bilaga 1; Ansvarsfördelning för utbildning och övning

Målet för mandatperioden är att implementera en modell för utbildning och övning inom krisberedskapsområdet som bygger på ett centralt ansvar för utveckling av modell och stöd för utbildning och övning och ett decentraliserat ansvar för genomförande.

Nivå/funktion	Ansvar
Regionstyrelsen	följer upp handlingsplan för krisberedskap inklusive utbildning och övning
Regionstyrelsens arbetsutskott / Krisledningsnämnd	Delta i övning och utbildning
Regiondirektör	Ansvarar för att utbildning och övning genomförs i enlighet med fastställd plan Säkerställer att krisledningsnämnden utbildas och övas.
Säkerhetschef	Ansvarar för genomförande av utbildning och övning för Särskild krisledning. Ta fram utbildningsmaterial och ger stöd till förvaltningarna för utbildning och övning inom krisberedskapsområdet.
Direktör	Delta i utbildningar Planlägga och genomföra utbildningar och övningar inom krisberedskaps och katastrofmedicinska området inom förvaltningen. Planlägga och genomföra utbildningar och övningar för förvaltningens krisledningsorganisation.
Upphandlade leverantörer inom hälso- och sjukvård och kollektivtrafik	Genomföra lokala utbildningar och övningar inom krisberedskapsområdet.

Bilaga 2; Övnings och utbildningsplan 2019-2021

Särskild krisledning

Målgrupp	Utbildning	Övning	Tidplan
Ledamöter i regionens krisledningsnämnd med ersättare	X	X	Två gånger per mandatperiod
Tjänstemän i särskild krisledning	X	X	En gång per år
Tjänsteman i Beredskap	Enligt särskild plan	X	En gång per år
Kriskommunikatör	Enligt särskild plan	X	En gång per år

Krisledning på förvaltningsnivå

Målgrupp	Utbildning	Övning	Tidplan
Krisledning på förvaltningsnivå	X	X	En gång per år enligt planering inom förvaltning.

Bilaga 3; Reglemente för krisledningsnämnden

Enligt lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser ska det finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid, en krisledningsnämnd.

I Region Blekinge skall det finnas en krisledningsnämnd. Nämnden utses av Regionfullmäktige. Regionfullmäktige utser ordföranden och vice ordföranden. I Region Blekinge är Regionstyrelsens arbetsutskott krisledningsnämnd.

Nämndens uppgifter är att vid extraordinära händelser kunna besluta om att överta hela eller delar av verksamhetsområden från övriga nämnder inom landstinget i den utsträckning som är nödvändig med hänsyn till händelserna art och omfattning.

Med extraordinär händelse avses en sådan händelse som avviker från det normala, innebärande en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver skyndsamma insatser av landstinget.

Ordförande eller, om han eller hon har förhinder, vice ordförande bedömer när en extraordinär händelse medför att nämnden skall träda i funktion och beslutar i sådana fall att så skall ske. Ordförande eller, om han eller hon har förhinder, vice ordförande får besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas. Sådana beslut skall därefter snarast anmälas till nämnden.

När förhållandena medger det ska krisledningsnämnden besluta att de uppgifter som nämnden har övertagit från andra nämnder ska återgå till ordinarie nämnd.

Krisledningsnämndens beslut skall anmälas vid närmast följande fullmäktigesammanträde. Fullmäktige beslutar om omfattningen av redovisningen och formerna för detta.

Regionstyrelsen får, när krisledningsnämndens verksamhet som är föranledd av den extraordinära händelsen inte längre behövs, besluta att verksamheten skall upphöra. Om styrelsen fattar ett sådant beslut återgår verksamhetsområden, som krisledningsnämnden har övertagit, till ordinarie nämnd. Ett sådant beslut om att krisledningsnämndens verksamhet skall upphöra kan även fattas av regionfullmäktige.

Förutom vid extraordinära händelser skall nämnden sammanträda vid två tillfällen per år för att planera och diskutera hur nämndens uppgifter bör hanteras. För nämnden gäller i tillämpliga delar vad som sägs i reglementet för Region Blekinges politiska styrning.

Plan för krisledningsnämnd i Region Blekinge

Ledamöterna och ersättarna i Krisledningsnämnden är desamma som i Regionstyrelsens arbetsutskott (RSAU) Sekreterare i nämnden är landstingsfullmäktiges sekreterare.
Ordförande eller, om han eller hon har förhinder, vice ordförande bedömer när en extraordinär händelse medför att nämnden skall träda i funktion. Krisledningsnämnden kontaktas i första hand av Regiondirektören eller dennes ersättare och i andra hand av regionens Tjänsteman i Beredskap (TiB).

Initialt samlas krisledningsnämnden i Martinsonsalen. Det ska även finnas tillgång till en skyddad ledningsplats. Det är ordförande, regiondirektören eller TiB som beslutar om alternativ ledningsplats.

Krisledningsnämndens verksamhet

Krisledningsnämnden ska följa utvecklingen och om det finns behov av centralisering av beslutanderätten möjliggöra ett enkelt och snabbt beslutfattande av övergripande karaktär, oavsett vilken nämnd som har huvudansvaret.

Krisledningsnämnden ska informeras vid nationella extraordinära händelser där samverkan krävs från krisledningsnämnder inom kommuner och andra landsting.

Ordförande eller, om han eller hon har förhinder, vice ordförande får besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas. Sådana beslut ska snarast anmälas i nämnden.

Krisledningsnämnden beslutar om ekonomiska villkor utöver ram och utgör stöd till den regionala katastrofledningen.

Krisledningsnämnden får särskilt besluta:

- att begära bistånd från annan kommun eller landsting
- att lämna begränsat ekonomiskt stöd till enskilda som drabbats av händelsen
- att ålägga styrelse/nämnd arbetsuppgifter

Avrapportering

Regional katastrofledning avrapporterar till krisledningsnämnden, genom sjukvårdsledaren, om händelsen och utvecklingen. Krisledningsnämndens beslut ska anmälas vid närmast följande fullmäktigesammanträde. Fullmäktige beslutar om omfattningen av redovisningen och formerna för detta.

§ 362/18 Ärendenummer: 2018/01213

Handlingsplan för krisberedskap inklusive reglemente för krisledningsnämnd

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att godkänna handlingsplan för krisberedskap Region Blekinge 2019.
2. Att anta reglemente för krisledningsnämnd

Sammanfattning

Region Blekinge ansvarar för viktiga samhällsfunktioner som måste fungera under alla omständigheter och oavsett vilka allvarliga händelser som kan inträffa i samhället. För att kunna upprätthålla sin funktionalitet måste Region Blekinge därför ha en väl utvecklad krisberedskapsförmåga.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Handlingsplan för krisberedskap inklusive reglemente för krisledningsnämnd.
Bilaga: Handlingsplan för krisberedskap inklusive reglemente för krisledningsnämnd.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Ekonomienheten	2018-10-22	Ärendenummer	2018/01584
Christer Rosenquist		Dokumentnummer	2018/01584-3

Till Landstingsstyrelsen

Ansökan om medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

Att Landstinget Blekinge skall anta erbjudande om medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening.

Att till Kommuninvest ekonomisk förening inbetala kronor 6.374.840 kr, utgörande Landstinget Blekinges medlemsinsats i föreningen.

Att Landstinget Blekinge tecknar solidarisk borgen såsom för egen skuld (proprieborgen) för samtliga förpliktelser, som Kommuninvest i Sverige AB ingått eller kommer att ingå.

Att Landstinget Blekinge, i enlighet med vad som anges i stadgarna för Kommuninvest ekonomisk förening, skall ingå som part i det regressavtal mellan medlemmarna, där deras inbördes ansvar för borgensåtagandet regleras.

Att Landstinget Blekinge ska ingå som part i det avtal där landstinget tillsammans med övriga medlemmar ansvarar för Kommuninvest i Sverige AB:s motpartsexponeringar avseende derivat.

Att bemyndiga firmatecknarna att underteckna borgensförbindelse, avtal samt övriga i ärendet förekommande handlingar.

Att till ombud på föreningsstämma i Kommuninvest ekonomisk förening utse landstingsstyrelsens/regionsstyrelsens ordförande med landstingsstyrelsen/regionsstyrelsens 1.e vice ordförande som ersättare.

Att landstingsstyrelsen bemyndigas att vidta de åtgärder i övrigt som krävs med anledning av landstingets medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening.

Att medge Kommuninvest i Sverige AB rätt att använda Landstinget Blekinges logga.

Sammanfattning

Landstinget Blekinge har i tidigare ärenden och planer tagit beslut om stora investeringar. Under den kommande tioårsperioden behöver bland annat lokalerna anpassas till nya arbetssätt och vårdutbud. Investeringar som i så stor utsträckning som möjligt ska finansieras med egna medel men de måste också till extern finansiering för att klara av att betala investeringarna.

Kreditmarknadsbolaget Kommuninvest i Sverige AB, helägt av Kommuninvests medlemskommuner, erbjuder ägarna effektiv finansförvaltning med fokus på utlåning och rådgivning. Kommuninvest ekonomisk förening är Kommuninvests ägare. Medlemskap erbjuds samtliga svenska kommuner och landsting.

Landstinget Blekinge har tidigare lämnat in en intresseanmälan om medlemskap i Kommuninvest. Kommuninvest har efter sin ekonomiska genomgång erbjudit Landstinget Blekinge att bli medlem i den ekonomiska föreningen. För att bli medlem i Kommuninvest ska landstingsfullmäktige fatta beslut kring landstingets åtagande i föreningen som beskrivs ovan i att satserna. Punkterna 1-4 är tvingande att-satser.

Kommuninvest presenterade sin verksamhet på landstingsstyrelsens möte 24 september. Bilderna bifogas.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

Bilaga

- Kommuninvest presentation på Landstingsstyrelsen

Landstinget i Blekinge

2018-09-24

KOMMUNINVEST

Vision

Kommuninvest skall vara världens bästa organisation för kommunal finansförvaltning.

Vi finansierar de svenska lokala och regionala sektorernas utveckling och investeringar för ett gott och hållbart samhälle.



Verksamhetsidé

- Medlemsorganisation
- Välkomnar alla kommuner, landsting och regioner som medlemmar
- Inget eget vinstsyfte - ändamålet är att bereda medlemmarna ekonomisk nytta
- Motiverade och kompetenta medarbetare - konkurrenskraftiga lösningar och utmärkt service
- Stabil, effektiv och kunnig

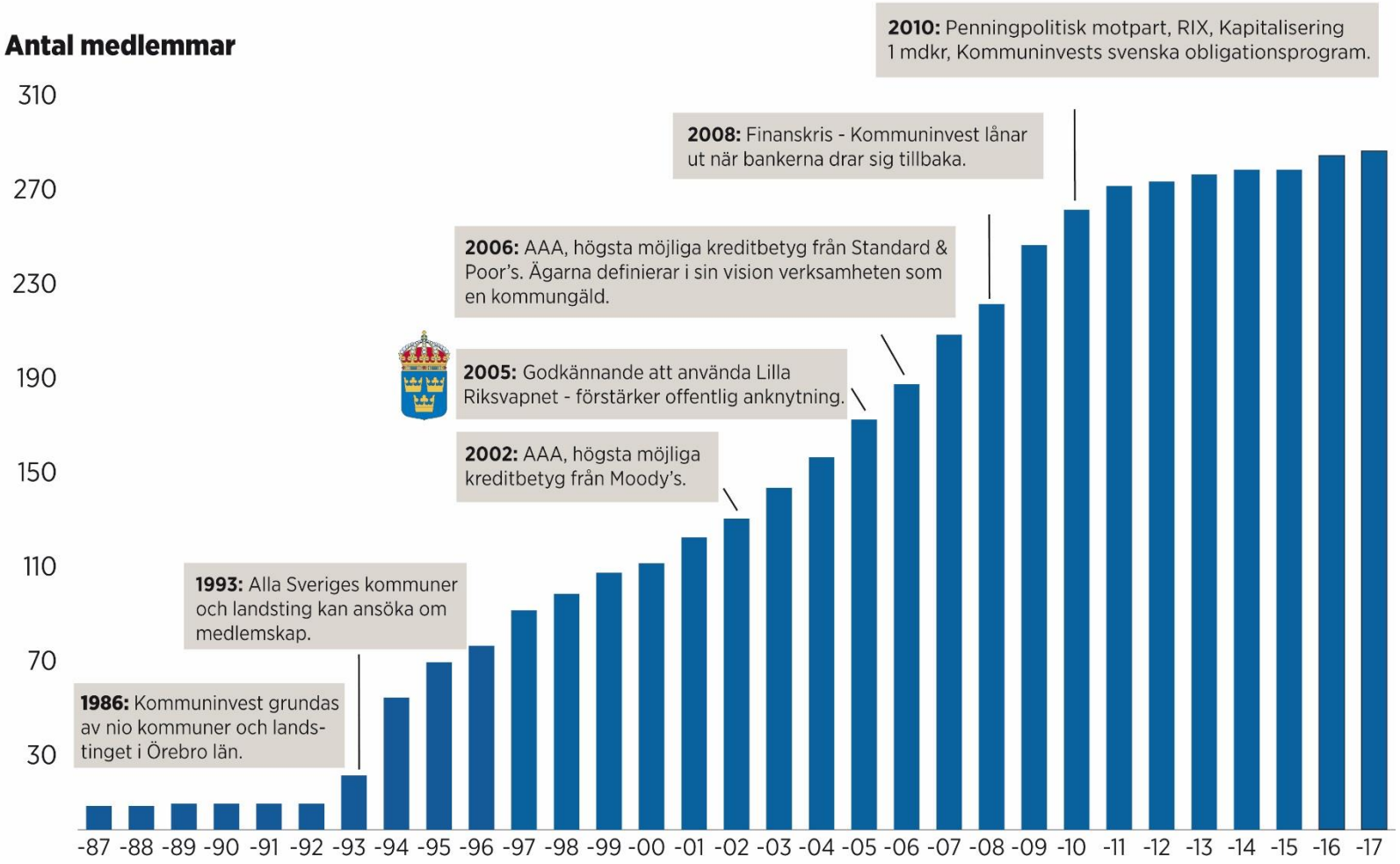


Central del av finansiella systemet

- Kommuninvest är största kreditgivare till Sveriges kommuner och landsting och en av Sveriges tio största finansiella aktörer.
- Systemviktig aktör enligt Finansinspektionen.
- Kommuninvest är medlem i RIX och penningpolitisk motpart till Riksbanken.
- Kommuninvest erbjuder expertkunskap avseende kommunal skuldförvaltning.



Kommuninvests historia



KOMMUNINVEST

Sveriges kommungäld

- Grundas 1986 av tio kommuner och ett landsting. För närvarande 288 medlemmar (totalt 310), av vilka 277 är kommuner och elva är landsting/regioner.
- AAA/Aaa, stabila utsikter.
- Balansräkning: ~431 mdr SEK, utlåningsportfölj: ~331 mdr SEK
- Upplåning på internationella och inhemska kapitalmarknader. Utlåning i Sverige.
- Syfte: att ge medlemmarna tillgång till kostnads-effektiv och stabil investeringsfinansiering.



Om medlemskap

Medlemskap - fördelar

- Konkurrenskraftiga lån
- Trygg likviditetsförsörjning
- Finansiell rådgivning och webbaserade analysverktyg
- Nätverk och kompetensutveckling
- Medlemsinflytande
- Årlig överskottsutdelning

Medlemskap - åtaganden

- Borgensåtagande
  - Solidariskt borgensåtagande för Kommuninvest AB
- Regressavtal
  - Reglerar medlemmarnas inbördes ansvar
- Garantiavtal
  - Reglerar ansvaret för derivatexponeringar
- Andelskapital
  - Miniminivå 40 kr per invånare (200 kommun) Maxnivå 180 kr per invånare (900 kommun)

Solidariskt borgensåtagande

- Alla medlemmar förbinder sig genom ett solidariskt borgensåtagande att garantera – ”såsom för egen skuld” samtliga förpliktelser som Kommuninvest i Sverige AB har ingått eller kommer att ingå – till dess skulderna förfaller
- Om Kommuninvest inte kan göra rätt för sig ekonomiskt, behöver en fordringsägare inte först försöka få betalt från Bolaget. I stället kan beloppet krävas direkt från vilken medlem som helst.
- Genom ett regressavtal regleras medlemmarnas inbördes ansvar.

➔ Borgensförbindelsen innebär totalansvar

Kommunsektorns kreditvärdighet

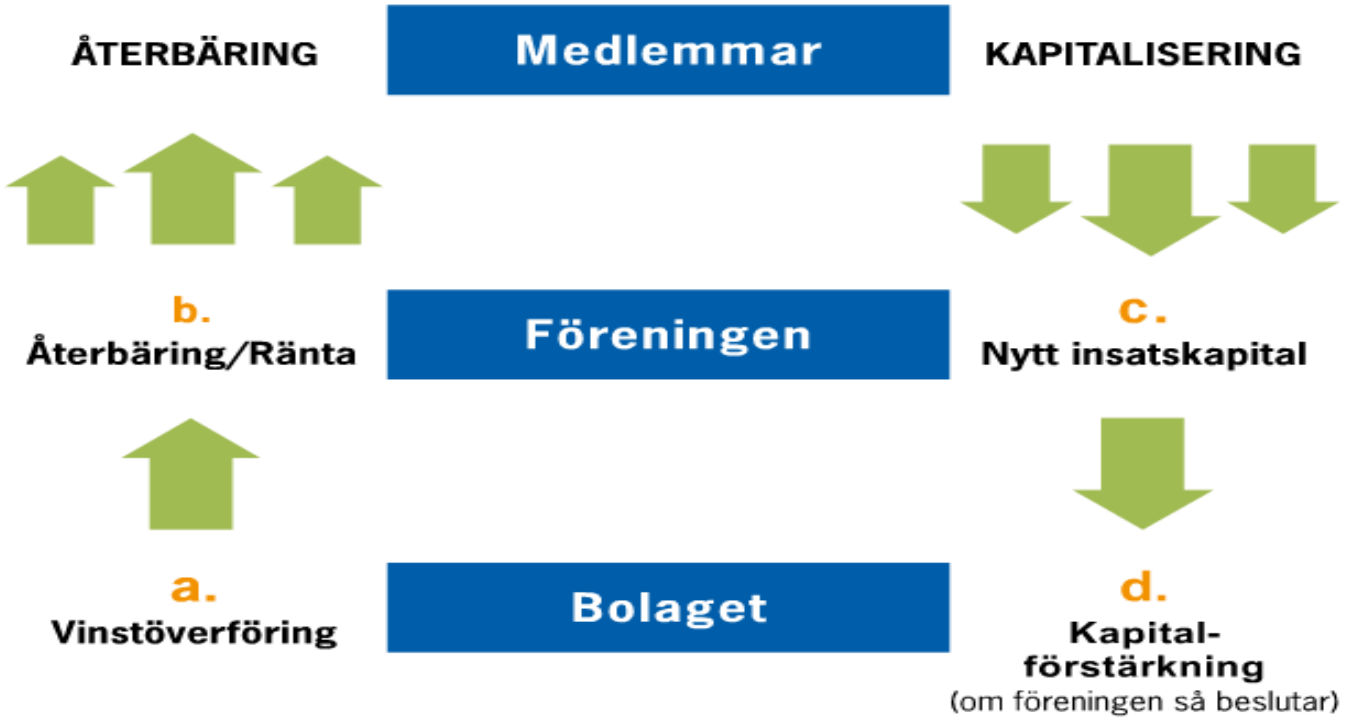
- Kan inte försättas i konkurs
- Har grundlagsfäst beskattningsrätt
- Omgärdas av strikt finansiellt ramverk:
  - god ekonomisk hushållning
  - balanserad budget
  - finansieringsprincip
  - utjämningssystem
- Har alltid klarat sina finansiella betalningsåtaganden
- Staten har yttersta ansvaret

Insatskapital, återbäring och kapitaluppbyggnad

Hur går det med kapitaliseringen?

- Regelverksfrågan om kraven på bruttosoliditet (”leverage ratio”) är inte avgjord inom EU.
- Eu har en ambition att ta ställning i sakfrågorna under 2018.
- Kommuninvest har en god förhoppning om att definitionen av vad vi är för verksamhet (”public development credit institution”) och bruttosoliditeten kommer att gå i den riktning vi önskar, dvs. att vi fortsätter att arbeta med den av föreningen bestämda nivån för bruttosoliditet,1,5 procent.
- Givet det så har Kommuninvest kapitaliserats tillräckligt.
- Vår förhoppning är att vi ska kunna lämna mer definitiva besked till medlemmarna i samband med 2019 års medlemssamråd och föreningsstämma.

Modell för att hantera resultat



Insatskapital och återbäring

- Medlem inbetalar insatskapital i förhållande till folkmängd. Minimiinsats 40 kr per invånare för landsting/regioner.
- Regelefterlevnadsklausul. Högsta insatsnivå 180 kr per invånare för landsting/regioner.
- Ambition att alla medlemmar ska ha betalt upp till högsta nivå vid utgången av 2018.
- Överskottsutdelning utbetalas efter beslut på föreningens årsstämma:

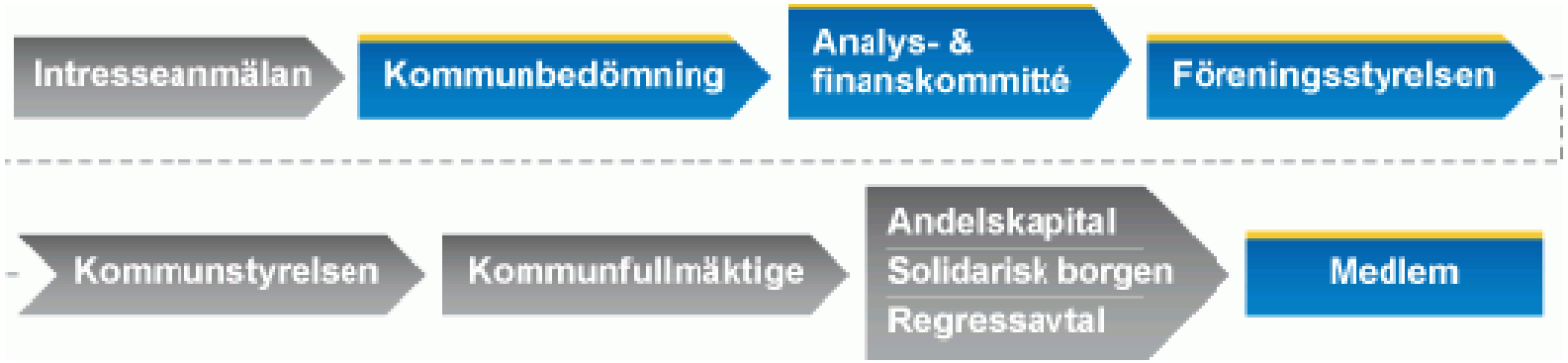
- Återbäring baserat på affärsvolym
- Ränta på insatskapital.

Insatskapital Landstinget Blekinge

- Miniminivå: 40 kr per invånare (ca 6 mkr)
- Maxnivå: 180 kr per invånare (ca 29 mkr)
- Miniminivå vid inträde i föreningen
- Vid uppnådd maxnivå behålls hela den årliga överskottsutdelningen

Beräkningen baserad på antal invånare per 2017-12-31: 159 371

Medlemskapsprocessen



Kommunen/Landstinget/Regionen inleder processen mot medlemskap genom att lämna en anmälan och uttrycka sitt intresse. Intresseanmälan kan vara ”informell” och lämnas per telefon, e-post eller brev.

Sammanfattning

- Samhällsnyttig idé – en gemensamt ägd organisation som erbjuder finansiering till goda villkor
- Frivillighet i valet att utnyttja de tjänster som erbjuds
- Säkerställa bästa möjliga konkurrens
- En medlem, en röst oavsett storlek, politik och geografi
- Låga och väl kontrollerade risker
- Har inget eget vinstsyfte - medel för medlemmarna
- Återbäring och ränta behålls av medlem eller sätts in som nytt insatskapital

Kommuninvest i Sverige AB

Organisation



Utlåningsportföljens fördelning

Kommuner: 41 %
Utlåning endast till medlemmar av Kommuninvest ekonomisk förening

Kommunala bostadsbolag: 29 %
Lån med borgen från Medlemmarna av Kommuninvest ekonomisk förening

Övriga kommunala bolag: 22 %
Lån med borgen från Medlemmarna av Kommuninvest ekonomisk förening

Kommunala energibolag: 7 %
Lån med borgen från Medlemmarna av Kommuninvest ekonomisk förening

Landsting: 1 %
Utlåning endast till medlemmar av Kommuninvest ekonomisk förening



* Exklusive kommunala låntagares upplåning via egna kapitalmarknadsprogram.

- ✓ 85 % av sektorns upplåning är kopplad till bolagen, dvs. intäkts- och taxefinansierad verksamhet.
- ✓ 15 % kopplad till den kommunala kärnverksamheten, dvs. finansierad med skatter, bidrag och avgifter.

Kundgruppen

Team 1
Mindre kommuner
(upp till ca 18 000 invånare)


Theresia Ferm


Emil Mobäck


Ann Sörman

Team 2
Medelstora kommuner
(ca 18 000 – 70 000 invånare)


Patrik Stenman


Sofia Frändberg

Ulf Selinder

Team 3
Större kommuner samt
landsting/regioner


Daniel Nykvist


Johan Olander

Kundgruppschef


Björn Söderlundh

Kontrollansvarig


Jakob Holm


Theodora Batan

Kommuninvest är ett verktyg – mer än lån

Kommunanalys

KI Finans

Forskning och utbildning



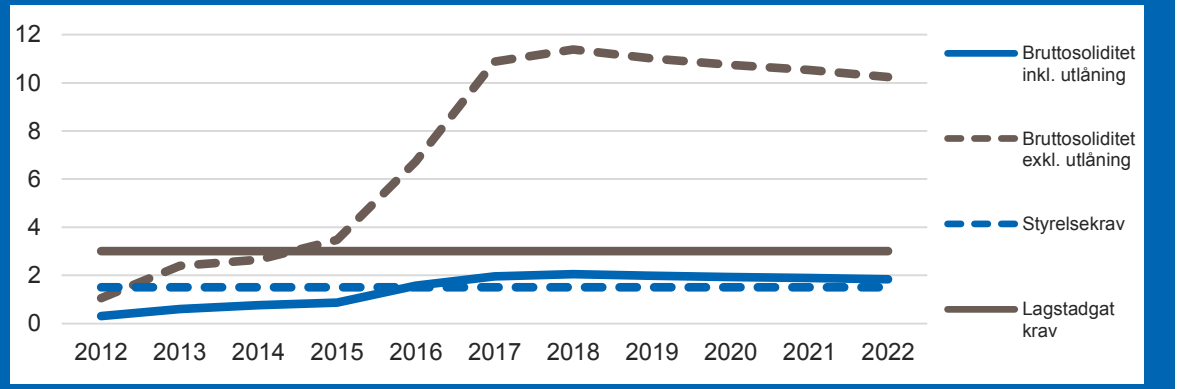
Året som gått

Medlemsutveckling

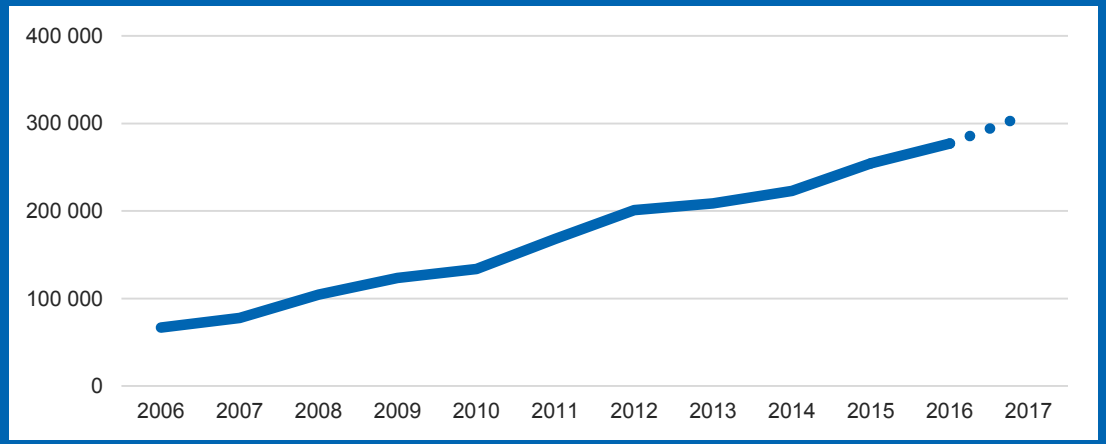
288 medlemmar (286)

Linköpings kommun och Mölndals stad blev medlemmar under 2017.Välkomna!

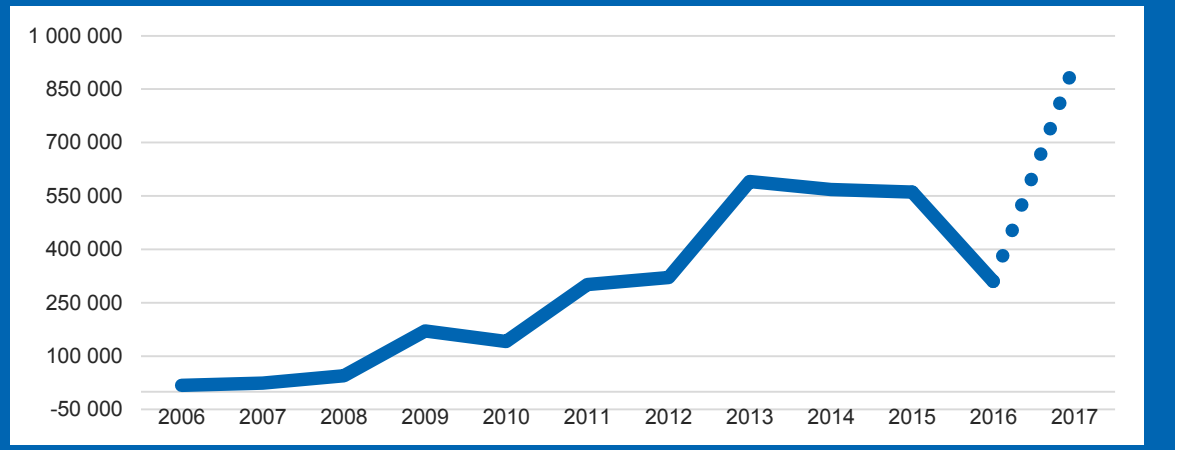
Bruttosoliditet



Utlåningsutveckling



Resultat



KOMMUNINVEST

Åtta projektkategorier



208

projekt
godkända för
Gröna lån

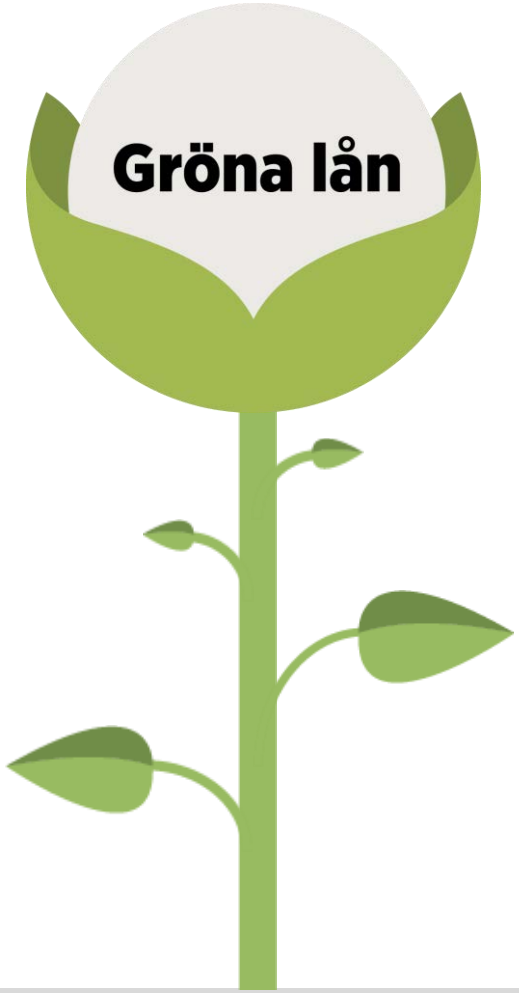
35,1

miljarder
har beviljats i
Gröna lån

95

Kommuner och landsting/regioner
har Gröna lån

Svensk kommunsektor vinner FN-pris för ambitiöst miljöarbete



FN delar ut priser till de aktörer som bidrar lite extra till att ställa om världen mot en koldioxidsnål och motståndskraftig framtid.

Den svenska kommunsektorn har utsetts till en av årets vinnare i kategorin Financing for Climate Friendly Investment.

Grundläggande principer för prissättning



Likvärdighet & nytta för alla

- Långsiktig strävan mot enhetlig prissättning för Bolagets alla kunder.

Av konkurrensskäl finns från tid till annan dock behov av prisdifferentiering.

➔ Förutsatt utlåningspriser enligt målnivå kommer vi använda prisdifferentieringsmandatet så lite som möjligt.



Hållbarhet

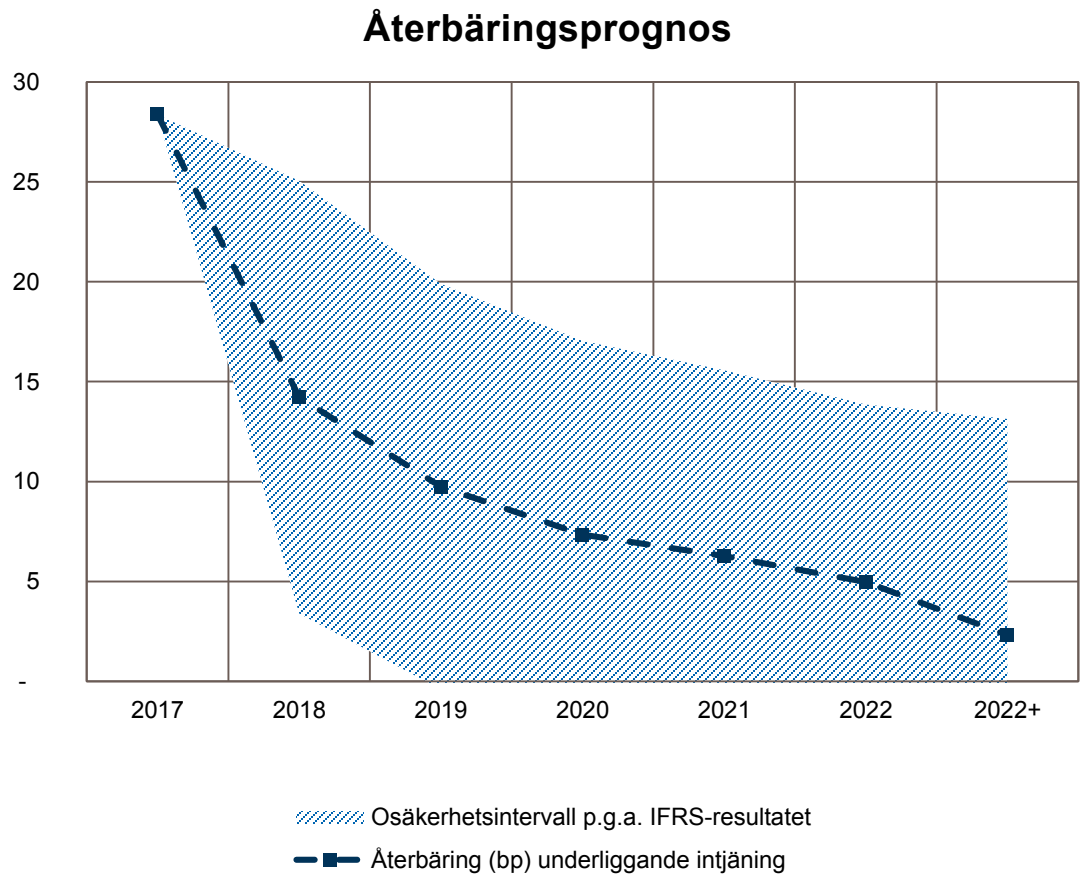
- Främja hållbar kommunal ekonomi med fokus på skuldförvaltning.

För att minska de risker som Kommuninvest möter p.g.a kortfristig finansiering av långfristiga kommunala tillgångar har Kommuninvest högre kostnadstäckning på lån med kort löptid.

➔ Utlåningspriserna kommer vara relativt sett högre på korta löptider

Återbäringsprognos med nytt ägardirektiv

- Effekter av sänkta utlåningspriser:
  - framtida resultat minskar
  - negativa resultat kan periodvis uppstå
  - framtida återbäring minskar.
- Återbäringen sjunker successivt, i takt med att IFRS-buffert i befintlig utlåningsstock fasas ut.
- Aktuell förväntad återbäring (streckad kurva) är f.n. bästa utgångspunkt för kunder som budgeterar med återbäring eller andra som beaktar återbäring i sin verksamhet. Återbäring kan ej bli negativ.
- Betydande osäkerhetsintervall beror främst på svårigheter att prognosticera IFRS-resultatet, som slår direkt mot återbäringen men som över tid reverseras och uppgår till noll.



KOMMUNINVEST

Fornamn.efternamn@kommuninvest.se

www.kommuninvest.se

Kommuninvest

Kommuninvest

KOMMUNINVEST

§ 363/18 Ärendenummer: 2018/01584

Ansökan om medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att Landstinget Blekinge skall anta erbjudande om medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening.
2. Att till Kommuninvest ekonomisk förening inbetala kronor 6.374.840 kr, utgörande Landstinget Blekinges medlemsinsats i föreningen.
3. Att Landstinget Blekinge tecknar solidarisk borgen såsom för egen skuld (proprieborgen) för samtliga förpliktelser, som Kommuninvest i Sverige AB ingått eller kommer att ingå.
4. Att Landstinget Blekinge, i enlighet med vad som anges i stadgarna för Kommuninvest ekonomisk förening, skall ingå som part i det regressavtal mellan medlemmarna, där deras inbördes ansvar för borgensåtagandet regleras.
5. Att Landstinget Blekinge ska ingå som part i det avtal där landstinget tillsammans med övriga medlemmar ansvarar för Kommuninvest i Sverige AB:s motpartsexponeringar avseende derivat.
6. Att bemyndiga firmatecknarna att underteckna borgensförbindelse, avtal samt övriga i ärendet förekommande handlingar.
7. Att till ombud på föreningsstämma i Kommuninvest ekonomisk förening utse landstingsstyrelsens/regionsstyrelsens ordförande med landstingsstyrelsen/ regionsstyrelsens 1.e vice ordförande som ersättare.
8. Att landstingsstyrelsen bemyndigas att vidta de åtgärder i övrigt som krävs med anledning av landstingets medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening.
9. Att medge Kommuninvest i Sverige AB rätt att använda Landstinget Blekinges logga.

Sammanfattning

Landstinget Blekinge har i tidigare ärenden och planer tagit beslut om stora investeringar. Under den kommande tioårsperioden behöver bland annat lokalerna anpassas till nya arbetssätt och vårdutbud. Investeringar som i så stor utsträckning som möjligt ska finansieras med egna medel men de måste också till extern finansiering för att klara av att betala investeringarna.
Kreditmarknadsbolaget Kommuninvest i Sverige AB, helägt av Kommuninvests medlemskommuner, erbjuder ägarna effektiv finansförvaltning med fokus på utlåning och rådgivning. Kommuninvest ekonomisk förening är Kommuninvests ägare. Medlemskap erbjuds samtliga svenska kommuner och landsting.
Landstinget Blekinge har tidigare lämnat in en intresseanmälan om medlemskap i Kommuninvest. Kommuninvest har efter sin ekonomiska genomgång erbjudit Landstinget Blekinge att bli medlem i den ekonomiska föreningen. För att bli medlem i Kommuninvest ska landstingsfullmäktige fatta beslut kring landstingets åtagande i föreningen som beskrivs ovan i att satserna. Punkterna 1-4 är tvingande att-satser.
Kommuninvest presenterade sin verksamhet på landstingsstyrelsens möte 24 september.
Bilderna bifogas.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Ansökan om medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening.
Bilaga: Presentation Kommuninvest

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Landstingsservice stab	2018-10-16	Ärendenummer	2018/01610
Christin Samuelsson		Dokumentnummer	2018/01610-1

Till landstingsstyrelsen

Nya upphandlingar överstigande 20 basbelopp

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen beslutar

1. Att bevilja upphandling för läkemedelsförsörjning offentlig primärvård och tandvård

Sammanfattning

Upphandlingsbeslut söks för läkemedelförsörjning offentlig primärvård och tandvård, vilken behöver säkerställas. Upphandlingen innefattar läkemedelsbeställning från landstingets beställningssystem, orderberedning, plock, pack och farmaceutisk slutkontroll. Leverans till två leveranspunkter i Blekinge. Expedition av akutbeställning.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Per Johansson
Förvaltningschef
Landstingsservice

Bilaga

- Bilaga Nya upphandlingar, LS nov 2018 (2018/01610-1)

Nya upphandlingar

Landstingsstyrelsen

November 2018

Ärende: 2018/01610

Dokument: 2018/01610-1

Bilaga

LANDSTINGET BLEKINGE

Innehållsförteckning

1 Nya upphandlingar över 20 basbelopp 3
1.1 Läkemedelsförsörjning offentlig primärvård samt folktandvård 3
1.1.1 Förutsättningar 3
1.1.2 Projektbeskrivning 3
1.1.3 Bakgrund och syfte till investering 3
1.1.4 Upphandlingsvärde/år 3
1.1.5 Driftkostnad 3
1.1.6 Konsekvensbeskrivning - Affärsenheten 3
1.1.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet 3
1.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättring 3

1 Nya upphandlingar över 20 basbelopp

Nedan beskrivs de nya upphandlingar överstigande 20 basbelopp för vilka beslut önskas erhållas.

1.1 Läkemedelsförsörjning offentlig primärvård samt folktandvård

1.1.1 Förutsättningar

Läkemedelsförsörjning för offentlig primärvård samt folktandvård behöver säkerställas.

1.1.2 Projektbeskrivning

Affärsenheten genomför upphandlingen.

1.1.3 Bakgrund och syfte till investering

Expedition av läkemedel som innefattar läkemedelsbeställning från landstingets beställningssystem Raindance, orderberedning, plock, pack och farmaceutisk slutkontroll. Leverans till två leveranspunkter i Blekinge. Expedition enligt ovan av akutbeställning.

1.1.4 Upphandlingsvärde/år

Det årliga upphandlingsvärdet bedöms till 1 000 000 kr.

1.1.5 Driftkostnad

Enligt årligt beräknat upphandlingsvärde.

1.1.6 Konsekvensbeskrivning - Affärsenheten

Inga.

1.1.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Inköp utan avtal kan få negativ ekonomisk konsekvens. Skillnad mellan upphandlade priser och listpriser är ca 10-40%, dessutom är inte tjänsten kravställd.

1.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättring

Hållbarhetskrav kommer att finnas med i upphandlingen.

§ 364/18 Ärendenummer: 2018/01610

Upphandlingar överstigande 20 basbelopp

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att bevilja upphandling för läkemedelsförsörjning offentlig primärvård och tandvård

Sammanfattning

Upphandlingsbeslut söks för läkemedelförsörjning offentlig primärvård och tandvård, vilken behöver säkerställas. Upphandlingen innefattar läkemedelsbeställning från landstingets beställningssystem, orderberedning, plock, pack och farmaceutisk slutkontroll. Leverans till två leveranspunkter i Blekinge. Expedition av akutbeställning.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Upphandlingar överstigande 20 basbelopp.
Bilaga: Nya upphandlingar Landstingsstyrelsen november 2018

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Avdelningen för kunskapsstöd	2018-09-14	Ärendenummer	2018/01404
Gerthi Persson		Dokumentnummer	2018/01404-1

Till Landstingsstyrelsen

Förlängning av länsgemensam Folkhälsopolicy

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

att förlänga folkhälsopolicyn till att gälla under de kommande 2 åren dock längst 31/12-20. Beslutet gäller under förutsättning av likalydande beslut av Länsstyrelsen Blekinge, Landstinget Blekinge, Karlskrona kommun, Karlshamns kommun, Ronneby kommun, Olofström kommun och Sölvesborgs kommun.

Sammanfattning

Blekinges folkhälsopolicy antogs gemensamt av länets samtliga kommuner, Länsstyrelsen, Region Blekinge och Landstinget Blekinge 2014, i syfte att skapa grunder för en långsiktig samverkan. Policyn gäller fram till årsskiftet 2018-2019 och ska nu revideras. Förslag från samtliga organisationer är att förlänga folkhälsopolicyn i ytterligare 2 år.

Bakgrund

Det gemensamma folkhälsoarbetet har under perioden letts av en regional styrgrupp bestående av representanter på högsta beslutande tjänstemannanivå från samtliga kommuner, Landstinget Blekinge, Länsstyrelsen och Region Blekinge. En arbetsgrupp av tjänstemän från samtliga organisationer har arbetat på uppdrag av styrgruppen.

Syftet med en förlängning av Blekinges Folkhälsopolicy är möjligheten att beakta de nationella utredningar och strategier som är aktuella, exempelvis SKLs strategi för hälsa och statens offentliga utredning om en samordnad utveckling för god och nära vård. Det behövs också mer tid till diskussion av de åtgärdsförslag som Blekinge kommissionen har lagt fram.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Gunilla Skoog
Utvecklingsdirektör

§ 365/18 Ärendenummer: 2018/01404

Förlängning av länsgemensam Folkhälsopolicy

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

Sammanfattning

Blekinges folkhälsopolicy antogs gemensamt av länets samtliga kommuner, Länsstyrelsen, Region Blekinge och Landstinget Blekinge 2014, i syfte att skapa grunder för en långsiktig samverkan. Policyn gäller fram till årsskiftet 2018-2019 och ska nu revideras. Förslag från samtliga organisationer är att förlänga folkhälsopolicyn i ytterligare 2 år.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Förlängning av länsgemensam Folkhälsopolicy.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

§ 366/18 Ärendenummer: 2018/01369

Sammanträdesplan 2019 Region Blekinges nya nämnder - hälso-och sjukvårdsnämnd, tandvårdsnämnd, regional utvecklingsnämnd, kultur och bildningsnämnd och trafiknämnd

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att rekommendera respektive nämnd att godkänna förslaget till sammanträdesplan 2019 för Region Blekinges nya nämnder -hälso-och sjukvårdsnämnd, tandvårdsnämnd, regional utvecklingsnämnd, kultur och bildningsnämnd och trafiknämnd.
2. Att föreslagen sammanträdesplan gäller till dess att respektive nämnd fattar beslut om ändringar.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Sammanträdesplan 2019 Region Blekinges nya nämnder.
Bilaga: Sammanträdesplan 2109 Region Blekinges nya nämnder.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Kanslienheten	2018-10-22	Ärendenummer	2018/01369
Helene Håkansson		Dokumentnummer	2018/01369-1

Till landstingsstyrelsen

Sammanträdesplan 2019 Region Blekinges nya nämnder – hälso-och sjukvårdsnämnd, tandvårdsnämnd, regional utvecklingsnämnd, kultur och bildningsnämnd och trafiknämnd.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

1. att rekommendera respektive nämnd att godkänna förslaget till sammanträdesplan 2019 för Region Blekinges nya nämnder -hälso-och sjukvårdsnämnd, tandvårdsnämnd, regional utvecklingsnämnd, kultur och bildningsnämnd och trafiknämnd
2. att föreslagen sammanträdesplan gäller till dess att respektive nämnd fattar beslut om ändringar

Sammanfattning

På landstingsstyrelsen 2018-10-09 återremitterades ärendet för vidare utredning. Några av tiderna har justerats efter dialoger. Förslag till beslut har ändrats till att fullmäktige rekommenderar nämnderna att godkänna sammanträdestiderna och förtydligar att respektive nämnd kan fatta beslut om att ändra tiderna.

Sammanträdesplan för Region Blekinges nya nämnder är framtagen med hänsyn till den planerings- och uppföljningsprocess som ska gälla för nya Region Blekinge 2019 och till beredningsprocessen i förhållande till regionsstyrelsen och regionfullmäktige. Sammanträdesdagar är föreslagna till tisdagar och torsdagar.

Landstingsstyrelsen har beslutat om regionsstyrelsens sammanträdesplan den 28 maj och landstingsfullmäktige har beslutat om regionfullmäktiges sammanträdesplan den 11 juni.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Helene Håkansson
Administrativ chef

Bilaga

Sammanträdesplan 2019 Region Blekinges nya nämnder

LANDSTINGET BLEKINGE

Sammanträdesplan 2019 Region Blekinges nämnder

Regionfullmäktige onsdagar	Regionstyrelsen onsdagar	Arbetsutskottet onsdagar	Hälso-och sjukvårds-nämnd torsdagar	Tandvårds-nämnd tisdagar halvdag	Regional utvecklings-nämnd tisdagar	Kultur och bildnings-nämnd torsdagar	Trafiknämnd torsdagar Halvdag
	23 januari	16 januari	7 januari beslut om delegationer	7 januari beslut om delegationer	7 januari beslut om delegationer	7 januari beslut om delegationer	7 januari beslut om delegationer
27 februari	13 februari Planeringsdialog: 13 mars em 14 mars 15 mars fm	30 januari	17 januari		22 januari	24 januari	
10 april årsbokslut	27 mars	13 mars	28 februari	26 februari	26 februari	28 februari	28 februari
8 maj Planeringsdirektiv	24 april	11 april	28 mars	26 mars	2 april	4 april	4 april
19 juni Tertialrapport per sista april	5 juni	29 maj	23 maj 18 juni (tisdag)	21 maj	21 maj	23 maj	23 maj

LANDSTINGET BLEKINGE

Regionfullmäktige onsdagar	Regionstyrelsen onsdagar	Arbetsutskottet onsdagar	Hälso-och sjukvårds-nämnd torsdagar	Tandvårds-nämnd tisdagar halvdag	Regional utvecklings-nämnd tisdagar	Kultur och bildnings-nämnd torsdagar	Trafiknämnd tisdagar Halvdag
4 september	21 augusti	14 augusti					
2 oktober	18 september Budgetberedning 25 september	11 september	29 augusti	27 augusti	27 augusti	29 augusti	29 augusti
6 november Budget Delårsrapport per sista augusti	23 oktober	9 oktober	26 september	24 september	1 oktober	26 september	26 september
4 december	20 november	5 november (tisdag)	24 oktober 12 december	29 oktober	5 november 10 december	7 november	7 november

LANDSTINGET BLEKINGE

Landstingsservice stab
Christin Samuelsson

2018-10-15

Ärendenummer 2018/01457
Dokumentnummer 2018/01457-1

Till landstingsstyrelsen

Igångsättningsbeslut investeringar,

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen beslutar

1. Att bevilja igångsättningsbeslut för OCT till ögonklinikens mottagning på Blekingesjukhuset i Karlskrona
2. Att bevilja igångsättningsbeslut för infusions- och volympumpar
3. Att bevilja igångsättningsbeslut för storambulans för transportkuvös till Blekingesjukhuset
4. Att bevilja igångsättningsbeslut för RetCam shuttle till ögonklinikens mottagning på Blekingesjukhuset i Karlskrona
5. Att bevilja igångsättningsbeslut för ny serverhall, Karlskrona
6. Att bevilja igångsättningsbeslut för redundant datahall och datacenterutrustning

Sammanfattning

Igångsättningsbeslut söks för reinvestering av OCT på ögonkliniken i Karlskrona. Idag finns två äldre apparater för att göra OCT (optisk koherenstomografi) på patienter. En av dessa apparater behöver nu bytas ut till en modernare, lika som finns i Karlshamn idag. Det innebär snabbare handläggningstid för patienterna och kortare undersökningstid, 10-12 minuter mot dagens ca 40 minuter. Pateinterna slipper åka mellan sjukhusen för undersökning och väntetiden kan kortas.

Igångsättningsbeslut söks för reinvestering av infusions- och volympumpar till landstinget. Dagens pumpar är av olika ålder. Supporten blir mer och mer begränsad från leverantören och befintliga pumpar finns inte längre att köpa. Reinvesteringen avser ett ramavtal.

Igångsättningsbeslut söks för reinvestering av ambulans för transport av kuvös. Dagens ambulans är gammal och har gått många mil och är dessutom ofta trasig. Vid transporter av kuvös

rekommenderas att kuvösen placeras tvärs färdriktningen av säkerhetsskäl. Detta klarar inte vanliga personbilsambulanser.

Igångsättningsbeslut söks för RetCam shuttle till ögonklinikens mottagning i Karlskrona för säkrare och snabbare diagnostik av ögonbotten hos nyfödda. RetCam shuttle kan liknas med en liten portabel ögonbottenkamera anpassad för prematurer. Här avbildas näthinnan på ett standardiserat sätt med en kamera. Bilderna kan sedan diskuteras och vid behov även skickas på remiss för bedömning.

Igångsättningsbeslut söks för byggnation av ny serverhall i Karlskrona. Det finns behov av en ny serverhall för att upprätthålla redundans av it-systemen. Det finns inga lediga lokaler att erbjuda i befintliga byggnader. Investeringen är beroende av att it-investeringen som är kopplad till denna serverhall också får ett igångsättningsbeslut.

Igångsättningsbeslut söks för redundant datahall och datacenterutrustning i Karlskrona. Investeringen omfattar nu datacenterutrustning för Landstinget Blekinges it-system i en redundant datahall. Investeringen är beroende av att fastighetsinvesteringen på serverhall får igångsättningsbeslut.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Per Johansson
Förvaltningschef
Landstingsservice

Bilaga

- Bilaga igångsättningsbeslut, landstingsstyrelsen november 2018, (2018/01457-1)

Igångsättningsbeslut

Landstingsstyrelsen

November 2018

Ärende: 2018/01457

Dokument: 2018/01457-1

Innehållsförteckning

1 Begärda igångsättningsbeslut - MT 4
1.1 OCT till ögonklinikens mottagning i Karlskrona för säkrare och snabbare diagnostik. 4
1.1.1 Förutsättningar 4
1.1.2 Projektbeskrivning 4
1.1.3 Bakgrund och syfte till investering 4
1.1.4 Investeringsutgift 4
1.1.5 Driftkostnad 4
1.1.6 Konsekvensbeskrivning – MT 4
1.1.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet 4
1.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar 4
1.2 Infusions- och volympumpar till Blekingesjukhuset 5
1.2.1 Förutsättningar 5
1.2.2 Projektbeskrivning 5
1.2.3 Bakgrund och syfte till investering 5
1.2.4 Investeringsutgift 5
1.2.5 Driftkostnad 5
1.2.6 Konsekvensbeskrivning – MT 5
1.2.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet 5
1.2.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar 5
1.2.9 Byggnadspåverkan 5
1.2.10 Påverkan IT 5
1.3 Storambulans för transportkuvös 6
1.3.1 Förutsättningar 6
1.3.2 Projektbeskrivning 6
1.3.3 Bakgrund och syfte till investering 6
1.3.4 Investeringsutgift 6
1.3.5 Driftkostnad 6
1.3.6 Konsekvensbeskrivning – MT 6
1.3.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet 6
1.3.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar 6
1.3.9 Byggnadspåverkan 6
1.4 RetCam shuttle till ögonklinikens mottagning i Karlskrona för säkrare och snabbare diagnostik av ögonbotten hos nyfödda. 7
1.4.1 Förutsättningar 7
1.4.2 Projektbeskrivning 7
1.4.3 Bakgrund och syfte till investering 7
1.4.4 Investeringsutgift 7
1.4.5 Driftkostnad 7
1.4.6 Konsekvensbeskrivning – MT 7
1.4.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet 7
1.4.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar 7
1.4.9 Byggnadspåverkan 7

2 Begärda igångsättningsbeslut - Fastighet 8
2.1 Ny serverhall, Karlskrona, kompletteringsärende 8
2.1.1 Förutsättningar 8
2.1.2 Projektbeskrivning 8
2.1.3 Bakgrund och syfte till investering 8
2.1.4 Investeringsutgift 8
2.1.5 Driftkostnad 8
2.1.6 Konsekvensbeskrivning - Fastighet 9
2.1.7 Konsekvensbeskrivning - Verksamhet 9
2.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättring 9

3 Begärda igångsättningsbeslut – It/Telefoni 10

3.1 Redundant datahall och datacenterutrustning, kompletteringsärende 10
3.1.2 Projektbeskrivning 10
3.1.3 Bakgrund och syfte till investering 10
3.1.4 Investeringsutgift 10
3.1.5 Driftkostnad 11
3.1.6 Konsekvensbeskrivning – It/Telefoni 11
3.1.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet 11
3.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar 11

1 Begärda igångsättningsbeslut - MT

Nedan beskrivs de medicintekniska investeringar överstigande 500 tkr för vilka igångsättningsbeslut önskas erhållas.

1.1 OCT till ögonklinikens mottagning i Karlskrona för säkrare och snabbare diagnostik.

1.1.1 Förutsättningar

Med en modern OCT (Optisk koherenstomografi) klarar man att undersöka en patient på 10-12 minuter, att jämföra med de två som finns i Karlskrona idag, där en undersökning tar ca 40 min. På ögonmottagningen i Karlshamn finns en sådan modernare OCT sedan 2016, men patienttrycket har ökat så mycket att en av utrustningarna behöver bytas ut i Karlskrona.

Ärendet har varit uppe för beslut i Nämnden för Blekingesjukhuset 2018-10-11, 2018/01457-2.

1.1.2 Projektbeskrivning

OCT:n ska användas uppkopplad mot befintligt, webbaserade programvara Imagenet 6.

1.1.3 Bakgrund och syfte till investering

Investeringen finns inte med i investeringsbudgeten.
En funktion på OCT-apparaten i Karlshamn som läkarna ser som mycket viktig (OCT-angiografi) har börjat användas. Funktionen gör att vi inte har samma behov att göra FA-ICG-undersökning för diagnostisering av bl.a. näthinnesjukdomar. Detta innebär för patienterna en betydligt snabbare handläggningstid till behandling, vilket är en stor förbättring för patienterna. Denna funktion finns enbart på den apparat vi har i Karlshamn och behövs även i Karlskrona. Viktigt är också att ny OCT är kompatibel med de gamla för att kunna jämföra med tidigare tagna bilder.

1.1.4 Investeringsutgift

Investeringsutgiften bedöms till 900 000 kr.

1.1.5 Driftkostnad

Ingen driftkostnad.

1.1.6 Konsekvensbeskrivning – MT

Inget serviceavtal behövs.

1.1.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Risk för komplikationer på grund av väntetiden. Läget är att betrakta som akut.

1.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

Patienterna slipper åka mellan våra sjukhus för undersökning.

1.2 Infusions- och volympumpar till Blekingesjukhuset

1.2.1 Förutsättningar

Behov att reinvestering av infusions- och volympumpar till hela Landstinget Blekinge då dessa är av olika ålder. Supporten blir mer och mer begränsad från leverantören då nya modeller lanserats. Befintliga pumpar finns inte längre att köpa.

Ärendet har varit uppe för beslut i Nämnden för Blekingesjukhuset 2018-10-11, 2018/01457-2.

1.2.2 Projektbeskrivning

Reinvestering avser ett ramavtal med ett känt grundbehov. Objekt 100871 i investeringsplanen.

1.2.3 Bakgrund och syfte till investering

De flesta pumpar är från 2008 då förra upphandlingen gjordes, men det finns även kvar pumpar från tidigare år, samt några nyare som kompletteringsköpts eller bytts ut.

1.2.4 Investeringsutgift

Efter inventering bedöms investeringsutgiften till 10 500 000 kr.

1.2.5 Driftkostnad

Oförändrad driftskostnad för verksamheten.
Minskning av serviceavtal år 1 och 2, återkommer år 3 för MTA.

1.2.6 Konsekvensbeskrivning – MT

Stora fördelar i hantering av de nya pumparna vid införande av nya protokoll och förbrukningsmateriel. Införandet av ny utrustning kommer att också kräva ett logistikarbete tillsammans med vårdverksamheterna och IT.

1.2.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

De befintliga pumparna är ofta på reparation. Ett nytt pumpsystem medför stora fördelar vid lån från andra kliniker.

1.2.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

En avsevärd arbetsmiljöförbättring för alla.

1.2.9 Byggnadspåverkan

Ingen påverkan.

1.2.10 Påverkan IT

Ett modernt system kommer att behöva tillgång till nätverk för optimal funktion.

1.3 Storambulans för transportkuvös

1.3.1 Förutsättningar

Ambulansen för transport av kuvös är gammal, har gått många mil och är ofta trasig. Ambulansen används även för transport av extremt stora patienter.

Ärendet har varit uppe för beslut i Nämnden för Blekingesjukhuset 2018-10-11, 2018/01457-2.

1.3.2 Projektbeskrivning

Reinvestering avser ett köp av ett ambulansfordon. Objekt 100781 i investeringsplanen.

1.3.3 Bakgrund och syfte till investering

Vid transporter med kuvös rekommenderas att den placeras tvärs färdriktningen av säkerhetsskäl. Detta klarar inte vanliga personbilsambulanser och därför behövs en större ambulans.

1.3.4 Investeringsutgift

Investeringsutgiften bedöms till 2 000 000 kr.

1.3.5 Driftkostnad

Oförändrad driftskostnad för verksamheten.

1.3.6 Konsekvensbeskrivning – MT

Inga direkta konsekvenser för MT.

1.3.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Situationen är ohållbar på grund av de ständiga reparationerna och transporter måste genomföras med personbilsambulanser där kuvösen lastas i färdriktningen. Reparationskostnaderna är dessutom höga.

1.3.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

En ny ambulans uppfyller helt andra miljökrav.

1.3.9 Byggnadspåverkan

Ingen påverkan.

1.4 RetCam shuttle till ögonklinikens mottagning i Karlskrona för säkrare och snabbare diagnostik av ögonbotten hos nyfödda.

1.4.1 Förutsättningar

Idag används en metod med indirekt oftalmoskopi, vilket innebär att ögonbotten avbildas med en teckning där misstänkta förändringar antecknas. Tillvägagångssättet innebär att man bara kan se en liten del av näthinnan i taget och ibland inte något alls. RetCam shuttle kan liknas med en liten portabel ögonbottenkamera anpassad för prematurer. Här avbildas näthinnan på ett standardiserat sätt med en kamera. Bilderna kan sedan diskuteras och vid behov även skickas på remiss för bedömning.

Ärendet har varit uppe för beslut i Nämnden för Blekingesjukhuset 2018-10-11, 2018/01457-2.

1.4.2 Projektbeskrivning

Bilder som tas kan lagras och efterbehandlas i medföljande viewer. Slutlagring sker sedan i befintliga system.

1.4.3 Bakgrund och syfte till investering

Investeringen finns med i investeringsbudgeten med utbetalning 2019.
I studier mellan metoderna har visats att 350 % fler förändringar i ögonbotten upptäcks med RetCam mot den befintliga metoden med indirekt oftalmoskopi.

1.4.4 Investeringsutgift

Investeringsutgiften bedöms till 1 085 000 kr.

1.4.5 Driftkostnad

Oförändrad driftkostnad.

1.4.6 Konsekvensbeskrivning – MT

Serviceavtal från år 3.

1.4.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Skåne, Kalmar, Kronoberg m.fl. har RetCam med viewer. Blekinge saknar idag möjligheten till samarbete med någon m.a.p. remissbedömning.
Nyvarande metod är dessutom mycket otillfredsställande ur både patientperspektiv och kollegial utbildning för personalen.

1.4.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

Ingen miljöinverkan, men bättre för läkarna och mycket bättre för patienterna.

1.4.9 Byggnadspåverkan

Ingen påverkan.

2 Begärda igångsättningsbeslut - Fastighet

Nedan beskrivs de fastighetsinvesteringar överstigande 1 mnkr för vilka igångsättningsbeslut önskas erhållas.

2.1 Ny serverhall, Karlskrona, kompletteringsärende

2.1.1 Förutsättningar

Ärendet omfattar komplettering till tidigare taget igångsättningsbeslut vid landstingsstyrelsens möte 2017-05-29 ärende §124.
Igångsättningsbeslut söks för genomförande av rubricerat projekt.

- Objektsnummer i investeringsplan: 200146
- Förstudie och förprojektering har genomförts inom ramen för delegation.
- Projektet förutsätter att IT-investering 300107 erhåller igångsättningsbeslut. Se under avsnitt 3.

2.1.2 Projektbeskrivning

Projektet omfattar förberedande markarbeten, infrastruktur samt en byggnad på ca 250 m^2. Byggnaden levereras i moduler som ett färdigt koncept för serverhallar med tillhörande tekniska system för avbrottsfri kraft, kylanläggning, brandsläckningssystem, datanätverk m.m. Avrop av modulbyggnad görs från landstingets befintliga it-avtal. Serverhallen kommer anslutas mot byggnad 35 (panncentralen) för att förenkla åtkomst vid service- och underhållsarbete för såväl it:s personal som för fastighetsdrift. Även transporter av känslig it-utrustning till- och från serverhallen kan då ske inomhus.

2.1.3 Bakgrund och syfte till investering

Affärsområde Teknik har behov av en ny serverhall för att kunna upprätthålla redundans av it-systemen (se separat igångsättningsärende för it-investering 300107). Fastighet har inga lediga lokaler att erbjuda i befintliga byggnader.

2.1.4 Investeringsutgift

Den totala fastighetsinvesteringen för projektet är kalkylerad till 23,5 mnkr. Tidigare beslut var på 11 mnkr.

- 3 mnkr av den ökade fastighetsinvesteringen avser kostnader för utrustning som inledningsvis hanterades som en it-investering men som efter vidare förstudie får anses vara en fastighetsinvestering. Dessa 3 mnkr är redan beviljade som en it-investering vid landstingsstyrelsens möte i maj 2017. Omfördelning av dessa medel görs mellan investeringsslagen it och fastighet.
- Kostnadsökningen i övrigt är framförallt en följd av att verksamheten har arbetat fram en mer detaljerad kravspecifikation, vilket resulterat i att leverantören har kunnat presentera en slutlig offert
- Arbeten gällande anslutning av elkraft och fibernät är mer omfattande än vid första bedömningen.

Nerlagda kostnader för utredning och förprojektering belastar landstingsservice budget om projektet inte genomförs.

2.1.5 Driftkostnad

Landstingsservice hyra inklusive mediekostnad för de nya lokalerna är preliminärt beräknad till 1 256 000 kr/år. Hyran är beräknad på en genomsnittslig avskrivningstid på 20 år.

Bedömda tillkommande kostnader för städ: 8 000 kr/år. Beräkningen baseras på städkostnad per kvadratmeter i nuvarande serverhall i byggnad 13.

2.1.6 Konsekvensbeskrivning - Fastighet

Konsekvensbeskrivning ur ett fastighetsperspektiv om investeringen inte genomförs:
Fastighet kan inte tillgodose behovet av en ändamålsenlig lokal.
Att flytta nuvarande serverhall är ett led i att tomställa byggnad 13 inför framtida rivning.

2.1.7 Konsekvensbeskrivning - Verksamhet

Konsekvensbeskrivning ur ett verksamhetsperspektiv om investeringen inte genomförs:
Se separat igångsättningsärende för IT-investering 300107 under avsnitt 3.

2.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättring

Byggprojektet kommer att genomföras i linje med Landstingets miljö- och hållbarhetsplan.
I övrigt innebär projektet inte någon större miljö- eller hållbarhetsförbättring.

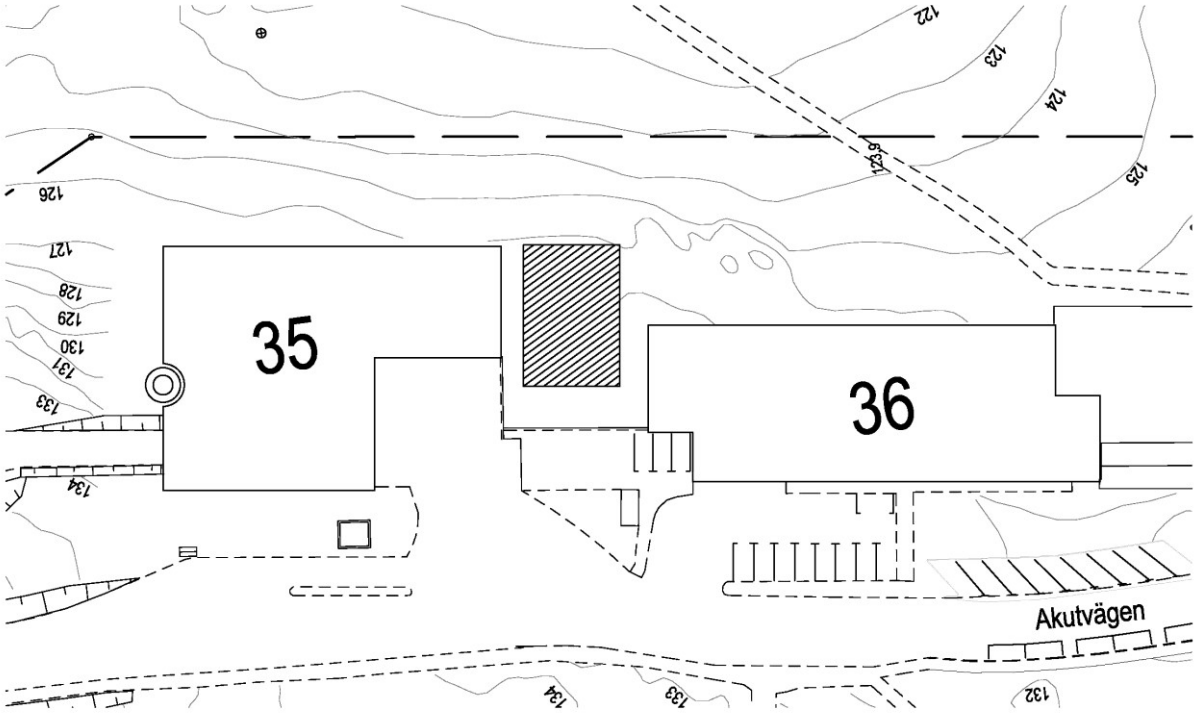


Bild 1. Placeringsförslag serverhall

3 Begärda igångsättningsbeslut – It/Telefoni

Nedan beskrivs de fastighetsinvesteringar överstigande 1 mnkr för vilka igångsättningsbeslut önskas erhållas.

3.1 Redundant datahall och datacenterutrustning, kompletteringsärende

3.1.1 Förutsättningar

Ärendet omfattar omfördelning till tidigare tagit igångsättningsbeslut vid landstingsstyrelsen 2017-05-29 ärende §124.

- Förändringana avser omfördelning av kostnader för byggnaden som inledningsvis tolkades vara it-investering enligt gränsdragningslistan.
- Den totala it-investeringen för projektet är kalkylerat att gå från 6 000 000 kr till 3 000 000 kr där mellanskillnaden ska överföras till investering märkt 200146, se avsnitt 2
- Investeringen förutsätter att fastighetsinvesteringen, märkt 200146, erhåller igångsättningsbeslut

Nedanstående text är med från första underlaget:

Igångsättningsbeslut söks för rubricerat projekt.

- Projektet finns med i planen för it-investeringar under 2017-2021.
- Objektsnummer i investeringsplan: 300107.
- Projektet förutsätter att investering 200146 erhåller igångsättningsbeslut.

3.1.2 Projektbeskrivning

Projektet omfattar ny datacenterutrustning för Landstinget Blekinges it-system i en redundant datahall. Datacenterutrustningen placeras i ny datahallsbyggnad (se investering 200146) inom sjukhusområdet Karlskrona och datacenterutrustningen ska spegla den miljö som finns idag.

3.1.3 Bakgrund och syfte till investering

It-tjänsteplattformen är idag placerad i byggnad 13 inom sjukhusområdet Karlskrona. För att kunna möta ombyggnad, framtida digitalisering och samtidigt säkerställa leverans av våra it-tjänster är syftet att skapa en geografisk redundans för datacenterutrustningen.

Genom att bygga en redundant datahall funktionssäkras it-leveransen, detta för att man ska kunna åstadkomma en stark funktionssäkerhet för Landstinget Blekinge, och på så sätt säkerställa en hög it-leverans under allvarliga händelser.

3.1.4 Investeringsutgift

Den totala it-investeringen för projektet är kalkylerad till 3 mnkr. Tidigare beslut var på 6 mnkr.

- 3 mnkr från den beslutade investeringen avser kostnader för utrustning som inledningsvis tolkades vara kostander för it enligt gränsdragningslistan. Omfördelning av dessa medel görs mellan investeringsslagen it och fastighet.

Nerlagda kostnader för utredning och förprojektering belastar landstingsservice budget om projektet inte genomförs.

3.1.5 Driftkostnad

Underhållskostnaden ingår normalt under de första 3 åren.

3.1.6 Konsekvensbeskrivning – It/Telefoni

Konsekvensbeskrivning ifrån It-infrastruktur om investeringen inte genomförs:
Konsekvenserna kan ses som flera:

- Ett eventuellt driftavbrott av datahallen kommer orsaka funktionsproblem för Landstinget Blekinges it-verksamhet. Användaren kan inte längre arbeta digitalt, reservrutin får gälla
- Idag är datacenterutrustningen placerad i byggnad 13, vilken är sårbar och kräver omfattande renoveringar framöver för att inom en femårsperiod rivas
- När all ombyggnation sätts igång ökar riskerna att något allvarligt kan hända

3.1.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Se punkt 3.1.6

3.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

Byggprojektet kommer att genomföras i linje med Landstingets miljö- och hållbarhetsplan.
I övrigt innebär projektet inte någon större miljö- eller hållbarhetsförbättring.

LANDSTINGET BLEKINGE

Landstingsservice stab
Christin Samuelsson

2018-09-26

Ärendenummer 2018/01457
Dokumentnummer 2018/01457-2

Till Nämnden för Blekingesjukhuset

Igångsättningsbeslut investeringar, Nämnden för Blekingesjukhuset oktober 2018

Förslag till beslut

Nämnden för Blekingesjukhuset förslår att landstingsstyrelsen beslutar

1. Att bevilja igångsättningsbeslut för OCT till ögonklinikens mottagning på Blekingesjukhuset i Karlskrona
2. Att bevilja igångsättningsbeslut för infusions- och volympumpar
3. Att bevilja igångsättningsbeslut för storambulans för transportkuvös till Blekingesjukhuset
4. Att bevilja igångsättningsbeslut för RetCam shuttle till ögonklinikens mottagning på Blekingesjukhuset i Karlskrona

Sammanfattning

Igångsättningsbeslut söks för reinvestering av OCT på ögonkliniken i Karlskrona. Idag finns två äldre apparater för att göra OCT (optisk koherenstomografi) på patienter. En av dessa apparater behöver nu bytas ut till en modernare, lika som finns i Karlshamn idag. Det innebär snabbare handläggningstid för patienterna och kortare undersökningstid, 10-12 minuter mot dagens ca 40 minuter. Pateinterna slipper åka mellan sjukhusen för undersökning och väntetiden kan kortas.

Igångsättningsbeslut söks för reinvestering av infusions- och volympumpar till landstinget. Dagens pumpar är av olika ålder. Supporten blir mer och mer begränsad från leverantören och befintliga pumpar finns inte längre att köpa. Reinvesteringen avser ett ramavtal.

Igångsättningsbeslut söks för reinvestering av ambulans för transport av kuvös. Dagens ambulans är gammal och har gått många mil och är dessutom ofta trasig. Vid transporter av kuvös

rekommenderas att kuvösen placeras tvärs färdriktningen av säkerhetsskäl. Detta klarar inte vanliga personbilsambulanser.

Igångsättningsbeslut söks för RetCam shuttle till ögonklinikens mottagning i Karlskrona för säkrare och snabbare diagnostik av ögonbotten hos nyfödda. RetCam shuttle kan liknas med en liten portabel ögonbottenkamera anpassad för prematurer. Här avbildas näthinnan på ett standardiserat sätt med en kamera. Bilderna kan sedan diskuteras och vid behov även skickas på remiss för bedömning.

Karlskrona enligt ovan

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Per Johansson
Förvaltningschef
Landstingsservice

Bilaga

- Bilaga igångsättningsbeslut Nämnden för Blekingesjukhuset, oktober 2018 (2018/01457-2)

Igångsättningsbeslut

Nämnden för Blekingesjukhuset

Oktober 2018

Ärende: 2018/01457

Dokument: 2018/01457-2

LANDSTINGET BLEKINGE

Innehållsförteckning

1 Begärda igångsättningsbeslut - MT 3
1.1 OCT till ögonklinikens mottagning i Karlskrona för säkrare och snabbare diagnostik. 3
1.1.1 Förutsättningar 3
1.1.2 Projektbeskrivning 3
1.1.3 Bakgrund och syfte till investering 3
1.1.4 Investeringsutgift 3
1.1.5 Driftkostnad 3
1.1.6 Konsekvensbeskrivning – MT 3
1.1.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet 3
1.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar 3
1.2 Infusions- och volympumpar till Blekingesjukhuset 4
1.2.1 Förutsättningar 4
1.2.2 Projektbeskrivning 4
1.2.3 Bakgrund och syfte till investering 4
1.2.4 Investeringsutgift 4
1.2.5 Driftkostnad 4
1.2.6 Konsekvensbeskrivning – MT 4
1.2.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet 4
1.2.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar 4
1.2.9 Byggnadspåverkan 4
1.2.10 Påverkan IT 4
1.3 Storambulans för transportkuvös 5
1.3.1 Förutsättningar 5
1.3.2 Projektbeskrivning 5
1.3.3 Bakgrund och syfte till investering 5
1.3.4 Investeringsutgift 5
1.3.5 Driftkostnad 5
1.3.6 Konsekvensbeskrivning – MT 5
1.3.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet 5
1.3.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar 5
1.3.9 Byggnadspåverkan 5
1.4 RetCam shuttle till ögonklinikens mottagning i Karlskrona för säkrare och snabbare diagnostik av ögonbotten hos nyfödda. 6
1.4.1 Förutsättningar 6
1.4.2 Projektbeskrivning 6
1.4.3 Bakgrund och syfte till investering 6
1.4.4 Investeringsutgift 6
1.4.5 Driftkostnad 6
1.4.6 Konsekvensbeskrivning – MT 6
1.4.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet 6
1.4.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar 6
1.4.9 Byggnadspåverkan 6

1 Begärda igångsättningsbeslut - MT

Nedan beskrivs de medicintekniska investeringar överstigande 500 tkr för vilka igångsättningsbeslut önskas erhållas.

1.1 OCT till ögonklinikens mottagning i Karlskrona för säkrare och snabbare diagnostik.

1.1.1 Förutsättningar

Med en modern OCT (Optisk koherenstomografi) klarar man att undersöka en patient på 10-12 minuter, att jämföra med de två som finns i Karlskrona idag, där en undersökning tar ca 40 min. På ögonmottagningen i Karlshamn finns en sådan modernare OCT sedan 2016, men patienttrycket har ökat så mycket att en av utrustningarna behöver bytas ut i Karlskrona.

1.1.2 Projektbeskrivning

OCT:n ska användas uppkopplad mot befintligt, webbaserade programvara Imagenet 6.

1.1.3 Bakgrund och syfte till investering

Investeringen finns inte med i investeringsbudgeten.
En funktion på OCT-apparaten i Karlshamn som läkarna ser som mycket viktig (OCT-angiografi) har börjat användas. Funktionen gör att vi inte har samma behov att göra FA-ICG-undersökning för diagnostisering av bl.a. näthinnesjukdomar. Detta innebär för patienterna en betydligt snabbare handläggningstid till behandling, vilket är en stor förbättring för patienterna. Denna funktion finns enbart på den apparat vi har i Karlshamn och behövs även i Karlskrona. Viktigt är också att ny OCT är kompatibel med de gamla för att kunna jämföra med tidigare tagna bilder.

1.1.4 Investeringsutgift

Investeringsutgiften bedöms till 900 000 kr.

1.1.5 Driftkostnad

Ingen driftkostnad.

1.1.6 Konsekvensbeskrivning – MT

Inget serviceavtal behövs.

1.1.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Risk för komplikationer på grund av väntetiden. Läget är att betrakta som akut.

1.1.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

Patienterna slipper åka mellan våra sjukhus för undersökning.

1.2 Infusions- och volympumpar till Blekingesjukhuset

1.2.1 Förutsättningar

Behov att reinvestering av infusions- och volympumpar till hela Landstinget Blekinge då dessa är av olika ålder. Supporten blir mer och mer begränsad från leverantören då nya modeller lanserats. Befintliga pumpar finns inte längre att köpa.

1.2.2 Projektbeskrivning

Reinvestering avser ett ramavtal med ett känt grundbehov. Objekt 100871 i investeringsplanen.

1.2.3 Bakgrund och syfte till investering

De flesta pumpar är från 2008 då förra upphandlingen gjordes, men det finns även kvar pumpar från tidigare år, samt några nyare som kompletteringsköpts eller bytts ut.

1.2.4 Investeringsutgift

Efter inventering bedöms investeringsutgiften till 10 500 000 kr.

1.2.5 Driftkostnad

Oförändrad driftskostnad för verksamheten.
Minskning av serviceavtal år 1 och 2, återkommer år 3 för MTA.

1.2.6 Konsekvensbeskrivning – MT

Stora fördelar i hantering av de nya pumparna vid införande av nya protokoll och förbrukningsmateriel. Införandet av ny utrustning kommer att också kräva ett logistikarbete tillsammans med vårdverksamheterna och IT.

1.2.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

De befintliga pumparna är ofta på reparation. Ett nytt pumpsystem medför stora fördelar vid lån från andra kliniker.

1.2.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

En avsevärd arbetsmiljöförbättring för alla.

1.2.9 Byggnadspåverkan

Ingen påverkan.

1.2.10 Påverkan IT

Ett modernt system kommer att behöva tillgång till nätverk för optimal funktion.

1.3 Storambulans för transportkuvös

1.3.1 Förutsättningar

Ambulansen för transport av kuvös är gammal, har gått många mil och är ofta trasig. Ambulansen används även för transport av extremt stora patienter.

1.3.2 Projektbeskrivning

Reinvestering avser ett köp av ett ambulansfordon. Objekt 100781 i investeringsplanen.

1.3.3 Bakgrund och syfte till investering

Vid transporter med kuvös rekommenderas att den placeras tvärs färdriktningen av säkerhetsskäl. Detta klarar inte vanliga personbilsambulanser och därför behövs en större ambulans.

1.3.4 Investeringsutgift

Investeringsutgiften bedöms till 2 000 000 kr.

1.3.5 Driftkostnad

Oförändrad driftskostnad för verksamheten.

1.3.6 Konsekvensbeskrivning – MT

Inga direkta konsekvenser för MT.

1.3.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Situationen är ohållbar på grund av de ständiga reparationerna och transporter måste genomföras med personbilsambulanser där kuvösen lastas i färdriktningen. Reparationskostnaderna är dessutom höga.

1.3.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

En ny ambulans uppfyller helt andra miljökrav.

1.3.9 Byggnadspåverkan

Ingen påverkan.

1.4 RetCam shuttle till ögonklinikens mottagning i Karlskrona för säkrare och snabbare diagnostik av ögonbotten hos nyfödda.

1.4.1 Förutsättningar

Idag används en metod med indirekt oftalmoskopi, vilket innebär att ögonbotten avbildas med en teckning där misstänkta förändringar antecknas. Tillvägagångssättet innebär att man bara kan se en liten del av näthinnan i taget och ibland inte något alls. RetCam shuttle kan liknas med en liten portabel ögonbottenkamera anpassad för prematurer. Här avbildas näthinnan på ett standardiserat sätt med en kamera. Bilderna kan sedan diskuteras och vid behov även skickas på remiss för bedömning.

1.4.2 Projektbeskrivning

Bilder som tas kan lagras och efterbehandlas i medföljande viewer. Slutlagring sker sedan i befintliga system.

1.4.3 Bakgrund och syfte till investering

Investeringen finns med i investeringsbudgeten med utbetalning 2019.
I studier mellan metoderna har visats att 350 % fler förändringar i ögonbotten upptäcks med RetCam mot den befintliga metoden med indirekt oftalmoskopi.

1.4.4 Investeringsutgift

Investeringsutgiften bedöms till 1 085 000 kr.

1.4.5 Driftkostnad

Oförändrad driftkostnad.

1.4.6 Konsekvensbeskrivning – MT

Serviceavtal från år 3.

1.4.7 Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Skåne, Kalmar, Kronoberg m.fl. har RetCam med viewer. Blekinge saknar idag möjligheten till samarbete med någon m.a.p. remissbedömning.
Nyvarande metod är dessutom mycket otillfredsställande ur både patientperspektiv och kollegial utbildning för personalen.

1.4.8 Miljö- och hållbarhetsförbättringar

Ingen miljöinverkan, men bättre för läkarna och mycket bättre för patienterna.

1.4.9 Byggnadspåverkan

Ingen påverkan.

§ 102/18 Ärendenummer: 2018/01457

Igångsättningsbeslut investeringar, Nämnden för Blekingesjukhuset oktober 2018

Nämnden för Blekingesjukhuset föreslår att landstingsstyrelsen beslutar

1. Att bevilja igångsättningsbeslut för OCT till ögonklinikens mottagning på Blekingesjukhuset i Karlskrona
2. Att bevilja igångsättningsbeslut för infusions- och volympumpar
3. Att bevilja igångsättningsbeslut för storambulans för transportkuvös till Blekingesjukhuset
4. Att bevilja igångsättningsbeslut för RetCam shuttle till ögonklinikens mottagning på Blekingesjukhuset i Karlskrona

Sammanfattning

Igångsättningsbeslut söks för reinvestering av OCT på ögonkliniken i Karlskrona. Idag finns två äldre apparater för att göra OCT (optisk koherenstomografi) på patienter. En av dessa apparater behöver nu bytas ut till en modernare, lika som finns i Karlshamn idag. Det innebär snabbare handläggningstid för patienterna och kortare undersökningstid, 10-12 minuter mot dagens ca 40 minuter. Pateinterna slipper åka mellan sjukhusen för undersökning och väntetiden kan kortas.
Igångsättningsbeslut söks för reinvestering av infusions- och volympumpar till landstinget. Dagens pumpar är av olika ålder. Supporten blir mer och mer begränsad från leverantören och befintliga pumpar finns inte längre att köpa. Reinvesteringen avser ett ramavtal.
Igångsättningsbeslut söks för reinvestering av ambulans för transport av kuvös. Dagens ambulans är gammal och har gått många mil och är dessutom ofta trasig. Vid transporter av kuvös rekommenderas att kuvösen placeras tvärs färdriktningen av säkerhetsskäl. Detta klarar inte vanliga personbilsambulanser.
Igångsättningsbeslut söks för RetCam shuttle till ögonklinikens mottagning i Karlskrona för säkrare och snabbare diagnostik av ögonbotten hos nyfödda. RetCam shuttle kan liknas med en liten portabel ögonbottenkamera anpassad för prematurer. Här avbildas näthinnan på ett standardiserat sätt med en kamera. Bilderna kan sedan diskuteras och vid behov även skickas på remiss för bedömning.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse: Igångsättningsbeslut investeringar, nämnden för blekingesjukhuset oktober 2018.
Bilaga: Igångsättningsbeslut

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen
Förvaltningschef för Blekingesjukhuset

§ 367/18 Ärendenummer: 2018/01457

Igångsättningsbeslut investeringar

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att bevilja igångsättningsbeslut för OCT till ögonklinikens mottagning på Blekingesjukhuset i Karlskrona
2. Att bevilja igångsättningsbeslut för infusions- och volympumpar
3. Att bevilja igångsättningsbeslut för storambulans för transportkuvös till Blekingesjukhuset
4. Att bevilja igångsättningsbeslut för RetCam shuttle till ögonklinikens mottagning på Blekingesjukhuset i Karlskrona
5. Att bevilja igångsättningsbeslut för ny serverhall, Karlskrona
6. Att bevilja igångsättningsbeslut för redundant datahall och datacenterutrustning

Sammanfattning

Igångsättningsbeslut söks för reinvestering av OCT på ögonkliniken i Karlskrona. Idag finns två äldre apparater för att göra OCT (optisk koherenstomografi) på patienter. En av dessa apparater behöver nu bytas ut till en modernare, lika som finns i Karlshamn idag. Det innebär snabbare handläggningstid för patienterna och kortare undersökningstid, 10-12 minuter mot dagens ca 40 minuter. Pateinterna slipper åka mellan sjukhusen för undersökning och väntetiden kan kortas.
Igångsättningsbeslut söks för reinvestering av infusions- och volympumpar till landstinget. Dagens pumpar är av olika ålder. Supporten blir mer och mer begränsad från leverantören och befintliga pumpar finns inte längre att köpa. Reinvesteringen avser ett ramavtal.
Igångsättningsbeslut söks för reinvestering av ambulans för transport av kuvös. Dagens ambulans är gammal och har gått många mil och är dessutom ofta trasig. Vid transporter av kuvös rekommenderas att kuvösen placeras tvärs färdriktningen av säkerhetsskäl. Detta klarar inte vanliga personbilsambulanser.
Igångsättningsbeslut söks för RetCam shuttle till ögonklinikens mottagning i Karlskrona för säkrare och snabbare diagnostik av ögonbotten hos nyfödda. RetCam shuttle kan liknas med en liten portabel ögonbottenkamera anpassad för prematurer. Här avbildas näthinnan på ett standardiserat sätt med en kamera. Bilderna kan sedan diskuteras och vid behov även skickas på remiss för bedömning.
Igångsättningsbeslut söks för byggnation av ny serverhall i Karlskrona. Det finns behov av en ny serverhall för att upprätthålla redundans av it-systemen. Det finns inga lediga lokaler att erbjuda i befintliga byggnader. Investeringen är beroende av att it-investeringen som är kopplad till denna serverhall också får ett igångsättningsbeslut.
Igångsättningsbeslut söks för redundant datahall och datacenterutrustning i Karlskrona. Investeringen omfattar nu datacenterutrustning för Landstinget Blekinges it-system i en redundant datahall. Investeringen är beroende av att fastighetsinvesteringen på serverhall får igångsättningsbeslut.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Igångsättningsbeslut investeringar
Bilaga: Igångsättningsbeslut landstingsstyrelsen november 2018.
Bilaga: Protokollutdrag § 102 nämnden för Blekingesjukhuset angående igångsättningsbeslut investeringar.
Bilaga: Igångsättningsbeslut investeringar, nämnden för Blekingesjukhuset oktober 2018.
Bilaga: Igångsättningsbeslut nämnden för Blekingesjukhuset oktober 2018 .

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Planeringsavdelningen
Helén Andersson

2018-10-22

Ärendenummer 2018/01113
Dokumentnummer 2018/01113-4

Till Landstingsstyrelsen

Remissvar; God och nära vård - en primärvårdsreform, SOU 2018:39

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

1. Att godkänna förslag till remissvar

Sammanfattning

Landstinget Blekinge har fått möjlighet att lämna synpunkter på delbetänkandet ”God och nära vård – en primärvårdsreform”

Landstinget Blekinge ser positivt på det fortsatta arbetet med ”God och nära vård” som stämmer väl med inriktningen i landstingets utvecklingsarbete, Framtidens hälso- och sjukvård.
Det är viktigt att regeringen tar ett samlat ansvar inom området men det är också viktigt att huvudmännen är delaktiga i det kommande arbetet eftersom ansvaret för vården ligger där.

Förslagen i utredningen innebär inte bara en primärvårdsreform utan en strukturomvandling av svensk hälso- och sjukvård som helhet. Det är en genuin förändring i arbetssätt, tankesätt och kultur. En så stor omställning kommer att generera ökade kostnader under omställningen då både gammalt och nytt arbetssätt behöver finnas parallellt under en period. Statligt ekonomiskt stöd kommer att behövas för genomförandet av denna omställning.

Det är mycket bra att bristen på samordning mellan olika huvudmän, vårdaktörer eller insatser lyfts fram. I den fortsatta omställningen är det viktigt att underlätta denna samordning genom att vidareutveckla möjligheten att dela information och att se över laghinder.

Vi välkomnar analysen av ändamålsenligheten i uppdelningen i öppen vård och sluten vård.

I utredningen föreslås en ökad uppföljning av primärvården samt av hur omställningen enligt färdplanen fortlöper. Landstinget instämmer i att det är viktigt att på sikt få en sammanhållen uppföljning där både landstingens och kommunernas insatser följs. En förbättrad uppföljning ger även ökade möjligheter till kvalitetsutveckling i primärvården.
Samtidigt vill vi betona att den utökade uppföljningen inte får innebära ökad administration som inte har ett direkt värde för vården.

För att förändra vården i riktning mot en mer nära vård anser Landstinget Blekinge att det är arbetssätten snarare än organiseringen som behöver förändras. Landstinget anser att det är viktigt med ett personcentrerat förhållningssätt som säkerställer att individens väg genom vården underlättas för att minska risken för kvalitetsbrister i samverkan mellan olika vårdnivåer.

Om primärvård definieras på föreslaget sätt behöver även begreppet ”nära vård” definieras. Landstinget anser att nära vård kan vara annat än primärvård såsom att specialister från sjukhus utför insatser i patientens hem.
Landstinget ser också ett problem i att rymma den kommunala hälso- och sjukvården inom den föreslagna definitionen av primärvård eftersom den kommunala vården endast riktas till bestämda grupper.

Det är positivt att primärvårdens uppdrag blir tydligare och nationellt. Förändringen av vården syftar till att primärvården ska vara den vårdnivå som ska kunna möta de flesta behoven av hälso- och sjukvård. Landstinget anser dock att utredningen behöver bättre belysa vilka insatser som krävs för att öka tilliten till primärvården och få invånarna att ändra sina sökmönster.

Landstinget är positiva till en ökad likriktning mellan landstingens förfrågningsunderlag och ersättningssystem för vårdval.

En översyn av administration i vården som intyg och signering är välkommet. Det är viktigt att man vidareutvecklar och använder de gemensamma tekniska förutsättningar som redan finns såsom ”Webcert” och intygstjänsten, för att underlätta intygshanteringen.

Bakgrund

Landstinget Blekinge har tidigare (2017) lämnat synpunkter på delbetänkandet ”God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild”.
Landstinget Blekinge föreslog då att målbilden och den fortsatta utredningen kompletteras med ett personcentrerat perspektiv där vi kan involvera patient/invånare i sin egen vård. Landstinget föreslog även att folkhälsa, prevention och egenvård lyfts fram mer och tryckte på att den omfattande förändring som omställningen innebär är öppet för helt nya, innovativa angreppssätt och samverkan mellan olika vårdgivare och andra aktörer. Hela hälso- och sjukvården behöver nya arbetssätt som utgår från individens behov samt ser helheten och inte ”bara” överföring av resurser.

I det aktuella delbetänkandet ”God och nära vård – en primärvårdsreform” noterar landstinget med tillfredsställese att dess synpunkter på det första delbetänkandet till stor del är omhändertagna men anser att de kan utvecklas ytterligare.

Fördjupad ärendebeskrivning

Landstinget Blekinges kommentarer och synpunkter på delbetänkandet ”God och nära vård – en primärvårdsreform”

Övergripande

Landstinget Blekinge ser positivt på det fortsatta arbetet med God och nära vård. Det är viktigt att regeringen tar ett samlat ansvar inom området men det är också viktigt att huvudmännen är delaktiga och engagerade i det kommande arbetet eftersom ansvaret för vården ligger där.

Den förändring som föreslås i utredningen är inte bara en primärvårdsreform utan en strukturomvandling av svensk hälso- och sjukvård. Det är ett omfattande arbete som kommer att ta lång tid i anspråk och kommer att kräva en stor uthållighet i ett omfattande samverkansarbete.

Kapitel 2-6 ger en bra bakgrund och nulägesbild både nationellt och internationellt

Vi har valt att fokusera vårt mer detaljerade svar på utredningens förslag, bedömningar och exempel på framgångsfaktorer som presenteras i kapitel 8-11.

Nationell plan för en god och nära vård (8)

8.1.1 Fördjupad målbild och färdplan: från akutsjukhus till nära vård

Målbilden från utredningen:
”Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg, som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso och sjukvård och med socialtjänsten.”

I målbilden ovan saknar landstinget samspelet med övriga delar av samhället och andra aktörer. Med ett genuint fokus på prevention bör samverkan med skolor, föreningsliv mm vara en viktig del

8.1.2 Hur hänger vården ihop?

Det är mycket bra att bristen på samordning mellan olika huvudmän, vårdaktörer eller insatser lyfts fram.
Landstinget instämmer i ambitionen/målet som beskrivs så här "*Det är tydligt att vården samordnas och hänger ihop oavsett huvudman eller vårdaktör. Stöd till egenvård och förebyggande arbete är centrala delar i bilden. Hälso- och sjukvården och omsorgen mobiliseras utifrån personen, som i det moderna hälso- och sjukvårdssystemet är subjekt i förhållande till vården och omsorgen, inte längre ett passivt objekt.*"

8.2 Utredningens fortsatta arbete

Landstinget är positivt till de delar som föreslås för fortsatt utveckling.

Vi upplever det som att kommunernas del i primärvården beskrivs lite skiftande i olika stycken.
Vi välkomnar ambitionen att titta närmare på "*hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.*"

Vi välkomnar även analysen av ändamålsenligheten i uppdelningen i öppen vård och sluten vård.
Ett förtydligande av "Nära vård" behövs också.

8.3 Att följa färdplanen

De 4 storheter som ska följas för att se hur utvecklingen framskrider är:

- *Befolkning: Förtroende för hälso- och sjukvården.*
- *Process: Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.*
    - Kommentar: följs nu för äldre (65år och uppåt) men behöver följas för alla åldersgrupper
- *Medarbetare: Andel (procent) utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis.*
    - Kommentar: följa hur många specialister i allmänmedicin som finns anställda i stället?
- *Ekonomi: Kostnadsandel (procent) i det som definieras som landsting/regioners primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i landsting/region.*
    - Kommentar: undanta läkemedelskostnader eftersom de hanteras olika i olika landsting samt över tid

Uppföljningen av utvecklingen av den nära vården måste ske på flera nivåer och bör utformas i nära samverkan med kommuner och landsting.
Det är bra att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får ett övergripande uppdrag i uppföljningen.

8.4 Systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Landstinget ser positivt på ambitionen att skapa en nationell uppföljning.
Det är viktigt att på sikt få en sammanhållen uppföljning där både landstingens och kommunernas insatser följs. En förbättrad uppföljning ger även ökade möjligheter till kvalitetsutveckling i primärvården.
Den utökade uppföljningen får inte innebära ökad administration i sig. Den eventuella ökade administrationen ska ha ett värde i vården.

Införandet av ”primärvårdskvalitet” bör kunna bidra till en bättre uppföljning när det gäller landstingens del i primärvården.
Det är även viktigt att titta på om det finns möjlighet att använda andra befintliga lösningar som t.ex. informationsmängder som tillgängliggörs via nationella tjänsteplattformen.

8.5 Överföring av resurser

För att förändra vården i riktning mot en mer nära vård behöves nya arbetssätt. Det är en genuin förändring i arbetssätt, tankesätt och kultur vilket är långt mer än en överföring av resurser. Detta förändringsarbete kommer att generera omställningskostnader som landstingen behöver få hjälp med.

8.6 Det traditionella sjukhusets roll i framtidens vård

Förslagen i delbetänkandet innebär inte bara en primärvårdsreform utan en omstrukturering av hela hälso- och sjukvården. Landstinget instämmer i utredningens påpekande att detta är en stor förändring som tar lång tid. Det är viktigt att det finns en långsiktig plan för helheten och att genomförandet av förändringarna inte stannar av innan helhetsresultatet är på plats.

I utredningen lyfts farhågor för att en satsning på första linjens sjukvård och primärvården kan påverka vårdplatsantalet negativt samt att förändringen genomförs på bekostnad av kvaliteten inom den akuta sjukvården.
Samspelet mellan primärvård och annan specialistvård är ytterligare ett område som kan påverkas negativt om gränserna mellan olika nivåer i vården blir för markerade. Det är viktigt att fokusera på ett personcentrerat förhållningssätt och att säkerställa patientens väg genom hela vården för att minska dessa risker.

En stark primärvård som utgångspunkt för ökad närhet till patienten (9)

Landstinget instämmer i den inledande sammanfattningen om ett personcentrerat perspektiv, att gå från ett system som är uppbyggt kring sjukdomar och institutioner till ett som är designat för mäniskor och deras behov och möjligheter. Det är viktigt att ha med detta synsätt i varje del av förändringen mot den framtida sammanhållna hälso- och sjukvården samt omsorgen.

9.1 Definitionen av primärvård behöver moderniseras

Om primärvård definieras på föreslaget sätt behöver även begreppet ”nära vård” definieras. Nära vård kan vara annat än primärvård. Det kan t.ex. vara specialister från sjukhus som utför insatser i patientens hem.
Vi ser problem med att rymma den kommunala hälso- och sjukvården inom den föreslagna definitionen av primärvård eftersom kommunala vården den endast riktas till bestämda grupper.

9.2 Nationellt utformat grunduppdrag för primärvården

Det är bra att viktiga områden som att utgå från patienters behov och möjligheter, god tillgänglighet, det stödjande uppdraget, en samordnande roll, forskning och utbildning, förebyggande samt rehabiliterande insatser lyfts fram i beskrivningen av uppdraget.

Förändringen av vården syftar till att primärvården ska vara den vårdnivå som ska kunna möta de flesta behoven av vård och det är hit invånarna ska vända sig i första hand med sina hälso- och sjukvårdsbehov. Landstinget anser dock att utredningen behöver bättre belysa vilka insatser som krävs för att öka tilliten till primärvården och få invånarna att ändra sina sökmönster.

9.2.1 Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas

Det är positivt att primärvårdens uppdrag och möjligheter till utveckling blir tydligare

Vi instämmer i att den primära vårdnivån behöver ha en nationell reglering på minst förordningsnivå

9.2.2 Vilka behov ska mötas?

Det är bra att "Flippen i primärvården" lyfts i avsnittet om att olika behov ska mötas.

I utredningen står det: "*Riktad primärvård bör inte införas*"
Vi håller med om att man inte bör ha olika enheter som kräver omlistning vid byte men ser positivt på att, inom en vårdcentral, kunna erbjuda alternativ som svarar upp mot vissa behov. Exempel är unga med psykisk ohälsa, äldre med behov av geriatrisk kompetens, hälsovårdsprogram för äldre eller andra grupper som t.ex. inte omfattas av företagshälsovård mm.

9.2.3 Tillgängligheten i primärvården ska motsvara befolkningens behov

I utredningen står det: "*Det är rimligt att utgå ifrån att de flesta vårdbehov som bör hanteras i primärvården uppstår eller upptäcks mellan cirka kl. 7 och kl. 22 när befolkningen är som mest aktiv*"

Landstinget instämmer i att tillgängligheten till primärvården behöver förbättras. Ett sätt att göra detta är att utöka öppettiderna, det kan även handla om andra kanaler för kontakt som t.ex. digitala besök.

Vi tolkar detta avsnittet som att det är önskvärt med kvällsöppet på vårdcentralerna men inte nödvändigtvis till kl. 22. Det nämns exempel i tandvården som har öppet till kl. 19.
Brådskande behov under tiden mellan 19 och 22 skulle kunna mötas med en jourcentral som kompletteras med digital mottagning om det är ett bra alternativ för invånaren och mellan kl. 22 och 07 bör det inte krävas insatser på primärvårdsnivå.

9.2.5 Primärvårdens samordnande roll

Finns det en risk att vi skapar nya gränser med definition av primärvård utan att trycka på att det är en av delarna i den Nära vården där det är viktigt att ha en sammanhållen helhet?
I utredningen står det att primärvården har en samordnande roll i de fall primärvården är involverad i patientens vård.
Det innebär att det inte finns någon given samordnare av vården i de fall primärvården inte är involverad och vården är att betrakta som Nära vård i samverkan mellan sjukhus och kommun.

Samordning innebär att information behöver delas mellan olika aktörer. De tekniska och lagmässiga hinder som finns för detta behöver utredas och hanteras i det fortsatta arbetet.

9.2.6 Utbildning och forskning inom primärvårdens område samt 9.4.4 Forskning och utbildning

Dagens medicinska forskning har i otillräcklig omfattning baserats på primärvårdens multisjuka patienter och därmed lämnat ett bristande forskningsunderlag för primärvården och omhändertagandet av dessa patienter.
Vi välkomnar en satsning på forskning inom primärvårdens område.

Svårigheterna i att kunna erbjuda handledning som delbetänkandet beskriver är viktiga. Att säkerställa möjligheten till handledning är en förutsättning för att kunna möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov. Dimensionering av utbildningar måste därför alltid göras tillsammans med en analys av hur det påverkar behovet av handledare. Nya arbetssätt och modeller för handledning kommer att behöva tas fram och implementeras för att kunna möta behovet av handledare. Den verksamhetsförlagda delen av utbildningen och den handledning som sker där behöver finnas i ett integrerat system där olika professioner lär av och med varandra, och där vård utvecklas och utförs samtidigt som studenten lär sig.

9.4.1 Arbetssätt och anställningsformer

Det är bra att behovet av interprofessionella arbetssätt lyfts fram, det är en viktig förutsättning för de nya arbetssätt som behövs.
Det behöver utredas hur de tankar utredningen lyfter fram om möjlighet till tjänstgöring hos flera huvudmän och inom olika organisationer förhåller sig till nuvarande arbetsrättslagstiftning, kollektivavtal, pensionssystem etc. att de blir möjliga att på ett enkelt sätt genomföra praktiskt.

I övrigt ligger det som utredningen lyfter fram, t.ex. produktions- och kapacitetsplanering, rätt fördelning av arbetsuppgifter, karriärstegar och rätt använd kompetens, helt i linje med det arbete som redan bedrivs och som behöver utvecklas ytterligare framöver.

9.4.3 Hemsjukvård och hälso- och sjukvård i särskilt boende

I detta avsnitt nämns SIP som ett viktigt verktyg som bör vara en digital lösning kopplad till befintliga dokumentationssystem.

Det pågår ett projekt inom SKL med SIP på plattformen för stöd och behandling. Projektet har stött på hinder när det gäller tolkning av lagar och därmed möjligheterna med informationsutbytet som sker i SIP. Eftersom SIP är en viktig del i den sammanhållna insatsen tycker vi att det är viktigt att säkerställa att det tas fram en SIP-lösning som vi kan använda och att eventuella laghinder utreds.

9.4.5 Åtgärder för att minska beroende av inhyrd vårdpersonal

Arbetet med att bli oberoende av inhyrd personal behöver fortsätta och bedrivas kontinuerligt, precis som det står i delbetänkandet.

9.4.7 Ersättningssystem samt 9.4.8 Förfrågningsunderlag för Vårdval primärvård

En större enhetlighet och en ökad samverkan är positivt inom dessa områden.

Kontinuitet i primärvården (10)

Kontinuitet i kontakten med vården är viktigt i synnerhet i de fall då det är aktuellt med flera besök.
För att uppnå en god kontinuitet är tillgången till fast vårdkontakt, som inte behöver vara en läkare, viktigt. Den fasta vårdkontakten behöver ha ett personcentrerat förhållningssätt och ändamålsenligt digitalt stöd för att få den överblick över ”sina” patienters aktuella situation som krävs för uppdraget. Landstinget anser att i de fall en fast läkarkontakt behövs ska det vara möjligt för patienten att få detta.

För att klara behovet av fast vårdkontakt och fast läkarkontakt krävs bemanning på vakanta tjänster och löpande kompetensutveckling för personalen.

Landstinget ser positivt på möjligheten att begränsa antalet listade patienter per läkare för att upprätthålla god tillgänglighet och kvalitet.

I avsnittet lyfts vikten av interprofessionellt teamarbete där samverkan kan ske så smidigt och effektivt som möjligt. Vi vill lyfta att detta sätt att arbeta kräver andra styrmedel och ledarskap än vård organiserad för enskilda sjukdomar. Detta leder till behov av kompetensutveckling för vårdens ledare.

10.3 Steg mot säkrad bemanning

Landstinget instämmer i delbetänkandet att åtgärder behöver vidtas för att säkerställa att det utbildas tillräckligt många specialister i allmänmedicin. Landstingen och regionerna ansvarar för ST-utbildningarna, och beslut om eventuella statliga satsningar vad gäller finansiering av ST-tjänster behöver tas i nära samarbete med huvudmännen. En sådan satsning kommer också att få en stor påverkan av handledarbehovet, och en utökning av ST-tjänster kan inte göras om inte möjligheten att ge tillräcklig handledning säkerställs.

Ändamålsenlig administration (11)

11.1 Utfärdande av intyg

Landstinget ser positivt på en översyn av förutsättningar för en mer professionsneutral hantering av intyg där så är möjligt samt om alla intyg verkligen behövs.

En samordning av intygshantering har redan påbörjats genom att vi har Webcert och intygstjänsten som snart alla landsting/regioner använder för sjukintyg mm. Denna tekniska lösning kan användas för andra intyg också. En likartad hantering för så många intyg som möjligt underlättar vårdens arbete samt integration i olika system.
Landstinget Blekinge föreslår en fortsatt satsning på att öka antalet intyg som kan hanteras i Webcert

11.2 Signering av journalanteckningar

En översyn av signeringskraven är positivt och det är viktigt att skilja på signering av journalanteckningar och verifiering av vidtagna åtgärder, provsvar mm.

Beredning

Remissvaret är framtaget genom internt samråd. Landstingets ledningsgrupp där direktörer och förvaltningschefer ingår har ombetts lämna synpunkter.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Ralph Harlid
Planeringsdirektör

Ytterligare information

Delbetänkandet ”God och nära vård – en primärvårdsreform, SOU 2018:39” finns att ladda ner på regeringens sida: https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2018/06/sou-201839/

God och nära vård

En primärvårdsreform

Delbetänkande av utredningen
Samordnad utveckling för god och nära vård

Stockholm 2018



STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2018:39

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskanslіets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Inlagefigurer: Gullers Grupp, Combined
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2018

ISBN 978-91-38-24806-5
ISSN 0375-250X

Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet Annika Strandhäll

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Till särskild utredare förordnades chefsläkaren och biträdande landstingsdirektören Anna Nergårdh. Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 3 mars 2017 kanslirådet Louise Andersson. Som sekreterare anställdes fr.o.m. 2 oktober 2017 t.o.m. den 30 juni 2018 allmänläkaren Karin Träff Nordström och civilekonomen Marie Öberg Lindevall. Som sekreterare i utredningen anställdes den 9 oktober 2017 juristen Malin Lundberg. Jens Eriksson har praktiserat i sekretariatet under våren 2018.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 departementssekreterare Malin Bolinder, kansliråd Anna Brooks, departementssekreterare Fredrik Friberg, departementssekreterare Elin Persson samt departementssekreterare Nina Viberg. Som experter till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 allmänläkaren Peter Berggren, digital strateg Niklas Eklöf; representant för Funktionsrätt Sverige Anders Gustafsson, distriktsköterska Hanna Lundberg, folkhälsoråd Iréne Nilsson Carlsson samt SKL:s samordnare för nära vård Emma Spak. Departementssekreterare Malin

Bolinder entledigades den 19 januari 2018. Den 19 januari 2018 förordandes departementssekreterare Lisa Midlert som sakkunnig i utredningen

Den 7 juni 2017 överlämnade utredningen *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild* (SOU 2017:53).

Den 21 september 2017 fick utredning tilläggsdirektiv två i delar (dir. 2017:97). Detta tilläggsuppdrag kommer att redovisas i slutbetänkandet.

I detta delbetänkande presenterar utredningen en fördjupad färdplan och målbild för omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård. Som ett centralt steg på vägen i denna omstrukturering presenteras ett antal förslag för att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stark primärvård som utgångspunkt för ökad närhet till patienten. Tillsammans utgör dessa förslag grunden för en primärvårdsreform. Slutligen presenteras även förslag som syftar till en mer ändamålsenlig administration i hälso- och sjukvården.

Utredningen vill rikta ett tack till alla de som med stort engagemang tagit sig tid att på olika sätt bidra till utredningens arbete.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39).

Stockholm i maj 2018

Anna Nergårdh

/Louise Andersson
Jens Eriksson
Malin Lundberg
Karin Träff Nordström
Marie Öberg Lindevall

Innehåll

Sammanfattning **13**

1 Författningsförslag **25**

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 25

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 29

1.3 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) 31

1.4 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 32

2 Utredningens uppdrag, arbete och utgångspunkter **35**

2.1 Utredningens uppdrag och arbete 35
- 2.1.1 Uppdraget 35
- 2.1.2 Betänkandets struktur: en läsanvisning 37
- 2.1.3 Utredningens dialogarbete 39

2.2 Utredningens syn på behovet av förändring 43
- 2.2.1 En modern hälso- och sjukvård 43
- 2.2.2 Behovet av samordning 46
- 2.2.3 Bemanning och kompetensförsörjning 47
- 2.2.4 En omstrukturering i flera steg 50
- 2.2.5 Några ord särskilt om delaktighet 50
- 2.2.6 Det är av flera skäl viktigt att satsa på primärvården 51
- 2.2.7 En pågående omstrukturering av hela sjukvårdssystemet 52

2.3 Utgångspunkter och begrepp 53
2.3.1 Centrala begrepp för detta delbetänkande 53
2.3.2 Internationella utgångspunkter 58
2.3.3 Nationella utgångspunkter 64
2.3.4 Demografisk situation, sjukdomsbörda och jämlik hälsa 66

3 Omvärldsbevakning 83

3.1 Primärvård – vad är det i en internationell kontext? 83

3.2 Utblick mot Europa 85
3.2.1 Blickarna vänds mot primärvården runtom i Europa 85
3.2.2 Gemensamma utgångspunkter och trender 87

3.3 Översiktlig utblick på ett urval av andra länders hälso- och sjukvårdsystem, med fokus på primärvården 93
3.3.1 Norge 93
3.3.2 Danmark 99
3.3.3 Finland 104
3.3.4 Storbritannien, med viss fördjupning i Skottland 107
3.3.5 Nederländerna 112

4 Nulägesbild: vad har hänt sedan förra delbetänkandet? 117

4.1 Förslag från betänkandet Effektiv vård som tagits vidare i olika processer 118
4.1.1 Styrande principer 118
4.1.2 Minskad detaljstyrning 119
4.1.3 Arbetssätt 120
4.1.4 Särskilt om kontinuitet 123
4.1.5 Verksamhetsstöden 124
4.1.6 Kompetensförsörjning 125

4.2 Andra för uppdraget relevanta processer 130
4.2.1 Andra propositioner och utredningar 130
4.2.2 Specifikt om processer relaterat till integritetsfrågor 147
4.2.3 Statliga myndigheters arbete 151
4.2.4 Överenskommelser mellan staten och SKL 156
4.2.5 SKL:s arbete 161

5 Fördjupad analys av primärvårdens uppdrag och verksamhet 165

5.1 Grundläggande reglering för hälso- och sjukvården 165
5.1.1 Ett omfattande regelverk med patienten i centrum 165
5.1.2 Grundläggande principer för hälso- och sjukvården 166
5.1.3 Informationshantering i hälso- och sjukvården 172
5.1.4 Primärvård och andra centrala begrepp 176
5.1.5 Den rättsliga styrningen av primärvården 181
5.1.6 Patientens ställning 183
5.1.7 Tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet i svensk hälso- och sjukvård 186
5.1.8 Tidigare övervägande om ett nationellt primärvårdsuppdrag 195

5.2 Dagens primärvårduppdrag 198
5.2.1 Omfattning och utformning av primärvårdsuppdragen 198
5.2.2 Landstingens vårdval för primärvård – 21 versioner 200
5.2.3 Grunduppdrag 201
5.2.4 Akutuppdrag för primärvården 205
5.2.5 Kompetenser och arbetssätt 207
5.2.6 Kunskapsstyrning 213
5.2.7 E-hälsa och digitalisering 213
5.2.8 Förebyggande arbete 214
5.2.9 Egenvård och stöd till egenvård 216
5.2.10 Hemsjukvård 216
5.2.11 Rehabilitering 217
5.2.12 Forskning 218

5.2.13 Utbildning och fortbildning ... 221
5.2.14 Uppföljning ... 222
5.2.15 Ersättningssystem ... 223

5.3 Primärvårdens uppföljning på aggregerad nivå ... 228

5.4 Kunskapsstyrning ... 233

5.5 E-hälsa och digitalisering ... 235

5.6 Prehospital och mobil vård ... 237

6 Fördjupad analys av förslag för ändamålsenlig administration ... 241

6.1 Utfärdande av intyg i vården ... 241
6.1.1 Utredningens uppdrag ... 241
6.1.2 Den rättsliga regleringen av intyg ... 242
6.1.3 Några pågående initiativ ... 249

6.2 Signeringskrav ... 254
6.2.1 Utredningens uppdrag ... 254
6.2.2 Den rättsliga regleringen ... 255
6.2.3 Den praktiska hanteringen ... 261
6.2.4 Finns behov av kontroll? ... 264

7 Samverkan mellan huvudmännen ... 267

7.1 Utredningens uppdrag ... 267

7.2 Utgångspunkter för samverkan mellan huvudmännen ... 267
7.2.1 Vad är samordnad vård och omsorg? ... 267
7.2.2 Utmaningar med bristande samordning mellan vården och omsorgen ... 270
7.2.3 Olika patient- och brukargruppers behov av samordning ... 272

7.3 Förslagen i Effektiv vård ... 273

7.4 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ... 276
7.4.1 Lagens syfte och innehåll ... 276
7.4.2 Initial implementering av den nya lagen ... 277

8 Nationell plan för en god och nära vård 281

8.1 Vart är vi på väg? 281
8.1.1 Fördjupad målbild och färdplan: från akutsjukhus till nära vård 281
8.1.2 Hur hänger vården ihop? 286

8.2 Utredningens fortsatta arbete 292

8.3 Att följa färdplanen 293

8.4 Systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå 298
8.4.1 Systematisk uppföljning av primärvården: en förutsättning för omstruktureringen 298

8.5 Överföring av resurser 302

8.6 Det traditionella sjukhusets roll i framtidens vård 304

8.7 Konsekvensanalys 307

9 En stark primärvård som utgångspunkt för ökad närhet till patienten 311

9.1 Definitionen av primärvård behöver moderniseras 311

9.2 Nationellt utformat grunduppdrag för primärvården 316
9.2.1 Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas 316
9.2.2 Vilka behov ska mötas? 322
9.2.3 Tillgängligheten i primärvården ska motsvara befolkningens behov 330
9.2.4 Primärvårdens stödjande uppdrag 335
9.2.5 Primärvårdens samordnande roll 336
9.2.6 Utbildning och forskning inom primärvårdens område 340
9.2.7 Primärvårdens förebyggande arbete 342
9.2.8 Primärvårdens rehabiliterande arbete 344

9.3 Vårdval i primärvården 345
9.3.1 Hälso- och sjukvårdstjänster i primärvårdens vårdval 345

9.4 Framgångsfaktorer för huvudmännen i utformningen av sin primärvård ... 349
9.4.1 Arbetssätt och anställningsformer ... 349
9.4.2 Kunskapsstyrning ... 352
9.4.3 Hemsjukvård och hälso- och sjukvård i särskilt boende ... 353
9.4.4 Forskning och utbildning ... 355
9.4.5 Åtgärder för att minska beroende av inhyrd vårdpersonal ... 356
9.4.6 Digitalisering ... 357
9.4.7 Ersättningssystem ... 358
9.4.8 Förfrågningsunderlag för Vårdval primärvård ... 359

9.5 Konsekvensanalys ... 360
9.5.1 Ekonomiska konsekvenser ... 360
9.5.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 366
9.5.3 Övriga konsekvenser för landsting/regioner ... 369
9.5.4 Konsekvenser för en jämlik vård ... 369
9.5.5 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen ... 370
9.5.6 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 370
9.5.7 Konsekvenser för vårdens medarbetare ... 372
9.5.8 Konsekvenser för företagen ... 372
9.5.9 Konsekvenser för EU-rätten ... 373
9.5.10 Övriga konsekvenser ... 374

10 Kontinuitet i primärvården ... 375

10.1 Vikten av kontinuitet ... 375

10.2 Möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas ... 376
10.2.1 Vem kan vara fast läkarkontakt i primärvården? ... 380
10.2.2 Antalet patienter per fast läkarkontakt i primärvården bör kunna begränsas ... 382

10.2.3 Rollen som fast läkarkontakt och förhållandet till funktionen fast vårdkontakt ... 386
10.2.4 Patienter som inte valt fast läkarkontakt ... 387
10.2.5 Tillgången till fast läkarkontakt bör följas upp ... 388
10.2.6 Relaterade frågor med behov av vidare utredning ... 388

10.3 Steg mot säkrad bemanning ... 389
10.3.1 Aktuell situation ... 389
10.3.2 Fler ST-tjänster i allmänmedicin ... 394

10.4 Konsekvensanalyser ... 396
10.4.1 Ekonomiska konsekvenser ... 396
10.4.2 Konsekvenser för en jämlik vård ... 399
10.4.3 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen ... 400
10.4.4 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 401
10.4.5 Administrativa konsekvenser ... 401
10.4.6 Konsekvenser för vårdens medarbetare ... 402
10.4.7 Konsekvenser för företagen ... 403
10.4.8 Konsekvenser för EU-rätten ... 403
10.4.9 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 405
10.4.10 Övriga konsekvenser ... 405

11 Ändamålsenlig administration ... 407

11.1 Utfärdande av intyg ... 407
11.1.1 Kompetens för att utfärda intyg ... 407
11.1.2 Intygshantering kräver stora arbetsinsatser ... 411
11.1.3 En mer jämlik intygshantering ... 412
11.1.4 Konsekvensanalys ... 412

11.2 Signering av journalanteckningar ... 413
11.2.1 Signeringskravet bör finnas kvar men ändras ... 413

11.3 Konsekvensanalys av förslaget om hanteringen av patientjournalen ... 417
11.3.1 Övergripande konsekvenser av förslagen ... 417

12 Författningskommentar 419

12.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 419

12.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 426

12.3 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) 427

13 Ikraftträdande 429

13.1 Ikraftträdande 429

Referenser 431

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2017:24 455

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2017:97 473

Bilaga 3 Interprofessionell utbildning och interprofessionella arbetssätt 481

Bilaga 4 Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård 505

Sammanfattning

Bakgrund

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landsting, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har valt namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild. Utifrån förslagen i delbetänkandet förväntas riksdagen i slutet av maj 2018 fatta beslut om proposition 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

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

Primärvården har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen.

En central strategi för att uppnå Agenda 2030 och en grundläggande prioritering för Världshälsoorganisationen (WHO) är arbetet med att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen. WHO fastslår att om det målet ska kunna uppnås så krävs också ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner, till ett system som är designat för människor. Med utgångspunkt i detta förespråkar WHO en integrerad och personcentrerad ansats när våra hälsotjänster och system utvecklas. WHO framhåller specifikt att en sådan ansats är avgörande för att säkerställa att även marginaliserade/sårbara grupper nås och ingen lämnas utanför. Primärvården framhålls tydligt som basen vilken behövs för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälsotjänster på det önskade sättet.

Om Sverige ska leva upp till Agenda 2030:s mål vad gäller såväl hälsa som den övergripande målsättningen om hållbar utveckling så krävs insatser på alla nivåer i samhället för att skapa ett modernt, jämlikt, tillgängligt och effektivt hälsosystem. För att klara att möta de nya behov som kommer med förändrade demografiska och epidemiologiska förhållanden, och det stora behovet av ett intensifierat och brett förebyggande arbete, måste ett sådant hälsosystem ha en stark första linje/primärvård som bas. Utredningen bedömer därmed att vårt uppdrag även är att se som en central del av arbetet med att skapa förutsättningar för att uppnå målen i Agenda 2030 i Sverige.

Primärvården är även i Sverige den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov. Det är därför dit patienterna i första hand förväntas vända sig för att få en bedömning. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bl.a. på grund av bristande möjlighet att tillräckligt snabbt få en tid i primärvården. Bristen på kontinuitet och avsaknad av långvariga väl fungerande relationer gör också att det inte är självklart, så som i många andra länder och sjukvårdssystem, att vända sig dit med sina vardagliga hälso- och sjukvårdsbehov. Utifrån detta blir också det förebyggande arbetet, som har bäst förutsättningar att äga rum nära befolkningen och i samspel med civilsamhället, lidande. Vård på sjukhus, eller inom akutsjukvården, som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i icke optimal vård för patienten, i höga kostnader och risk för vårdskador.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet måste därför reformeras så att mer resurser styrs till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i sjukdomstillstånd och förebyggande arbete. En förstärkning av primärvården, såväl den del som har region/landsting som huvudman som den del som har kommunen som huvudman, är nödvändig. Särskilt viktigt är det att förbättra vården och omsorgen för dem med större behov.

Utgångspunkter

Utredningen ska i enlighet med direktiven ta avstamp i förslagen från betänkandet Effektiv vård. Utredningen har också valt att särskilt vinnlägga sig om omställningen till den personcentrerade vården och omsorgen. Förslagen i Effektiv vård tog sikte på ett antal olika aspekter och riktade sig till en rad olika aktörer och nivåer i hälso- och sjukvården. Denna utredning ska enligt direktiven särskilt beakta följande förslag:

- förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisering
- att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning
- ett nationellt utformat uppdrag för primärvården
- ett tydligare akutuppdrag för primärvården
- en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård

I enlighet med tilläggsdirektiv ska utredningen också

- analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få samt
- utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Sedan Effektiv vård överlämnades i januari 2016, och sedan utredningens första delbetänkande lämnades till regeringen i juni 2017, har olika administrativa nivåer, organisationer och verksamheter runtom i Sverige arbetat vidare i linje med analysen och förslagen i Effektiv vård samt vår utrednings första betänkande God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild. Andra beslut, som också påverkar strukturen i svensk hälso- och sjukvård i grunden, har också fattats, såsom beslutet om den högspecialiserade vårdens organisering och huvudmännens sammanhållna struktur för kunskapsstyrning.

Såväl i analys som förslag fokuserar detta delbetänkande på primärvården och hur den kan stärkas. Det innehåller såväl författningsförslag som exempel på framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården, ämnade som inspiration för huvudmännen. En omstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet har tagit sin början. Tillsammans utgör utredningens förslag i föreliggande betänkande grunden för en primärvårdsreform.

Betänkandets inledande kapitel

Detta delbetänkande inleds med utredningens uppdrag och arbetssätt, utredningens syn på behovet av förändring och internationella utgångspunkter. Behovet av omställning sätts i ett sammanhang av pågående förändringar och åtagandet i Agenda 2030. Vi ger en demografisk beskrivning av de svenska förhållanden som ligger bakom behovet av en större förändring av hälso- och sjukvårdssystemet.

Härefter följer ett avsnitt som ur omvärldsperspektiv beskriver såväl begreppet primärvård som ger exempel på ett antal hälso- och sjukvårdssystem som ofta framhålls som intressanta ur svensk synvinkel, med exempel inte minst från våra nordiska grannländer.

Efter detta följer, på liknande sätt som i utredningens första delbetänkandet, en översikt över nationella arbeten som direkt eller indirekt knyter an till förslagen i Effektiv vård och/eller vårt utredningsuppdrag. Översikten fokuserar på utvecklingen sedan vi lämnade vårt första delbetänkande.

Härefter följer beskrivande texter och analyser av nuvarande situation som bakgrund till utredningens förslag. Vi beskriver aktuell situation vad gäller reglering och organisering av svensk hälso- och sjukvård, med fokus på primärvården. Vi belyser den förvirring som

i dag finns kring begreppet svensk primärvård, som i många sammanhang har kommit att bli synonymt med den verksamhet som traditionellt bedrivs vid en vård- eller hälsocentral. Primärvård är i lagstiftarens mening bredare än så, och omfattar hälso- och sjukvård och omsorg som har såväl landsting/region som kommun som huvudman.

I därpå följande avsnitt beskrivs på motsvarande sätt aktuell situation vad gäller reglering och hantering av vissa frågor kopplade till ändamålsenlig administration.

Den avslutande delen i bakgrundkapitlen ger en kort introduktion till utredningens tilläggsuppdrag rörande samverkan mellan huvudmännen och den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten vård.

Utredningens förslag i sammanfattning

Målbild och färdplan

Utredningen föreslår att den gemensamma färdplanen och målbilden för omstruktureringen av hälso- och sjukvårdssystemet fördjupas. Detta sker genom ett tydliggörande avseende ett personcentrerat arbetssätt, och tydligare inkludering av den kommunala verksamheten. Patientens delaktighet betonas. Det görs tydligare att primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar med övriga insatser från annan specialistvård på och utanför sjukhuset samt med övrig kommunal hälso- och sjukvård och omsorg. Även i färdplanen tydliggörs det personcentrerade arbetssättet och medarbetarperspektivet lyfts. Kompetensförsörjning betonas liksom digitalisering, kopplat till Vision e-hälsa 2025. Regionala och lokala analyser och beslut hos landsting/regioner och kommuner lyfts fram som förutsättningar för att omställningen ska kunna genomföras.

För att följa omställningen i enlighet med den föreslagna färdplanen föreslår utredningen att fyra storheter följs med bestämda tidsintervall. Dessa storheter är avsedda att utgöra underlag för diskussion och dialog mellan och tillsammans med systemets olika berörda aktörer.

Utredningen föreslår också nationella samråd om genomförandet av färdplanen vid tre tillfällen fram t.o.m. år 2027. Dessa bör samla representanter för såväl lokal som regional och statlig nivå för att

gemensamt stämma av status för omställningen och vid behov föreslå justeringar i inriktningen av färdplanen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås följa omställningen mot en god och nära vård på övergripande nivå och bistå med underlag för sådana gemensamma dialoger.

Behovet av ökade möjligheter till uppföljning på aggregerad nivå

Utredningen föreslår att landsting/regioner ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvården till en nationell databas.

Utredningens bedömning är att det i dagsläget i Sverige, liksom i många andra länder, saknas en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder. Därmed saknas i stor utsträckning solida underlag för statistik och forskning inom området, samt för att systematiskt följa upp, utvärdera, och på aggregerad nivå kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige. Den typen av aggregerade data är nödvändiga för att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård.

Ett nationellt utformat uppdrag för primärvården

En modernisering av primärvårdens uppdrag i hälso- och sjukvårdslagen föreslås. Utredningen föreslår att det ska framgå av definitionen att primärvården ska svara för behovet av sådan medicinsk bedömning och behandling, förebyggande arbete, omvårdnad och rehabilitering som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Syftet med denna ändring är att tydligt markera att primärvården är första vårdnivån, och att det är dit befolkningen i första hand ska vända sig med sina hälso- och sjukvårdsbehov.

Vidare läggs förslag som syftar till att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stark och likvärdig primärvård i hela Sverige. Utredningen föreslår att primärvårdens grunduppdrag regleras i förordning. Skälen för utredningens förslag till att reglera uppdraget i förordning, och inte i lag, redovisas. Utredningen lämnar också förslag på utformningen av en sådan förordning. Vi föreslår att det i hälso- och sjukvårdsförordningen ska regleras att

det i primärvården ska tillhandahållas de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att svara för primärvårdens grunduppdrag. De erforderliga kompetenserna kan finnas inom ramen för ett eller flera vårdval inom landsting/regioners vårdvalssystem. En utmaning för dagens primärvård är tillgängligheten. Vi tydliggör i förslag att primärvården ska svara för sådan brådskande hälso- och sjukvård som ligger inom primärvårdens uppdrag. Primärvården ska organiseras så att tillgängligheten gällande de insatser som omfattas av uppdraget är mycket god.

I förslaget synliggörs också primärvårdens uppdrag att samordna och koordinera patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård. För en god och hållbar hälso- och sjukvård är utbildning och forskning av avgörande betydelse. Vi förslår därför att det förtydligas att det ska bedrivas forskning i primärvården. Vår bedömning är också att landstingen bör ställa krav på att utförare i primärvården ska bidra vid genomförande av utbildning såväl på grundnivå som avancerad nivå. En nyckel till framtidens hälso- och sjukvård är förebyggande insatser. Vårt förslag är att det av primärvårdens grunduppdrag ska framgå att primärvården ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov. I primärvården ska också tillhandahållas rehabiliterande åtgärder.

Utredningen ser behov av att tydliggöra särställningen hos det av landstingets vårdval i primärvården som utgår från generalistkompetensen hos bl.a. specialister i allmänmedicin och distriktsköterskor, och fungerar som navet i den primärvård som bedrivs med landstinget som huvudman. Det bör benämnas Vårdval primärvård. Landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.

Utifrån utredningens många dialoger runt om i landet presenteras också ett antal goda exempel på framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården, ämnade som inspiration för hur man som huvudman kan organisera primärvård.

Kontinuitet i primärvården

Utredningen bedömer att frågan om betydelsen av väl fungerande hållbara relationer i svensk hälso- och sjukvård under lång tid varit underskattad. Kontinuitet i relationen mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är central för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Utredningen belyser att det inte finns någon motsättning mellan funktionerna fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården.

Utredningen föreslår ett förtydligande av patientens möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården hos den utförare i Vårdval primärvård som patienten valt. Utredningen ser det som avgörande för det fortsatta förtroendet i befolkningen för primärvårdens insatser att verksamheten bedrivs med minst lika höga kvalitetskrav som i dag. Ett så brett uppdrag som primärvården har ställer särskilda krav på kompetens hos de som verkar där. Utredningen föreslår därför att det ska införas krav på att fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens eller vara läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin.

En hög patientsäkerhet förutsätter en god arbetsmiljö. Det är därför av betydelse att säkerställa att den som är fast läkarkontakt i primärvården har möjlighet att utföra uppdraget på ett säkert sätt. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen ska få meddela de föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård.

Utredningen bedömer också att det finns ett behov av att se över möjligheten att begränsa antal listade patienter hos utförare inom vårdvalssystem. Det finns även behov av att se över möjligheten att årsvis begränsa hur många gånger en patient kan välja att byta utförare av Vårdval primärvård. Detta bör ske inom ramen för den pågående utredningen ”Styrning för en mer jämlik vård”, som bl.a. har i uppdrag att se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

För att säkra den tillgång på specialister i allmänmedicin som behövs för att tillgodose målet om en fast läkarkontakt i primärvården till hela befolkningen föreslås att staten under en omställningsperiod ska stimulera adekvat tillgång till allmänläkare i primärvården genom

finansiering av 1250 specialiseringstjänster i allmänmedicin under åren 2019–2027.

Ändamålsenlig administration

Om intyg

Utredningen bedömer att det kan finnas anledning att se över om förutsättningarna för en mer professionsneutral reglering finns på förordningsnivå i vissa fall. Kommuner bör se över i vilken utsträckning kompetenskrav vid utfärdande av intyg i lokala tillämpningsföreskrifter kan göras mer professionsneutrala.

Utredningen bedömer också att verksamhetschefer inom vården bör säkerställa att det finns tydliga riktlinjer om intygshantering. Regeringen bör ge berörda myndigheter i uppdrag att se över om deras krav på intyg är ändamålsenliga samt att de vidtar nödvändiga åtgärder för att underlätta vårdens hantering av intyg. Kommunerna bör se över sitt behov av intyg från vården.

Slutligen bedömer utredningen att landsting och kommun bör samordna sin intygshantering i syfte att skapa en god och jämlik intygshantering i hela landet.

Om signeringskrav

Utredningen föreslår att en journalanteckning ska signeras av den som är ansvarig för uppgiften, om det inte är obehövligt eller finns något synnerligt hinder. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer – lämpligen Socialstyrelsen – bör likt i dag få meddela föreskrift om när signering inte behövs.

Utredningen bedömer att signeringskravet som helhet inte orsakar någon onödig administrativ börda, men att vårdgivare bör besluta om när signering inte behövs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Det ingår i verksamhetschefens ansvar att säkerställa att det finns tydliga rutiner för signering, anpassade efter den egna verksamheten. Socialstyrelsen bör i sina föreskrifter och vägledning tydligare skilja på signering av journalanteckningar och verifiering av vidtagna åtgärder.

Ikraftträdande

Utredningen föreslår att samtliga föreslagna lagändringar ska träda i kraft den 1 juli 2020.

Utredningens fortsatta arbete

Utredningen vill uppmärksamma att även om detta delbetänkande i mycket fokuserar på utformningen av en primärvårdsreform är utredningens hela uppdrag mer omfattande än primärvården. Det återspeglas delvis i detta delbetänkande, och understryks särskilt i de delar som behandlar den fortsatta vägen framåt och de frågeställningar som kommer att hanteras i utredningens slutbetänkande.

Omfattningen på utredningens uppdrag är en särskild utmaning, i det att alla frågeområden inte är möjliga att beskriva vid samma tillfälle. Därför kommer ofrånkomligen vissa aktörer och intressenter att känna att deras fråga eller område inte är tillräckligt belyst i detta delbetänkande. Utredningen har full förståelse för det. Det betyder på inget sätt att de frågor som utredningen avser återkomma till i slutbetänkandet är av mindre betydelse. Ett urval av dessa frågeområden är samverkan mellan kommun och landsting, mer om hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet, forskning, utveckling och utbildning (FoUU) samt ytterligare omfördelning av resurser, inte minst i förhållande till utredningens uppdrag att analysera ändamålsenligheten med definitionerna öppen och sluten vård. Samtliga dessa har förstås mycket stor betydelse för det framtida systemets utformning. Dessa områden hanteras i utredningens arbete parallellt med arbetet med föreliggande delbetänkande vad gäller insamling av material, analyser och i pågående dialog med alla de olika aktörer utredningen löpande träffar.

Utredningen kommer också fortsatt följa utvecklingen inom några särskilt för utredningens uppdrag intressanta processer och projekt, såsom den fortsatta utvecklingen av den högspecialiserade vården, utvecklingen av den prehospitala vården, olika aktörers uppdrag och initiativ gällande bemanning och kompetensförsörjning gällande vårdens olika professioner, arbetet med Vision e-Hälsa 2025, det intensiva och pågående arbetet med omställningen till nära vård hos landets alla huvudmän och det fortsatta arbetet med avgiftsfri primärvård i Sörmland.

Förtroende och tillit

Framtidens hälso- och sjukvård ligger sannolikt i möjligheten till väl fungerande samverkan mellan olika inblandade aktörer. Framgångsfaktorer synes vara arbete i nätverk, mer än i traditionella linjestrukturer. Arbete i partnerskap med de vården är till för, mer än i hierarkiskt utformade system. En förändring till en personcentrerad vård. En god och jämlik hälso- och sjukvård, grundad i den av riksdagen beslutade etiska plattformen för prioriteringar.

Vi återknyter till resonemang i utredningens första delbetänkande om tillitens betydelse. Det är i våra dialoger fortsatt tydligt att svensk hälso- och sjukvård till dels präglas av en brist på tillit mellan olika aktörer och organisatoriska nivåer, och att det riskerar att påverka ett förändringsarbete negativt. Vår förhoppning är att den dialog som utredningen fått vara en del av att initiera och driva, tillsammans med andra pågående initiativ såsom Tillitsdelegationens arbete, gemensamma projekt mellan landstingen, den ökade samverkan mellan regioner/landsting och kommuner i olika landsdelar, ska bidra till ett mer förtroendefullt klimat mellan olika aktörer.

Glädjande nog urskiljer utredningen en i vissa delar större samstämmighet än i utredningens initiala skede. Att stärka primärvården, och skälen till varför det måste göras, lyfts av alltfler aktörer. Behovet av en ökad kontinuitet och betydelsen av väl fungerande relationer för en god och säker vård betonas av allt fler. Förståelsen för att det inte finns något motsatsförhållande mellan personcentrerad vård och strukturerade kunskapsbaserade arbetssätt, att det ena tvärtom är en förutsättning för det andra synes öka. Förståelsen för att vården och omsorgens medarbetare måste involveras i förändringsarbetet för att något ska hända på riktigt lyfts oftare än tidigare. Insikten om behovet av att använda alla vårdens och omsorgens kompetenser på ett klokt sätt med hjälp av interprofessionellt lärande och arbetssätt, och förståelsen för behovet av träning i dessa arbetssätt verkar få spridning.

Utredningen ser förtroendefulla dialoger, med utrymme för dynamiska åsiktsutbyten, och uthållighet på alla nivåer i systemet som en nödvändighet för en konstruktiv utveckling av den svenska hälso- och sjukvården. En utveckling till en personcentrerad god och nära vård, en högkvalitativ och kostnadseffektiv vård och omsorg och också en

vård och omsorg som har förutsättningar att vara en attraktiv arbetsgivare nu och i framtiden.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 2 kap. 6 §, 6 kap. 1–2 § och 7 kap. 3 § ska ha följande lydelse

dels att det ska införas två nya paragrafer *7 kap. 3 a § och 3 b § av följande lydelse*.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
6 §	
Med *primärvård* avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver *sjukhusens* medicinska *och* tekniska resurser eller annan särskild kompetens.	Med *primärvård* avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan medicinsk *bedömning och* behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte *av kvalitets- eller effektivitetsskäl* kräver *andra* medicinska *eller särskilda* tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

6 kap.

1 §

Regeringen får meddela föreskrifter om

1. att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting,

2. hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara, *och*

3. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

2. hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara,

3. primärvårdens grunduppdrag, och

4. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,

2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,

3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, och

4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda

3. de bestämmelser om patientansvar för fast läkarkontakt i primärvården som behövs för att garantera en god och säker vård,

4. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, och

5. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.

7 kap.

3 §

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.	Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt *hos den valda utföraren i Vårdval primärvård* få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Regeringen får meddela föreskrifter om vilken kompetens och erfarenhet en fast läkarkontakt inom primärvården ska ha.

3 a §

Landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.

3 b §

Landstinget ska rapportera in uppgifter från utförare i primärvård till en nationell databas.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om landstingets rapporteringsskyldighet.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2020.

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 2 § och 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 kap.	
2 §	
Patienten ska även få information om	
1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, *fast läkarkontakt samt* vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård	1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. möjligheten att få *en ny medicinsk bedömning och* en fast *vårdkontakt*	*2.* möjligheten att få *tillgång till* och *välja* en fast *läkarkontakt hos den valda utföraren i Vårdval primärvård*,
3 vårdgarantin, och	*3.* möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.	*4.* vårdgarantin, och
	5. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

6 kap.

3 §

Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt *inom primärvården*.	Patienten ska få *tillgång till och* möjlighet att välja en fast läkarkontakt *hos den utförare som patienten valt i Vårdval primärvård.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2020.

1.3 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 10 § patientdatalagen (2008:355) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	3 kap.
	10 §
En journalanteckning ska, *om det inte finns något synnerligt hinder*, signeras av den som *ansvarar* för uppgiften.	En journalanteckning ska signeras av den som *är ansvarig* för uppgiften, *om det inte är obehövligt eller finns något synnerligt hinder*.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2020.

1.4 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) att

dels det ska införas ett nytt kapitel, 3 a kap. med rubrik, av följande lydelse,

dels det ska införas två nya rubriker före nya 3 a kap. 1 § och före 3 a kap. 4 § av följande lydelse.

Ny lydelse

3 a kap. Primärvård

Primärvårdens grunduppdrag

1 §

Landstingen och kommunerna ska inom ramen för sitt hälso- och sjukvårdsansvar säkerställa att primärvården särskilt

1. tillhandahåller kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som av kvalitets eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens,

2. svarar för sådan brådskande hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens,

3. ger sakkunnig information, rådgivning och stöd utifrån individuella behov, förutsättningar och preferenser till patienter som själv eller med hjälp av närstående kan vidta åtgärder,

4. bedriver forskning,

5. samordnar patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård,

6. tillhandahåller förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser,

7. tillhandahåller rehabiliterande åtgärder utifrån patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser, och

8. har en mycket god tillgänglighet.

2 §

Landstingens rapporteringsskyldighet enligt 7 kap. 3 b § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska fullgöras genom att landstingen lämnar uppgifter om kontakttyp, yrkeskategori och i förekommande fall om diagnos och åtgärdskoder till den nationella väntetidsdatabas som förs av Sveriges Kommuner och Landsting.

3 §

Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om landstingens rapporteringsskyldighet enligt 7 kap. 3 b § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Fast läkarkontakt

4 §

Den som har specialistkompetens i allmänmedicin, geriatrik, barn- och ungdomsmedicin eller annan likvärdig kompetens, eller som fullgör specialisttjänstgöring i allmänmedicin får vara fast läkarkontakt.

5 §

Socialstyrelsen får meddela de bestämmelser om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2020.

2 Utredningens uppdrag, arbete och utgångspunkter

2.1 Utredningens uppdrag och arbete

2.1.1 Uppdraget

Den 2 mars 2017 beslutade regeringen att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (se bilaga 1 för utredningens direktiv, 2017:24). Målsättningen är att på sikt förverkliga denna strukturreform av hälso- och sjukvården.

För att möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, som handlar om att organisera vården utifrån befolkningen och patienternas behov. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förväntningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov. Forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen. Primärvården är också den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov.

En förstärkning av primärvården är därför nödvändig. För att säkerställa både uthållighet och bibehållen kvalitet och effektivitet i vården

bör dock en överföring av resurser till primärvården ske gradvis och med en tydlig långsiktig målbild.

Mot denna bakgrund har utredaren i uppdrag att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2). Direktiven lyfter särskilt fram att följande förslag ska beaktas:

- förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisering
- att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning
- ett nationellt utformat uppdrag för primärvården
- ett tydligare akutuppdrag för primärvården
- en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård.

I juni 2017 överlämnade vår utredning sitt första delbetänkande God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). I det betänkandet presenterade vi förslag på nya styrande principer för hälso- och sjukvården som utgick från närheten till patienten och tydliggjorde att öppen vård ska vara förstahandsvalet. Baserat på dessa styrande principer presenterade vi också en gemensam målbild för omstruktureringen av hälso- och sjukvården och en färdplan för den samordnade omställningen till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården. Färdplanen har sin utgångspunkt i den svenska hälso- och sjukvårdens historia och tar sikte på målbilden. Den omfattar såväl utredningens tid fram till slutbetänkande mars 2019 som de fortsatta tidsintervallen 2019–2022 och 2022–2027, eftersom det finns förändringar som kommer att behöva genomföras såväl på kortare som på längre sikt.

I det första delbetänkandet föreslog vi även att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti inom primärvården skulle ändras, så att den enskilde inom en viss tid garanteras en *medicinsk bedömning* av läkare *eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.* Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hon eller han får träffa. Syftet är att använda så mycket som möjligt av den kompetens

som finns inom primärvården för att på bästa sätt möta patienternas behov. Med syfte att förtydliga möjligheten till andra kontaktformer än den fysiska samt betona det kvalitativa innehållet i mötet föreslogs en garanti om en medicinsk bedömning ersätta dagens garanti om besök. Dessa förslag låg till grund för regeringens proposition 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti, vilken riksdagen förväntas fatta beslut om i slutet av maj 2018. De föreslagna lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

Den 21 september 2017 fick utredningen ett tilläggsdirektiv i två delar, vilka ska redovisas i slutbetänkandet. Den första delen är att analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få. Den andra delen tar sikte på en förbättrad samverkan mellan huvudmännen. Denna del innebär att utredningen ska ”utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.” I direktiven framhålls också att vår utredning i denna del särskilt förväntas beakta införandet av den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

2.1.2 Betänkandets struktur: en läsanvisning

I detta delbetänkande lämnar utredningen förslag på en fördjupad målbild och färdplan för hela omstruktureringen av den svenska hälso- och sjukvården. En nationell plan där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten.

Såväl i analys som förslag fokuserar detta delbetänkande på primärvården och hur den kan stärkas. Det innehåller såväl författningsförslag som exempel på framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården. De senare ämnade som inspiration för huvudmännen. Tillsammans utgör utredningens förslag i föreliggande betänkande grunden för en primärvårdsreform.

Utredningens förslag, bedömningar och exempel på framgångsfaktorer presenteras i kapitel 8–11. Dessa kan med fördel läsas tillsammans med kapitel 1 som innehåller själva författningsförslagen

samt kapitel 12 som innehåller författningskommentarer. Kapitel 2–7 är bakgrundskapitel som bör läsas för en förståelse av såväl aktuell situation som den rättsliga regleringen gällande de områden som delbetänkandet behandlar. Betänkandet har också bilagor som fördjupar sig i några aktuella frågor med koppling till den fortsatta omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård. Nedan ges en kort översikt av innehållet i de olika kapitlen.

Kapitel 2 ger en en introduktion till utredningens uppdrag, dialogarbete och utgångspunkter samt några för utredningen centrala begrepp.

Kapitel 3 presenterar en internationell utblick som sätter utredningens uppdrag och förslag i en internationell kontext.

Kapitel 4 ger på motsvarande sätt som i vårt första delbetänkande. en – icke-exklusiv – överblick av olika arbeten som direkt eller indirekt knyter an till förslagen i Effektiv vård och/eller vårt utredningsuppdrag. Översikten fokuserar på utvecklingen sedan vi lämnade vårt första delbetänkande.

Kapitel 5 beskriver aktuell situation vad gäller reglering och organisering av svensk hälso- och sjukvård, med fokus på primärvården.

Kapitel 6 beskriver på motsvarande sätt aktuell situation vad gäller reglering och hantering av vissa frågor kopplade till ändamålsenlig administration, vilka Effektiv vård lyfte fram.

Kapitel 7 ger en kort introduktion till utredningens tilläggsuppdrag rörande samverkan mellan huvudmännen och den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten vård. Dessa frågor kommer att fördjupas i slutbetänkandet och utredningen lägger inga förslag i dessa delar i detta delbetänkande.

I kapitel 8 fördjupas den färdplan och målbild för omstruktureringen som ursprungligen presenterades i vårt första delbetänkande. Vidare läggs förslag på hur omstruktureringen ska följas upp och inriktningen på utredningens fortsatta arbeta beskrivs.

I kapitel 9 presenteras förslag som syftar till att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stark och likvärdig primärvård i hela Sverige. En modernisering av definitionen av primärvård i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) föreslås liksom att närmare bestämmelser om vad som är primärvårdens grunduppdrag ska regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen. Vidare lyfts ett antal framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården fram som

inspiration och reflektion över hur man som huvudman kan organisera primärvård.

I kapitel 10 lyfts vikten av att stärka kontinuiteten i svensk primärvård och det föreslås att regleringen om möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas. Vidare presenteras utredningens bedömning av åtgärder som behöver vidtas för att kunna bemanna primärvården med specialister i allmänmedicin (eller likvärdig kompetens) i den omfattning som krävs för att kunna tillhandahålla en fast läkarkontakt till hela befolkningen.

I kapitel 11 presenteras vissa bedömningar och förslag som syftar till att bidra till en mer ändamålsenlig hantering av intyg från vården. Vidare föreslås att signeringskravet av journalanteckningar ska finnas kvar men ändras.

I kapitel 12 återfinns författningskommentarer och i kapitel 13 redogörs för när förslagen föreslås träda i kraft.

Utöver de obligatoriska bilagorna med utredningens direktiv och tilläggsdirektiv återfinns också två tematiska bilagor om Interprofessionellt lärande och arbetssätt (bilaga 3), samt ett svar från SBU:s Upplysningstjänst om ”Påverkan av egenavgifter inom hälso- och sjukvården på patienters hälsa och efterfrågan av vård” (bilaga 4).

2.1.3 Utredningens dialogarbete

Utredningens uppdrag att arbeta i bred dialog med samtliga berörda aktörer

Utredningens övergripande uppdrag beskrivs i våra direktiv som att vi ska stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med fokus på primärvården.

Ett så brett uppdrag, som berör i princip allt och alla i den svenska hälso- och sjukvården och omsorgen, kräver av förklarliga skäl också en bred dialog och förankring. Av utredningens direktiv framgår att en viktig del av uppdraget består i att initiera samarbeten och samordna diskussioner mellan företrädare för landstingen, myndigheter och andra berörda aktörer, såsom i synnerhet kommuner samt organisationer som företräder patienter och professionerna. Det ingår även att lyfta fram goda exempel och att samråda med SKL samt företrä-

dare för landstingen samt med statliga myndigheter med för uppdraget centrala uppgifter och med andra berörda aktörer. Likaså tydliggörs i direktiven att utredningen i den mån det bedöms lämpligt ska föra dialog med andra pågående utredningar samt att utredningen ska inhämta synpunkter från de referensgrupper som biträder utredningen.

Utredningen har därmed två uppgifter. Dels ett traditionellt utredningsuppdrag. Dels ett uppdrag att föra dialog och förankra utredningens arbete och förslag brett. Mot bakgrund av kunskapen om att avgörande för reformers legitimitet är att processerna de tagits fram igenom upplevs som rättvisa och transparenta, ser utredningen detta dialoguppdrag som centralt. Vår utredning har därför från sin start lagt sig vinn om att arbeta med stor öppenhet och en inkluderande dialog. Detta angreppssätt har konkret tagit sig utryck på olika sätt, varav vi vill framhålla några.

En bred dialog med huvudmän och olika organisationer

Under framför allt hösten 2017 men till viss del även våren 2018, har utredningen lagt mycket tid på möten och dialog med olika aktörer i hälso- och sjukvården runtom i landet. Utredningen har med stor glädje kunnat konstatera att det finns ett enormt engagemang och vilja till dialog och samarbete kring utredningens uppdrag. Givet det mycket stora antal inbjudningar som ställs till utredningen har utredningen tyvärr inte kunnat tacka ja till samtliga utan en prioriteringsordning har fastställts som också aviserats på hemsidan. Under den gångna perioden har besök i landsting/regioner och vårdverksamheter prioriterats. Vid dessa besök har utredningen också varit mån om att den kommunala hälso- och sjukvården involveras och att få se exempel på samverkan mellan landsting/region och kommuner. Utredningen har även prioriterat, och uppmanat till, inbjudningar från vårdens yngre och kommande medarbetare, givet deras viktiga roll som bärare av förändring. Sammantaget har utredningen gjort formella besök i 17 av 21 landsting/regioner (och planerar besök i resterande) och haft mer än 200 olika dialogtillfällen under det gångna året. Utöver detta har utredningen också träffat många patient- och brukarorganisationer, organisationer som representerar vårdens medarbetare, samt företrädare för enskilda vårdverksamheter och för politiska partier.

En kontinuerlig kommunikation om utredningens arbete via hemsidan www.sou.gov.se/godochnaravard

I september 2017 lanserade utredningen sin hemsida på den gemensamma webbplatsen för statliga utredningar. Utifrån de tekniska möjligheter som bereds på sou.gov.se har utredningen presenterat relevant information om utredningen, dess arbete och medarbetare, för att denna ska vara lätt tillgänglig för alla berörda aktörer. Där finns även information om hur man kan komma i kontakt med utredningen. För att löpande och i lättillgänglig form informera om arbetet har utredningen valt att publicera blogginlägg varje fredag. Vid våra besök och möten runtom i landet har det från många håll framförts att dessa är uppskattade och bl.a. används vid utbildningar och arbetsplatsträffar.

På utredningens hemsida finns även en kort informationsfilm om utredningens arbete. Skälet till att utredningen tog fram filmen var återkommande frågor om vi hade en film eller annat material som beskrev utredningens uppdrag, arbetssätt och utmaningar. Filmen är därmed tänkt att kunna fungera som en inledning till egna diskussioner om framtidens vård och omsorg, och hur olika aktörers eget arbete kan ansluta till det uppdrag som utredningen har. Den riktar sig framför allt till vårdens medarbetare, men kan användas även i andra sammanhang. Den är fri att användas där och när man som medarbetare i vården eller medborgare tycker att man kan ha nytta av den.

Referensgrupper och expertgrupp

I enlighet med våra direktiv, och som beskrevs i vårt första delbetänkande, har utredningen etablerat fyra referensgrupper. De består av företrädare för politiska partier, för professionerna, för patienter/brukare samt för huvudmännen. Efter sommaren 2017 utökades referensgruppen för professionerna från sex till tolv organisationer.[1] Under våren 2018 roterade större delen av medlemmarna i patient- och brukarrådet på Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) ut från rådet, men i överenskommelse med Vårdanalys har beslutats att

[1] Dietisternas riksförbund, Fysioterapeuterna, Kommunal, Läkarförbundet, SSR, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges farmaceuter, Sveriges psykologförbund, Vision, och Vårdförbundet.

såväl gamla som nya medlemmar är inbjudna att framöver delta i arbetet som referensgrupp åt utredningen.

Givet den avgörande roll utredningen tillskriver vårdens yngre och kommande medarbetare valde vi att genom vår referensgrupp för professionerna i januari 2018 bjuda in yngre representanter från respektive organisation till en heldagsworkshop. Syftet var såväl att få viktiga inspel kring utformningen av framtidens hälso- och sjukvård från dem som ska jobba i den som att bidra till en bättre systemförståelse bland vårdens medarbetare.

I mars 2018 valde utredningen att samla alla sina fyra referensgrupper till ett gemensamt möte där inriktningen på kommande förslag presenterades. Syftet var dels att säkerställa att alla berörda fick samma information men även att låta de olika grupperna få ta del av varandras olika perspektiv på de frågor utredningen har att behandla. Utredningen sätter stort värde på det stora engagemanget och den goda och konstruktiva dialog som samtliga referensgrupper bidrar med.

Inför utredningens arbete med tilläggsdirektivet som bl.a. rör samverkan mellan huvudmännen kommer ytterligare en referensgrupp, med företrädare för kommuner, att etableras.

Under senhösten 2017 förordnade regeringen ett antal sakkunniga och experter till utredningen (gemensamt härefter benämnda expertgruppen). Bland dessa finns företrädare för departement, myndigheter och SKL, men även företrädare för profession och patienter. Utredningen har träffat expertgruppen vid tre tillfällen.

Möten med andra utredningar, myndigheter, SKL och internationella organisationer

Utöver de ovan beskrivna dialogerna har utredningen också träffat och fört dialog med ett stort antal andra utredningar såsom Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08), Utredningen reglering av yrket undersköterska (S 2017:07), Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring (S 2017:04), Framtidens socialtjänst (S 2017:03), Läkemedelsutredningen (S 2016:07), Utredningen Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09), Generaldirektören med uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet (S 2017/00594/FS), Arbetsgruppen med uppdrag att utreda formerna

för en permanent rehabiliteringskoordinator (S 2017/00946/SF), Kommissionen för jämlik hälsa (2015:02), Statens medicinsk-etiska råd (SMER) (S 1985:A), Kommunutredningen (Fi 2017:02), Tillitsdelegationen (Fi 2016:03), Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar (U 2017:08), samt Utredningen Samordnare för unga som varken arbetar eller studerar (U 2015:06).

Utredningen har fört dialog och på olika sätt samverkat med eHälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Vårdanalys samt Rådet för styrning med kunskap. Vidare har utredningen besökt och fört dialog med ett stort antal nätverk och grupperingar under SKL. Slutligen har utredningen också fört dialog med såväl OECD som WHO:s Europakontor.

Bidrag från externa aktörer

Som en del i utredningens dialogarbete har även ett antal personer bidragit med exempeltexter till detta delbetänkande. Utredningen vill särskilt tacka Sara Riggare, *doktorand i hälsoinformatik, Karolinska Institutet och projektledare för Spetspatienter – en ny resurs för hälsa*, Angelica Frithiof, *Bemötandeutbildare och vårddebattör*, Åke Åkesson, *verksamhetschef Hälsocentralen i Borgholm* och Jonas Löf, *Basenhetschef Ambulanssjukvården, Kalmar län*. Vi vill även tacka Anette Nilsson med medarbetare i Region Jönköping och Elmar Keppel med kollegor i projektet Oskar, Oskarshamn, samt de organisationer som är representerade i vår referensgrupp för professionerna. Vi vill även tacka Socialstyrelsen för underlag till figurer i detta kapitel.

2.2 Utredningens syn på behovet av förändring

2.2.1 En modern hälso- och sjukvård

Befolkningens behov

”Samordnad utveckling för en jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården” är namnet på utredningens direktiv. Utredningens uppfattning är att ett modernt hälso- och sjukvårdssystem är ett hälso- och sjukvårdssystem som tar höjd för invånarnas behov och förväntningar i dagens och morgondagens

samhällskontext. Svensk hälso- och sjukvård, liksom många andra hälso- och sjukvårdssystem, kom till i en annan tid och för andra utmaningar än vad systemet har att hantera i dag. De kom till i en tid när de flesta utmaningar i sjukvården var av akut karaktär, såsom olycksfall och infektioner, medan det som i dag ska hanteras till övervägande del är av kronisk och långvarig karaktär. Det kan exemplifieras med gruppen äldre med många sjukdomar, och insatser under lång tid, ofta från flera huvudmän och olika aktörer, där det i dag i hög utsträckning saknas strukturer för ett samlat och väl koordinerat omhändertagande.

Ett ytterligare exempel är cancersjukdom, där många cancerberörda i dag har ett behov av ett omhändertagande som sträcker sig över lång tid och med inblandning av många olika kompetenser inom sjukvården. Till följd av fantastiska medicinska framgångar är många cancerdiagnoser som tidigare hade ett snabbt och fatalt förlopp, i dag att betrakta som kroniska tillstånd. Allt fler lever med cancer som en kronisk sjukdom, med efterverkningar av behandlingar eller med psykosocial pålagring av en cancersjukdom. Det kräver ett omhändertagande i vardagen som är uthålligt över tid, finns nära, motsvarar volymen av tillståndet i befolkningen, och som vid behov och under perioder kan samverka med andra och mer specialiserade delar av sjukvården.

Det finns också hela grupper av individer, diagnoser och behov som i dag är bland de största utmaningarna för samhället och sjukvården, men som när sjukvårdssystemen utformades inte var lika vanligt beskrivna eller förekommande. Kanske är det tydligaste exemplet området psykisk ohälsa, men det gäller även andra områden såsom långvariga smärttillstånd eller missbruksproblematik av olika slag.

En modern hälso- och sjukvård som utgår från befolkningens behov i dag måste därför byggas utifrån möjligheten att bistå och stödja vid långvariga och kroniska tillstånd, ofta med hög komplexitet. Strukturen måste underlätta koordinering av olika vårdinstanser och aktörer, utifrån varje persons individuella behov.

Befolkningens förväntningar

Flera rapporter på senare tid visar att dagens system inte fullt ut motsvarar invånarnas förväntningar, trots goda medicinska resultat. Framför allt infrias förväntningarna i lägre utsträckning än i många andra länder när det gäller delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet. Hur bör man se på dessa resultat? Att det är viktigt att hälso- och sjukvården motsvarar befolkningens behov verkar för de flesta vara en självklarhet. Men hur viktigt är det att hälso- och sjukvårdssystemet motsvarar invånarnas förväntningar? Är det ens möjligt, i ett samhälle där utvecklingen gått mot allt större möjligheter att enkelt få de allra flesta behov och önskemål tillfredsställda, och där dessutom den gemensamma resursen som kan läggas på hälso- och sjukvård fortfarande är begränsad.

Det kanske inte är så överraskande att dessa resultat/uppfattningar rapporteras om man påminner sig att så länge de flesta tillstånd var av akut och tillfällig karaktär, motsvarades förväntningarna väl av ett system med fokus just på den akuta, kortvariga vårdinsatsen. I ett samhälle med utmaningar framför allt av kronisk och långvarig karaktär däremot, blir behovet av delaktighet i beslut om långsiktig målsättning med givna insatser och behandling, tillgänglighet till planerade åtgärder och personkontinuitet i kontakten med vården viktigare än förr. Behövs då insatser för att stärka dessa områden? Utredningens uppfattning är att det är av avgörande betydelse att hälso- och sjukvårdssystemet uppfattas motsvara förväntningarna. Ett starkt skäl till det är upprätthållandet av viljan till ett fortsatt solidarisk finansierat sjukvårdssystemsystem, vilket är grundläggande för att ingen av ekonomiska skäl ska behöva avstå hälso- och sjukvård som man har behov av. Detta, att även fortsättningsvis försäkra invånarna en allmän hälso- och sjukvård, är också en av WHO:s huvudsakliga prioriteringar och en förutsättning för att uppnå Agenda 2030:s mål om hälsa och välbefinnande.

Just förtroendefrågan ställer enligt utredningens uppfattning krav på en tydlig och transparant kommunikation avseende de gemensamma samhällsöverenskommelser som ligger till grund för hur svensk hälso- och sjukvård organiseras och prioriteras. Hälso- och sjukvården ska styras utifrån de grundläggande etiska principer som riksdagen har bestämt ska utgöra den etiska plattformen för prioritering i vården. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för

den enskilda människans värdighet (människovärdesprincipen). Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras (behovs- och solidaritetsprincipen). Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas (kostnadseffektivitetsprincipen). Dessa tre etiska principer, där kostnadseffektivitetsprincipen är underställd övriga principer, ska ligga till grund för prioriteringar i vården. Att diskutera prioriteringar utifrån grupper och enskilda individers behov är, och kommer alltid att vara, en mycket stor utmaning inte minst på den politiska nivån, men utredningens bedömning är att det är nödvändigt att finna vägar att göra det. Befolkningens förväntningar på vårdens medicinska innehåll och möjligheter måste vara rimliga utifrån den gemensamma resurs som står till buds för att förtroendet för systemet ska kunna upprätthållas.

Sammanfattningsvis betraktar utredningen en modern hälso- och sjukvård som ett hälso- och sjukvårdsystem som tar hänsyn till befolkningens behov och invånarnas förväntningar i en modern samhällskontext.

2.2.2 Behovet av samordning

Den svenska befolkningen om 10 miljoner människor är med internationella mått mätt inte något stort sjukvårdssystem. Det är enligt utredningens bedömning en utmaning att på ett ändamålsenligt och jämlikt sätt tillhandahålla högkvalitativ och kostnadseffektiv vård med det befolkningsunderlaget uppdelat på 21 landsting/regioner[2] och 290 kommuner. Det ställer tilltagande krav på samverkan och samordning i en värld där rörligheten ökar och kraven på transparens är större än tidigare. Kunskapsmassan inom varje enskilt medicinskt område ökar ständigt, och med den behovet av subspecialisering, vilket i sin tur påverkar möjligheten till kompetensförsörjning överallt i landet. Det finns samtidigt regionala och lokala skiftande förutsättningar och behov, som gör huvudmännens ansvar fortsatt betydelsefullt i svensk hälso- och sjukvård och omsorg. Vår uppfattning är att när olika typer av samverkan, och ibland nationell samordning, i systemet blir vanligare är det viktigare än någonsin att rollerna för olika

[2] I lagstiftningen heter landsting fortsatt just landsting, men givet att flertalet i dag kallar sig regioner, samt liggande förslag om att beteckningen landsting ändras till region (se avsnitt 4.2.1) väljer vi att genomgående använda bägge begreppen.

aktörer tydliggörs, sinsemellan men också för befolkningen. Bilden av hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungerar måste tydliggöras för att skapa rätt förväntningar, och ge möjlighet till stöd och vägledning vad gäller den egna hälsan och hur kontakten med olika vårdnivåer är tänkt att fungera.

Utredningen har inte i uppdrag att förändra den grundläggande ansvarsfördelningen i systemet mellan stat, landsting/region och kommun. Detta sätter naturliga ramar för detaljeringsnivån i utredningens förslag. Utredningen lägger i huvudsak förslag på *vad* som ska göras, men *hur* det ska göras lämnas i de allra flesta fall till berörda huvudmän att besluta om. Utredningens förslag syftar till att underlätta den förflyttning av hälso- och sjukvårdssystemet mot mer öppen vård, en stark primärvård och ett förhållningssätt till nära vård som redan pågår hos många landsting/regioner och kommuner.

2.2.3 Bemanning och kompetensförsörjning

Som en av de största utmaningarna vad gäller framtidens hälso- och sjukvård framhålls ofta bemanning och kompetensförsörjning. Det är en uppfattning som utredningen delar. Även om nya effektivare arbetssätt, digitala lösningar och artificiell intelligens (AI) av vissa ses som lösningen på dessa utmaningar är vår uppfattning att det inom överskådlig tid kommer att råda brist på medarbetare i hälso- och sjukvården. Det är för vissa yrkesgrupper en relativ brist, då utbildade personer väljer att söka sig bort från vården och till andra branscher, men för andra en absolut brist. Inte minst gäller det inom områden som på senare år måste betraktas som samhällets största utmaningar, t.ex. psykisk ohälsa, där yrkesgrupper med specifik kompetens om detta behöver finnas i större omfattning och kanske på nya platser i hälso- och sjukvårdssystemet.

Även inom det förebyggande arbetet förändras och ökar behoven av kompetenser. I dag är till exempel felnäring en källa till ohälsa i flera subgrupper av befolkningen. Detta medför att en yrkesgrupp som dietister måste betraktas alltmer som en bristgrupp i flera vårdformer. Motsvarande kan sägas om ökat stillasittande bland barn och unga och fysioterapeutens roll, eller stödjande insatser inom skolans värld och arbetsterapeutens kompetens.

Utredningen välkomnar de initiativ som tas på området kompetensförsörjning såväl av enskilda huvudmän, huvudmännen i samverkan via SKL samt via regeringsuppdrag till statliga myndigheter. Däribland föreliggande regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) att så långt det är möjligt säkerställa en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över det totala kompetensbehovet i hälso- och sjukvården, oavsett driftsform eller huvudman. Utredningens uppfattning är samtidigt att den typ av omstrukturering av sjukvårdssystemet som vi föreslår är nödvändig för att skapa förutsättningar för god arbetsmiljö, och därmed för möjligheten att rekrytera och behålla dagens och framtidens medarbetare. I dag sätter sjukvården alltför ofta enskilda medarbetare att lösa frågor som inte är lösta på strukturell nivå. Ett exempel är medarbetaren som från sjukhusets akutmottagning fåfängt letar lediga vårdplatser natt efter natt. En omöjlig uppgift när förutsättningar i systemet saknas, såsom t.ex. tydlig samverkan mellan landsting och kommun gällande äldre med många sjukdomar, eller tidiga och snabba läkarinsatser i särskilda boenden. De förutsättningar som minskar behovet av oplanerade och onödiga besök på akutmottagningen eller slutenvårdstillfällen inom akutsjukvården. På samma sätt är det inte möjligt för en enskild medarbetare i dagens primärvård, som på sin mottagning träffar en patient med behov av insatser från flera olika aktörer inom såväl landsting som kommun, att möta de behoven på ett för båda parter tillfredsställande sätt. Strukturen stöder inte det arbetssätt som skulle behöva finnas, där samordning och koordinering av olika insatser med självklarhet ska kunna erbjudas. Medarbetarens möjligheter att känna tillfredsställelse i arbetet blir mycket begränsad, och risken för samvetsstress i slutet av arbetsdagen är uppenbar. Utredningens uppfattning är därför att strukturella förändringar av de slag utredningen föreslår, tillsammans med initiativ som direkt adresserar bemanning och kompetensförsörjning, är nödvändiga för att möjliggöra skapandet av hållbara arbetsplatser.

Interprofessionella arbetssätt

Ytterligare en nyckel till bemanningen av framtidens hälso- och sjukvård är att använda alla vårdens kompetenser på ett klokt sätt. Därför vill utredningen lyfta fram interprofessionella förhållningssätt, arbets-

sätt och lärandemiljöer. Att använda alla kompetenser klokt kräver god kännedom om inte bara den egna yrkesgruppen och -rollen, utan också kunskap och förståelse för vad andra yrkesgrupper har för uppdrag och kompetenser. Synen att teamarbete är likställt med att placera flera olika professioner i samma lokaler måste stryka på foten för ett interprofessionellt synsätt där olika kompetenser bidrar i ett team tillsammans med patienten/brukaren för att uppnå gemensamt ställda mål. Utredningen vill framhålla att interprofessionellt teamarbete är något som behöver tränas för att fungera väl. På samma sätt som man inom akutsjukvården regelbundet övas i ATLS (Advanced Trauma Life Support) finns sannolikt behov av att skapa strukturerade former för att träna och vidmakthålla interprofessionellt teamarbete, reflektera över roller i teamet vid olika situationer och förståelse för teamteknik inom olika former av öppen vård (se även bilaga 3).

Ledar- och medarbetarskap

Utredningen ser också att en modernisering och en ökad kunskap behövs i frågor om såväl ledar- som medarbetarskap. Ett exempel är möjligheten till tjänstgöring hos flera huvudmän eller inom olika organisationer. På många ställen i landet kommer det att vara en omöjlighet att bemanna ”dubbla strukturer”, exempelvis med sjuksköterskekompetens, både hos landsting och kommun, och enheter med dygnetrunt-vård i samverkan mellan huvudmännen finns redan i dag. På andra ställen vi besökt diskuteras möjligheten att bemanna jourlinjer eller upprätthålla kompetens inom en opererande specialitet genom att möjliggöra arbete och anställning inom såväl sluten som öppen vård, även om verksamheten bedrivs inom olika organisatoriska enheter. Utredningen vill också framhålla att det fortfarande inom landstingens och kommunernas vård- och omsorgsverksamheter förekommer arbetsgrupper på upp till 40, 50 och 60 anställda underställda en ansvarig linjechef. Utredningens uppfattning är att det inte kommer att vara hållbart med så stora arbetsgrupper utifrån vad flera undersökningar och rapporter visat, vare sig ur aspekten hållbart ledarskap eller medarbetarens behov av att vara sedd och uppskattad som individ av sin arbetsgivare.

2.2.4 En omstrukturering i flera steg

Utredningen vill liksom tidigare betona vikten av att de förändringar som görs utifrån utredningens förslag genomförs strukturerat och i flera steg. Förändringarna bör följas på myndighetsnivå utifrån olika myndigheters ansvarsområden, men också med fördel via följeforskning. Utredningens uppfattning är att alltför många förändringar i hälso- och sjukvården sker utan strukturerade beslut, uppföljning eller utvärdering. Ett sådant exempel är förändringen av antal vårdplatser inom den traditionella slutenvården. Det kan vara funktionellt med färre vårdplatser, men bara om det i hela sjukvårdssystemet finns en hållbar struktur och planering för väl bemannade, och utifrån behovet kompetensförsörjda, vårdplatser i särskilda boenden, i hemmet, nåbara för mobila team eller inom andra vård- och omsorgsinstanser. Att antalet vårdplatser sjunker till följd av otillräcklig bemanning, brist på vissa yrkesgrupper, av primärt ekonomiska skäl eller andra praktiska omständigheter är däremot inte önskvärt och riskerar att vara kontraproduktivt för trovärdigheten i den fortsatta processen med omstruktureringen av sjukvårdssystemet.

2.2.5 Några ord särskilt om delaktighet

I de följande texterna kommer utredningen att återvända till ledorden delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet. Även om begreppet delaktighet förstås är kontextberoende visar ett flertal rapporter att Sveriges förhållandevis väl utbildade och pålästa invånare inte är så delaktiga i sin hälso- och sjukvård som man önskar vara. Detta är problematiskt av flera skäl. Det förekommer fortfarande att hög patientdelaktighet framför allt betraktas som en ”service- och trevlighetsaspekt”, och därför skulle vara lägre prioriterat än regelrätta medicinska insatser. Men en patient som utifrån sina förutsättningar varit delaktig i de beslut som fattats och är väl införstådd med och informerad om den vårdprocess som är överenskommen är en förutsättning för att de resultat som båda parter förväntar sig ska kunna uppnås. Ytterligare en aspekt på hög delaktighet är att de patienter som önskar ta ett större eget ansvar för sin hälso- och sjukvård ska beredas självklar möjlighet att göra det. Det medför också att mer av de stödjande insatserna kan läggas på de som så behöver. I varje möte

med den personcentrerade vården och omsorgen ska den självklara frågan ställas ”Vad är viktigt för dig?”.

Utredningen vill också uppmärksamma skillnaden mellan begreppen hög patientdelaktighet och efterfrågestyrd vård. Utredningens uppfattning är att det inte finns något hälso- och sjukvårdssystem som oprioriterat kan tillgodose alla invånares önskan om vilka medicinska insatser som helst när som helst. Det är heller inte önskvärt. Sjukvård ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, och det finns en rad exempel på insatser och åtgärder som vid fel tillfälle och på fel indikation är direkt skadliga, såsom överdriven användning av antibiotika eller strålningsrisker vid onödiga röntgenundersökningar. Varje medborgare ska kunna känna sig trygg med att få vård där och när det behövs, utifrån medicinsk kunskap, evidens och väl beprövad erfarenhet. En trygghet som också innebär att kunna lita på att inte bli utsatt för vare sig överbehandling eller fördröjd diagnos eller behandling.

2.2.6 Det är av flera skäl viktigt att satsa på primärvården

Det framhålls ofta att den svenska primärvården under lång tid inte varit föremål för någon nationell satsning. Det innebär t.ex. att primärvården i förhållandevis liten del omfattats av de överenskommelser som ingåtts mellan staten och SKL. Detta innebär i sin tur att primärvården inte varit föremål för det fokus vad gäller uppföljning som naturligt följt med den typen av satsningar. Nackdelen med detta är att den nationella uppföljningen av primärvården som vårdform inte hållit jämna steg med andra delar av hälso- och sjukvården. Detta gäller även olika typer av benchmarking och jämförelser. Dessa har i och för sig ibland framhållits medföra onödiga administrativa pålagor för andra vårdgrenar, men också medfört en slags gemensam utveckling av nationella strukturer. Exempelvis omfattar få kvalitetsregister primärvårdens insatser. Bristen på gemensamma uppföljningsrutiner gör i sin tur att när det gäller diagnoser, resursanvändning, kvalitetsuppföljning och kompetensförsörjning saknas historiskt grundläggande nationella data gällande primärvården. Utredningen ser mot bakgrund av detta fördelar med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården, och därpå följande möjligheter till en sammanhållen och ökad kunskap om svensk primärvård. Detta

medger i nästa steg ett utvecklat arbete med uppföljning som grund för ständiga förbättringar såväl på mikro-, meso- och makronivå, och en möjlighet att ta fram väl grundade och kunskapsbaserade policydokument på alla relevanta nivåer.

2.2.7 En pågående omstrukturering av hela sjukvårdssystemet

Utredningen vill uppmärksamma att även om detta delbetänkande i mycket fokuserar på utformningen av en primärvårdsreform är utredningens hela uppdrag mer omfattande än området primärvård. Det återspeglas delvis i detta delbetänkande, och understryks särskilt i de delar som behandlar den fortsatta vägen framåt och de frågeställningar som kommer att hanteras i utredningens slutbetänkande.

Omfattningen på utredningens uppdrag är en särskild utmaning, i det att alla frågeområden inte är möjliga att beskriva vid samma tillfälle. Därför kommer ofrånkomligen vissa aktörer och intressenter att känna att deras fråga eller område inte är tillräckligt belyst i detta delbetänkande. Utredningen har full förståelse för det. Det betyder på inget sätt att de frågor som utredningen avser återkomma till i slutbetänkandet är av mindre betydelse – samverkan mellan kommun och landsting/region, forskning och undervisning, ytterligare omfördelning av resurser, ändamålsenligheten med definitionerna öppen och sluten vård har förstås mycket stor betydelse för det framtida systemets utformning. De hanteras i utredningens arbete parallellt med arbetet med föreliggande delbetänkande vad gäller insamling av material, analyser och i pågående dialog med alla de olika aktörer utredningen löpande träffar.

Modern hälso- och sjukvård – ett rörligt mål

Till sist krävs ett stort mått av ödmjukhet i arbetet med att ställa om hälso- och sjukvården till ett modernt system motsvarande invånarnas behov och förväntningar. Hälso- och sjukvårdens organisering är ett rörligt mål. Nya medicinska upptäckter, utveckling av nya arbetssätt, nya läkemedel och ny teknik gör utvecklingen snabb och dynamisk. Ett framtida hälso- och sjukvårdssystem måste därför ta

höjd för *att* sådana förändringar kommer, inte *om* de kommer. Utformningen måste så långt möjligt är anpassas därefter.

Framtidens hälso- och sjukvård ligger sannolikt i möjligheten till väl fungerande samverkan mellan olika inblandade aktörer. Arbete i nätverk, mer än i traditionella linjestrukturer. Arbete i partnerskap med de vården är till för, mer än i hierarkisk utformade system. Detta återknyter till resonemang i utredningens första delbetänkande om tillitens betydelse. Det har i våra dialoger blivit tydligt att svensk hälso- och sjukvård till dels präglas av en brist på tillit mellan olika aktörer och organisatoriska nivåer, och att det riskerar att påverka ett förändringsarbete negativt. Vår förhoppning är att den dialog som utredningen fått vara en del av att initiera och driva, tillsammans med andra pågående initiativ såsom Tillitsdelegationens arbete, gemensamma projekt mellan landstingen samt den ökade samverkan mellan landsting/regioner och kommuner i olika landsdelar ska bidra till ett mer förtroendefullt klimat mellan olika aktörer. Utredningen ser det som en nödvändighet för en konstruktiv fortsatt diskussion om den svenska hälso- och sjukvården, och för möjligheten att uppnå den vision vi gemensamt delar – en personcentrerad god och nära vård, en högkvalitativ och kostnadseffektiv vård och omsorg och också en vård och omsorg som har förutsättningar att vara en attraktiv arbetsgivare nu och i framtiden.

2.3 Utgångspunkter och begrepp

2.3.1 Centrala begrepp för detta delbetänkande

God vård

God vård är en övergripande beskrivning av hur vården ska bedrivas för att uppfylla kraven i HSL.

Vården ska, enligt 5 kap. HSL:

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och
5. vara lätt tillgänglig.

Begreppet god vård, i nuvarande och tidigare form, är också väl inarbetat i sjukvårdens ledningssystem för kvalitet, i dag reglerat i ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) och ligger till grund för Socialstyrelsens arbete med bl.a. nationella indikatorer för God vård (se även avsnitt 5.1.2).

Nära vård

Under flera decennier har angetts att hälso- och sjukvården bl.a. ska präglas av närhet. Det som avsetts har framför allt varit att i möjligaste mån flytta vården från sjukhus och i stället utföra den i öppna vårdformer. Begreppet nära vård har på senare tid vuxit fram i hälso- och sjukvården. Någon närmare reglering av vad som är nära vård finns inte. Principen om nära vård har delvis kodifierats för den landstingsbedrivna hälso- och sjukvården genom en föreslagen ny bestämmelse i 7 kap. 2 a § HSL, som föreslås träda i kraft den 1 januari 2019 (prop. 2017/18:83). Bestämmelsen innebär att landstingen är skyldiga att organisera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, ska vården däremot få koncentreras geografiskt.

I utredningens första delbetänkande redogjorde vi övergripande för vår syn på innehållet i begreppet ”nära”. Vi bedömde då också att det fanns behov av att återkomma till begreppet, och behovet av en gemensam definition, i samband med utvecklingen av ett nationellt uppdrag för primärvården. Under det senaste årets utredningsarbete har utredningen diskuterat denna fråga med bl.a. sina referensgrupper och gör – baserat på dessa dialoger – i dag bedömningen att det inte finns behov av att kodifiera en gemensam definition i författningstext, termbank eller liknande. Denna bedömning grundar sig på att nära vård inte är en ny organisationsnivå, eller någon ny benämning på dagens primärvård. Nära vård är i stället ett sätt att tänka kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas. Detta synsätt överensstämmer också med det arbete som pågår inom SKL, tillsammans med huvudmännen, med att beskriva begreppet nära vård, ett arbete som vi från utredningens sida gärna vill framhålla.

Huvudmännens arbete med att beskriva den nära vården

Under ledning av SKL har huvudmännen gemensamt ett pågående arbete med beskrivningen av begreppet nära vård. Arbetet har bedrivits som en iterativ process och har tagit sin utgångspunkt i de strategiska arbeten som genomförts av kommuner och landsting/regioner i olika lokala kontexter.

Som exempel kan nämnas Västra Götalandsregionen (VGR), där man började med att belysa termen närhet. Här beskrevs närhet i flera olika dimensioner; geografisk närhet, tillgänglighet i tid och relationell närhet. Den relationella närheten är en dimension som uppmärksammas allt mer. En viktig slutsats i arbetet i VGR, som stöds av fler aktörer, är att patientens/brukarens upplevelse är central för definitionen av närhet och därmed hur kommuner och landsting behöver arbeta för att kunna tillhandahålla närhet.

Härav följer att den nära vården inte är en ny organisationsnivå. Det är heller inte en ny benämning på dagens primärvård. I den nära vården finns primärvården med som en viktig del, men den innefattar också insatser från andra specialiteter och organisatoriska vårdformer. Nära vård är ett synsätt, som tar sin utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser, med beaktande av hela hens livssituation. Just helhetssynens betydelse betonas för att kunna arbeta hälsofrämjande, förebyggande och proaktivt. Den närmsta vården är egenvården. Den vård patienter och brukare kan tillhandahålla sig själva med eller utan stöd av hälso- och sjukvården och/eller omsorgen.

Den nära vård som organiseras av kommuner och landsting/region har primärvården som tydlig bas, med ett tydligt kulturskifte från dagens mer sjukhusorienterade vård. Primärvården ska vara den första naturliga kontaktytan, men hela eller delar av andra hälso- och sjukvårdsverksamheter kan också vara att betrakta som nära vård. Som exempel kan nämnas delar av socialtjänsten, delar av sjukhusvården och den specialiserade öppenvården. Den slutliga utformningen av den nära vården måste varje landsting/region och kommun göra i nära samverkan utifrån regionala och lokala förutsättningar och behov. Vården och omsorgen består av många olika byggstenar. Oavsett hur den organiseras uppstår gränssnitt någonstans. Den nära vården innefattar verksamheter men också mellanrummen mellan verksamheterna. Arbetet med att utveckla den nära vården handlar

mycket om hur väl alla förmår att överbrygga dessa mellanrum och skapa en sammanhållen vård och omsorg för patienter och brukare. Ibland kan detta lösas genom nya arbetssätt, såsom avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och mobila team. Det kan också göras med digitala mottagningar som stöd för ett mer proaktivt förhållningssätt. På olika sätt kan möjligheter skapas för att fylla ut glappen mellan organisationerna. Den nära vården kan inte enbart organiseras fram. Den nära vården handlar också om kulturförändring. Alla verksamheter bör ha en uppdragsbeskrivning som inte bara tydliggör den egna verksamhetens roll utan också beskriver den egna verksamhetens roll i helheten. Den nära vården utgår från patienternas och brukarnas individuella behov, förutsättningar och preferenser. Den utgår från att hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser är det mest rationella arbetssättet och att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet. Den nära vården ska bidra till jämlik vård för jämlik hälsa.

Primärvård: mer än det som ryms i Vårdval primärvård eller på vårdcentralen

En utmaning för den som i dagsläget vill beskriva och diskutera svensk primärvård är den begreppsförvirring som råder kring vad ”primärvård” faktiskt är i en svensk kontext.

Många gör felaktigt tolkningen att primärvård enbart är den vård som ges på hälso- eller vårdcentral/husläkarmottagning (det faktum att olika landsting/regioner kallar denna verksamhet olika saker är inte heller hjälpsamt för en gemensam förståelse av hur vården är organiserad). Vissa, men inte alla, vet att även kommuner, inte bara landstingen, är huvudmän för primärvård i Sverige. I avsnitt 5.1 ges en mer ingående beskrivning av hur svensk hälso- och sjukvård är reglerad och av vad som ryms i begreppet primärvård i enlighet med svensk lagstiftning. För den fortsatta läsningen och förståelsen av betänkandet och dess förslag vill vi dock redan här klargöra följande.

Vad är primärvård?

Enligt nuvarande definition i HSL är primärvård hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för be-

hovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Primärvård betecknar alltså en vårdnivå, den första, som ska tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. Primärvård inte är en organisationsform inom den öppna vården.

Vem kan bedriva primärvård?

Begreppet primärvård omfattar såväl primärvård med offentlig finansiering som primärvård som utförs av privata vårdgivare oavsett om verksamheten finansieras med offentliga eller privata medel. Den offentligt finansierade primärvården kan ha såväl landsting som kommun och stat (t.ex. Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS) som huvudman. Vem som bedriver verksamheten, i vilken organisatorisk del eller i vilken form den bedrivs är alltså inte avgörande för om det är primärvård eller inte.

Landstingen/regionernas och kommunernas roll som huvudmän för primärvård

Den stora merparten av svensk primärvård, liksom övrig hälso- och sjukvård, är offentligt finansierad primärvård och har landsting/region eller kommun som huvudman.

När det gäller *landstingens primärvårdsuppdrag* så är landstingen skyldiga att organisera sin primärvård så att alla som omfattas av landstingets ansvar kan välja utförare (vårdvalssystem) (jfr avsnitt 9.3). Med utförare avses vårdenhet eller mottagning.

Den närmare utformningen av vårdvalssystem inom primärvården får landsting/regioner själva bestämma utifrån lokala förutsättningar, så länge vissa grundläggande principer respekteras (jfr avsnitt 9.3). Det innebär att landsting/regioner kan organisera sin del av primärvårdsuppdraget i ett samlat vårdval för primärvården eller organisera delar av uppdraget i andra vårdval, genom upphandling enligt LOU eller i egen regi. De flesta landsting har valt att lägga merparten av sin primärvård i ett samlat vårdval, och det tillhandhålls då via hälsocentral/vårdcentral/husläkarmottagning, vilket därmed för många har kommit att bli synonymt med primärvård. Vissa landsting

har i stället valt att t.ex. ha fysioterapi eller basrehabilitering i ett eget vårdval, eller att organisera mödrahälsovård och barnhälsovård i egen regi, och dessa verksamheter utgör också de en del av vårdnivån primärvården.

Genom sitt ansvar för hälso- och sjukvård åt de äldre eller funktionshindrade som efter beslut av kommunen bor i särskilt boende, samt för hälso- och sjukvård åt dem som vistas dagverksamhet som avses i 3 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) (samt i de flesta landsting för hemsjukvården), är *kommunerna* också huvudmän för en del av primärvården.

2.3.2 Internationella utgångspunkter

Agenda 2030

Agenda 2030 ett globalt åtagande

I september 2015 antog FN:s generalförsamling en historisk resolution med 17 globala mål för en bättre värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling. Agendan innebär att alla medlemsländer i FN förbundit sig att tillsammans uppnå en socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar utveckling. Agendan rör alla delar av hållbar utveckling såsom fred, rättvisa, hälsa, jämlikhet och jämställdhet, fattigdomsbekämpning, ekonomisk utveckling samt klimat och miljö.

Arbetet med att genomföra agendan följer flera viktiga principer, bland annat att:

- agendan är universell, vilket innebär att den riktar sig till alla världens länder, och att alla länder bär ett gemensamt ansvar för dess genomförande.
- målen är integrerade och odelbara. Det betyder att inget mål kan nås på bekostnad av ett annat – och framgång krävs inom alla områden för att målen ska kunna uppnås.
- ingen ska lämnas utanför. Agendan måste genomföras med särskild hänsyn till de människor och samhällen som har sämst förutsättningar.

Hälsa är både ett mål och ett medel för att uppnå en hållbar utveckling. Samtliga mål har på olika sätt kopplingar till och betydelse för hälsans utveckling. Det tredje målet i agendan handlar dock specifikt om hälsa, nämligen att ”Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar”.[3] Kopplat till detta mål finns en rad olika delmål, bl.a. om att genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande (delmål 3.4).

Sveriges arbete för att genomföra Agenda 2030

Olika länder tar sig an agendan utifrån sina olika utgångspunkter och kontexter. I mars 2016 tillsatte regeringen en delegation med uppgift att stödja och stimulera arbetet med genomförandet av Agenda 2030 i Sverige: Agenda 2030-delegationen. Den 31 maj 2017 lämnade delegationen en nulägesbeskrivning och förslag till handlingsplan för Sveriges genomförande av agendan.

I en internationell jämförelse faller Sverige väl ut i förhållande till merparten av målen. I nulägesanalysen i sin rapport från 2017 belyser delegationen ett antal utmaningar på nationell nivå som framkommit inom respektive mål. För hälsomålet konstateras att befolkningen i Sverige har en hög medellivslängd, god självskattad hälsa och god tillgång till hälso- och sjukvård. Hälsan är dock ojämlikt fördelad mellan olika grupper i samhället. Bland de utmaningar som identifieras finns bl.a. den ökande psykiska ohälsan i alla åldrar samt livsstilsbetingade riskfaktorer för icke-smittsamma sjukdomar, såsom ohälsosamma matvanor, stillasittande, rökning och alkohol.

Agenda 2030 innehåller också ett specifikt mål om att ”minska ojämlikheten inom och mellan länder”. För Sveriges del gör delegationen den sammanfattande analysen att ” Sverige är ett av de mest jämlika länderna i världen, men är samtidigt det OECD-land där den ekonomiska ojämlikheten ökar allra mest. Det finns även ojämlikheter mellan grupper gällande faktorer såsom hälsa, utbildning och arbete”[4].

[3] Agenda2030-delegationen, *Om delegationen*.
[4] Agenda 2030-delegationen, *I riktning mot en hållbar välfärd – Agenda 2030-delegationens nulägesbeskrivning och förslag till handlingsplan för genomförandet av Agenda 2030 för hållbar utveckling*, 2017.

Delegationen lyfter också fram den viktiga roll kommuner och landsting har för agendans genomförande i Sverige, givet deras roll som huvudmän för centrala verksamheter såsom just hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola. Av en enkätundersökning bland samtliga kommuner och landsting framgår att utifrån det hållbarhetsarbete som bedrivs i kommuner, landsting och regioner sågs några av målen i Agenda 2030 som särskilt prioriterade; däribland just mål 3 om hälsa och välbefinnande.[5]

I sitt förslag till handlingsplan för Sveriges genomförande av agendan identifierar delegationen sex prioriterade områden. Områdena är tvärsektoriella, vilket innebär att de spänner över flera politikområden och flera av målen i Agenda 2030 och de balanserar de ekonomiska, sociala och miljömässiga dimensionerna.[6] Ett av områden är ”Ett jämlikt och jämställt samhälle”. Härunder lyfts bl.a. tydliga ojämlikheter i psykisk och fysisk hälsa och välmående mellan olika grupper i samhället. Vidare framhålls att de demografiska förändringarna påverkar de nationella och lokala förutsättningarna för en hållbar välfärd och att det är av vikt att hitta former för samverkan mellan kommuner för att stärka deras förmåga att tillgodose en hållbar välfärd.

En nationell handlingsplan för Agenda 2030, för åren 2018–2020, ska tas fram av regeringskansliet under våren 2018. Underlag till den nationella handlingsplanen utgörs bl.a. av Agenda 2030-delegationens delrapport från 2017.[7]

Syftet med handlingsplanen är:

– att identifiera existerande politik samt redan beslutade insatser som bidrar till att målen uppnås
– att reflektera kring Agenda 2030-delegationens analys av i vilken utsträckning agendans delmål motsvaras av existerande svenska nationella mål
– att vidta åtgärder inom ett antal centrala tvärsektoriella frågor, bland annat genom uppdrag till myndigheter

[5] Agenda 2030-delegationen, *I riktning mot en hållbar välfärd – Agenda 2030-delegationens nulägesbeskrivning och förslag till handlingsplan för genomförandet av Agenda 2030 för hållbar utveckling*, 2017, s. 74.
[6] Agenda 2030-delegationen, *I riktning mot en hållbar välfärd – Agenda 2030-delegationens nulägesbeskrivning och förslag till handlingsplan för genomförandet av Agenda 2030 för hållbar utveckling*, 2017, s. 88.
[7] Regeringens skrivelse 2017/18:146, *Politiken för global utveckling i genomförandet av Agenda 2030.*

– att underlätta Regeringskansliets samordning i genomförandet av de nationella målen i relation till målen i Agenda 2030, inklusive former för en mer systematisk uppföljning och utvärdering
– att uppmuntra och underlätta för kommuner och landsting att bidra till att målen uppnås, samt
– att uppmuntra och underlätta för näringsliv, civilsamhälle, kunskapssamhälle och individer att bidra till att målen uppnås.

Utredningens uppdrag i förhållande till Agenda 2030

Om Sverige ska leva upp till agendans mål vad gäller såväl hälsa som den övergripande målsättningen om hållbar utveckling så krävs insatser på alla nivåer i samhället för att skapa ett modernt, jämlikt, tillgängligt och effektivt hälsosystem. För att klara att möta de nya behov som kommer med förändrade demografiska och epidemiologiska förhållanden, och det stora behovet av ett intensifierat och brett förebyggande arbete, måste ett sådant hälsosystem ha en stark första linje/primärvård som bas. Utredningen bedömer därmed att vårt uppdrag även är att se som en central del av arbetet med att skapa förutsättningar för att uppnå målen i Agenda 2030 i Sverige.

En internationell rörelse mot allmän hälso- och sjukvård, med en integrerad, personcentrerad ansats och primärvården som bas

En central strategi för att uppnå Agenda 2030:s mål om hälsa och välbefinnande och en grundläggande prioritering för Världshälsoorganisationen (WHO) är arbetet med att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen. WHO definierar detta som att alla människor har tillgång till de hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, behandlande och rehabiliterande hälsotjänster de behöver och att dessa tjänster är av en tillräcklig kvalitet för att vara effektiva. Detta ska dessutom göras på ett sätt så att människor inte lider ekonomisk skada om/när de betalar för tjänsterna. WHO fastslår att om det målet ska kunna uppnås så krävs också ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner, till ett system som är designat för människor. Med utgångspunkt i detta förespråkar WHO

en integrerad och personcentrerad ansats när vi utvecklar våra hälsotjänster och system. WHO framhåller specifikt att en sådan ansats är avgörande för att säkerställa att även marginaliserade/sårbara grupper nås och ingen lämnas utanför.

År 2016 antog WHO:s beslutande församling ett ramverk för integrerade, personcentrerade hälsotjänster (Framework on Integrated people-centred health services (IPCHS)[8]. Ramverket är en vidareutveckling av Alma Ata deklarationen om Primärvård från 1978, liksom av Världshälsorapporten om primärvård från 2008 (Now more than ever). Primärvården framhålls tydligt som basen vilken behövs för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälsotjänster på det önskade sättet. Likaså konstaterar WHO att sjukhusen framöver kommer behöva se förbi sina egna väggar för att möta patienterna, och även bidra till förbättrad folkhälsa och samordning med primärvård men även till t.ex. sociala tjänster, på ett mer holistiskt sätt.

Hälsa2020

I WHO:s Europaregion antog de 53 medlemsländerna i september 2012 ett nytt värde- och evidensbaserat policyramverk, en samling rekommendationer, för hälsa – Hälsa2020. Hälsa2020 framhåller att verkliga hälsoförbättringar kan uppnås om beslutsfattare på alla nivåer inom den offentliga förvaltningen verkar för att uppfylla två strategiska mål som är kopplade till varandra:

- Att förbättra hälsan för alla och minska ojämlikhet i hälsa.
- Att förbättra ledarskap och delaktighet i styrning av hälsa.

Ramverket identifierar också fyra prioriterade områden för åtgärder:

- Att investera i hälsa ur ett livscykelperspektiv och ge människor inflytande över sina liv.
- Att ta itu med regionens största hälsoutmaningar i fråga om icke smittsamma och smittsamma sjukdomar.

[8] WHO, *Resolution WHA69.24*, 2016.

- Att stärka människocentrerade hälso- och sjukvårdssystem, folkhälsokapacitet och beredskap, övervakning och svarsåtgärder vid nödsituationer.
- Att skapa motståndskraftiga samhällen och stödjande miljöer.

Hälsa2020 framhåller att samma saker som får samhällen att blomstra och utvecklas gör också människor friska. Rättvis tillgång till utbildning, ett anständigt arbete, bostad och inkomst bidrar alla till bättre hälsa. En god hälsa bidrar till ökad produktivitet, en mer effektiv arbetskraft, ett friskare åldrande och mindre utgifter för sjukfrånvaro och sociala förmåner samt mindre förlorade skatteintäkter. Hälsa och ekonomi går hand i hand – att förbättra hälsosektorns resursanvändning är avgörande. Hälsosektorn är viktig för såväl dess direkta som indirekta effekter på ekonomin: den påverkar inte bara människors hälsa och produktivitet, utan är också numera en av de ekonomiskt mest betydelsefulla sektorerna i alla medel- och höginkomstländer. Hälsosektorn är en stor arbetsgivare, producent och konsument. Den har också stor betydelse för forskning och innovation och är en viktig sektor inom den internationella konkurrensen om människor, idéer och produkter. Dess betydelse kommer att fortsätta öka. I takt med hälsosektorns ökade betydelse, ökar också dess bidrag till de bredare samhälleliga målen.

Verkliga hälsofördelar kan dock uppnås till en rimlig kostnad och inom begränsade ramar med effektiva strategier. Hälsa2020 pekar på att ett ökande antal ekonomiska vetenskapliga underlag gällande sjukdomsprevention visar hur kostnaderna kan hållas nere, men bara om åtgärder också inkluderar en utjämning av ojämlikheten längs den sociala gradienten och stöder de mest utsatta människorna. För närvarande avsätter regeringarna bara en mycket liten del av sina hälsobudgetar på att främja hälsa och förebygga sjukdomar, cirka 3 procent i OECD-länderna. Sociala och tekniska framsteg kan, om de används effektivt, skapa verkliga hälsofördelar, särskilt inom områdena information, social marknadsföring och sociala medier.[9]

[9] WHO, *Hälsa 2020 – Ett policyramverk för sektorsövergripande insatser för hälsa och välbefinnande i WHO:s Europaregion.*

2.3.3 Nationella utgångspunkter

Normgivningsmakten och det kommunala självstyret

All offentlig makt utgår från folket och den offentliga makten utövas under lagarna.[10] Utgångspunkten är att riksdag och regering har normgivningsmakten inom olika områden. Kommuner och myndigheter kan också ha normgivningsmakt men behöver normalt ett särskilt bemyndigande. Normgivning resulterar i författningar som kan vara grundlag, lag, förordning och andra föreskrifter. Riksdagen skapar lagar. Regeringen skapar förordningar.[11] Författningar som meddelas av en kommun och myndighet brukar benämnas föreskrifter. Gemensamt för författningar är att de är juridiskt bindande och generellt tillämpliga rättsregler. I regeringsformen (RF) används dock begreppet föreskrifter som samlingsnamn på författningar, vilket kan vara lite förvirrande.

Den kommunala självstyrelsen utgör grunden för det svenska samhällssystemet och är grundlagsfäst i Sverige. Av 14 kap. 2 § RF framgår att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Kommuner finns på lokal och regional nivå. Med uttrycken kommun eller kommunal i 14 kap. RF avses alltså även landsting.[12] Utredningen använder i detta stycke begreppet kommun på samma sätt. Utöver det preciseras inte den kommunala självstyrelsen närmare, utöver att det även har föreskrivits att kommunerna har en rätt att ta ut skatt för skötseln av sina uppgifter. Det har länge ansetts varken lämpligt eller möjligt att dra orubbliga eller preciserade gränser mellan statens och kommunernas kompetens. Vid tillkomsten av 1974 års regeringsform betonades i stället att arbets- och befogenhetsfördelningen mellan stat och kommun i ganska vid omfattning måste ändras i takt med samhällsutvecklingen. Staten har det yttersta ansvaret för verksamheten i samhället. Utgångspunkten är därför att riksdagen har rätt att i lag göra vissa inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Regeringen behöver ett särskilt bemyndigande från riksdagen för att kunna reglera sådana inskränkningar i förordning. Inskränkningar kan motiveras med vikten av en reglering som ger en likvärdig

[10] 1 kap. 1 § RF.
[11] 1 kap. 4 § och 8 kap. 1 § RF.
[12] 1 kap. 7 § RF, 1 kap. 1 § KL och Prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag*, s. 209.

service för invånare oavsett var de är bosatta. I 14 kap. 3 § RF återfinns en proportionalitetsprincip som innebär att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.[13]

Av 8 kap. 2 § RF följer bl.a. att grunderna för kommunernas organisation, verksamhetsformer och bestämmelser om deras befogenheter och skyldigheter ska regleras i lag. Av kommunallagen (2017:725, KL) framgår att kommuner och landsting själva får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till dess område eller invånare och som inte åligger någon annan.[14] Lagregleringen av landstingens och kommunernas skyldigheter och möjligheter att organisera hälso- och sjukvården finns i huvudsak i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Gränsen för kommunernas handlingsutrymme avgörs slutligen av Högsta förvaltningsdomstolen efter laglighetsprövning av kommunala beslut.[15]

Områden som inte omfattas av kravet på att de ska regleras i lag faller inom regeringens s.k. restkompetens. Frågor som inte är t.ex. grunder för kommunernas organisation kan därmed regleras i förordning utan bemyndigande från riksdagen.[16] Det har sedan länge ansetts att både regeringen och kommunerna själva kan meddela detaljerade föreskrifter inom detta område. Regeringen grundar då sin behörighet direkt på regeringsformen, medan kommunerna via regeringen behöver stöd i lag.[17] Det förutsätts däremot att regeringen är återhållsam med att reglera den kommunala verksamheten med hänsyn till det kommunala självstyret.[18]

Vid en intresseavvägning måste intresset för den kommunala självstyrelsen vägas mot intresset av en statlig styrning i frågor som är knutna till nationella mål och intressen. En grundläggande princip i lagstiftningen som styr de kommunala verksamheterna är att medborgarna ska garanteras en likvärdig samhällsservice oberoende av var de bor i landet. Statens styrning syftar därför ofta till att skapa större

[13] Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.; given Stockholms slott den 16 mars 1973*, s. 190 och Prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag*, s. 211 f.
[14] 2 kap. 1–2 §§ KL.
[15] 13 kap. KL.
[16] Se 8 kap. 7 § första stycket andra punkten RF.
[17] Se 8 kap. 9 § RF.
[18] Se Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.; given Stockholms slott den 16 mars 1973*, s. 306.

nationell likvärdighet mellan kommunerna (obs att begreppet kommun alltså här omfattar såväl kommuner som landsting) inom viktiga samhällsområden.[19]

Dagens ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvårdssystemet är resultatet av en rad reformer som bl.a. vägt principen om kommunal självstyrelse mot behovet av samordning och stöd på en mer övergripande nivå.

2.3.4 Demografisk situation, sjukdomsbörda och jämlik hälsa

Den svenska befolkningsstrukturen

Ett hälso- och sjukvårdsystems främsta uppgift är att svara mot befolkningens behov. Dessa behov är inte statiska. Befolkningens behov av vård är tvärtom under ständig förändring. Dessutom påverkas de av faktorer som ligger bortom hälso- och sjukvårdens kontroll. Exempelvis kan det handla om demografiska förändringar i form av en ökad urbanisering tillsammans med en åldrande befolkning. Behoven ser också olika ut i olika grupper. Det är därför nödvändigt att ha kunskap om befolkningens sammansättning och hur hälsan och behoven ser ut i olika grupper.

Invånarnas ålderssammansättning ser i dag annorlunda ut än förr. Medellivslängden har sedan 1900-talets början ökat från 50 till drygt 80 år.[20] Ur ett långsiktigt perspektiv är det i synnerhet hos barn och unga som dödlighet har minskat även om vi från 1800-talet och framåt kan se en nedgående dödlighet också hos de allra äldsta. Exempelvis avled nära var tionde pojke och drygt 7 procent av flickorna i de första årskullarna under 1900-talets första år.[21] År 2015 låg spädbarnsdödligheten i Sverige långt under genomsnittet inom OECD.[22] Även medellivslängden i Sverige placerar sig högt i internationella jämförelser. År 2015 var den svenska medellivslängden den femte högsta i EU, och 1,6 år högre än genomsnittet.[23]

Det förra århundradets dramatiska utveckling har drivits av en mängd faktorer. En genomgående demokratisering av det svenska

[19] Statskontorets rapport (2016:24) *Statens styrning av kommunerna*, s. 28.
[20] Statens folkhälsoinstitut, *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv,* 2005, s. 39.
[21] Statens folkhälsoinstitut. *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*, 2005, s. 88.
[22] OECD, *Infant mortality rates (indicator), 2018*.
[23] OECD, *Sverige: Landprofil hälsa 2017*, 2017, s. 2.

samhället, ett växande välstånd, utbyggnaden av välfärdsstaten, vetenskaplig utveckling och en omfattande ekonomisk strukturomvandling har alla varit viktiga för att frambringa det samhälle vi lever i i dag. Förändringarna har också gett upphov till en omfattande demografisk transition av den svenska befolkningsstrukturen.[24]

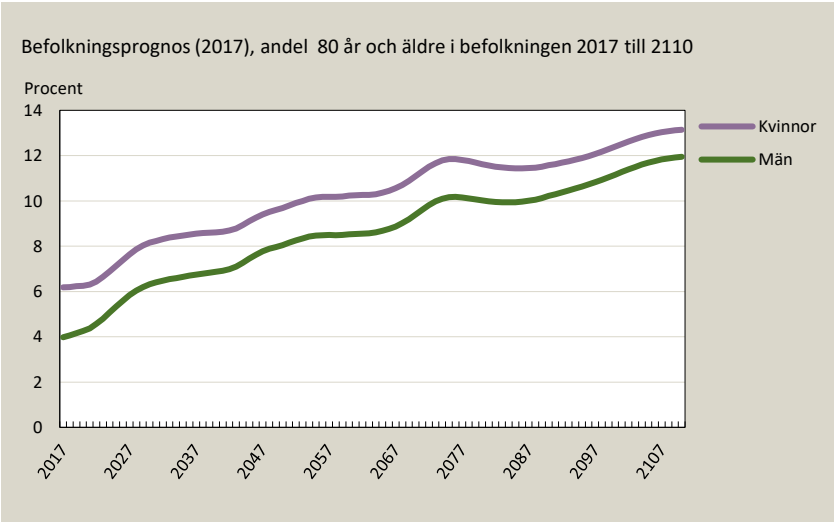
Äldre i befolkningen

Ett lands befolkningsstruktur redovisas vanligen med hjälp av en befolkningspyramid, vilken åskådliggör ålders- och könssammansättning. Den svenska pyramiden har med tiden alltmer kommit att likna ett torn. En tidigare bred bas av unga åldersklasser har stegvis ersatts av ett växande antal i äldre åldersgrupper. Från slutet av 1980-talet till mitten av 2000-talet har antalet över 64 år varit drygt 1,5 miljoner, men under det senaste decenniet har antalet ökat och översteg år 2017 2 miljoner. Innan år 2060 beräknas den delen av befolkningen som är äldre än 64 år överstiga 3 miljoner.[25] Att allt fler äldre får en längre och friskare ålderdom är ett gott betyg för det svenska välfärdssystemet. Utvecklingen är ytterst ett resultat av vårt ökade välstånd.

De demografiska förändringarna innebär samtidigt även utmaningar. Förändringarna medför bl.a. ett nytt sjukdomspanorama för hälso- och sjukvården. Det förra århundradets kraftiga nedgång av infektionssjukdomar har i dag ersatts av ett ökande antal som lever med kroniska sjukdomar. Exempelvis har över hälften i åldersgruppen 65–74 år minst två kroniska sjukdomar, för personer över 85 år är den andelen drygt 80 procent. Prognoser visar på en växande andel av befolkningen i åldersgrupper över 80 år. Efter år 2025 väntas andelen öka i snabb takt. Inom hundra år beräknas andelen kvinnor som är 80 år eller äldre att vara dubbelt så stor som i dag. Antalet män som är 80 år eller äldre förväntas tredubblas.[26]

[24] Statens folkhälsoinstitut, *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*, 2005, s. 92.
[25] Statistiska centralbyrån, *Prognos folkmängd 2016–2060*.
[26] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 74.

Figur 2.1 Andel av befolkningen 80 år och äldre, utveckling framöver



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Ett växande antal äldre, och deras inte sällan mer komplexa och sammansatta behov innebär följaktligen nya utmaningar för hälso- och sjukvården. Vi kan efter en historisk återblick konstatera att en befolknings sammansättning och behov av vård och omsorg är under en ständig förändring. Det är grundläggande för hälso- och sjukvården att följa med i den utvecklingen.

Demografisk försörjningskvot

En befolkning som lever längre och är friskare är en positiv utveckling. Det ställer dock krav på en ökad sysselsättning av människor i arbetsför ålder. Vårt skattefinansierade välfärdsystem förutsätter att en betydande andel av befolkningen har en sysselsättning. Om gruppen över arbetsför ålder ökar mer än grupper i arbetsför ålder resulterar det i ett demografiskt gap mellan samhällets försörjare och försörjda.[27]

[27] SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*, s. 56.

I dag är Sveriges försörjningskvot knappt 75.[28] Det innebär att på 100 personer i arbetsför ålder finns det 75 personer som är yngre eller äldre och står utanför arbetsmarknaden. Denna kvot antas öka till en nivå på 92 personer per 100 i yrkesaktiv ålder år 2060.[29]

Den generella ökningen av försörjningskvoten väntas slå särskilt hårt mot vissa delar av landet. Många kommuner i Norrlands inland och sydöstra Sverige väntas innan år 2040 komma i ett läge där en person i förvärvsarbetande ålder förväntas försörja en i övriga åldersgrupper.[30] Utvecklingen är en stor utmaning för ett land som Sverige som lägger en förhållandevis stor andel av BNP på offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Systemets överlevnad bygger på att en tillräckligt stor andel av befolkningen förvärvsarbetar för att skapa de nödvändiga skatteinkomster som behövs för att finansiera det offentligt finansierade systemet. Om välfärdssystemen inte levererar det som människor förväntar sig riskerar tilliten och stödet till välfärdsystemen att urholkas.

Migration

Ett lands befolkningsstruktur påverkas även av migration. Sveriges befolkning skulle i dag vara betydligt mindre och mer ålderstigen om vi inte mottagit det tillskott av migranter vi historisk haft. Invandring är oavsett reglering till stora delar koncentrerad till yngre förvärvsarbetande åldrar.[31] En förstärkning av den åldersgruppen är en förutsättning för att vi i framtiden ska kunna försörja och vårda allt fler äldre. Den invandrade befolkningens sysselsättningsgrad behöver dock bli högre för att den utväxlingen [fullt ut] ska kunna göras. För detta krävs det sannolikt att gruppens utbildningsnivå och kompetenser kan höjas och tas tillvara på ett bättre sätt än i dag. Prognoser för migration är dock svåra att fastställa. Migration påverkas i stor utsträckning av oförutsedda omvärldshändelser och politiska beslut.[32]

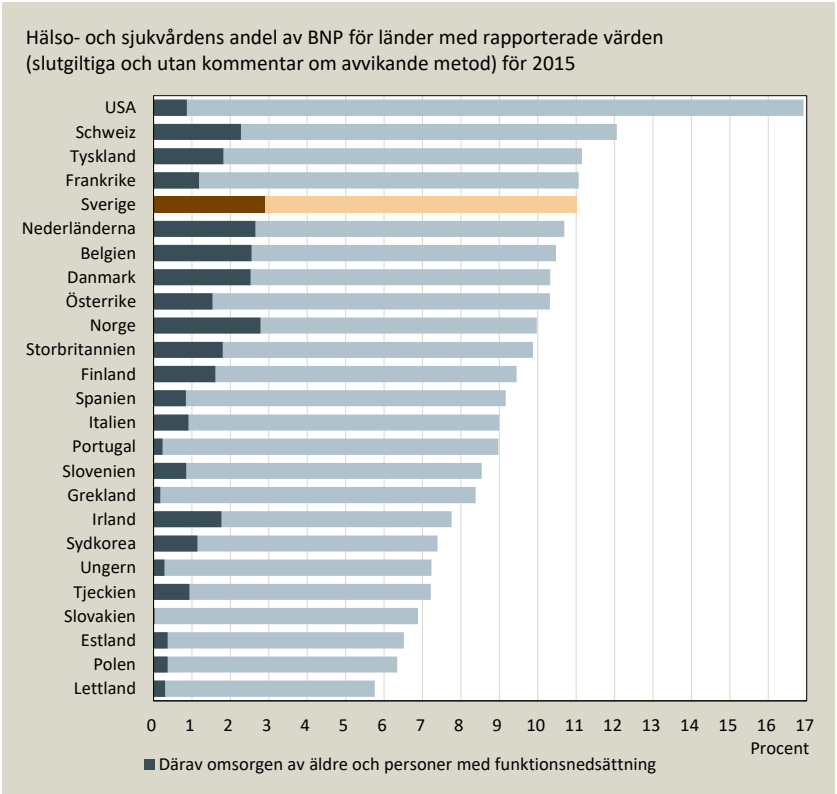
[28] Försörjningskvoten beräknas ofta enbart utifrån befolkningssammansättningen genom att antalet i åldrarna 0 till 19 + 65-divideras med antalet i åldrarna 20 till 64. Mer rättvisande vore att relatera antalet som inte är sysselsatta med de sysselsatta, men det kräver antaganden om sysselsättningen, se Anderstig, C. (2012). Försörjningskvoten i olika delar av Sverige – scenarier till år 2050. Underlagsrapport 8 till Framtidskommissionen. Statsrådsberedningen. s. 10.
[29] SCB, *Försörjningskvot 1960–2016 och prognos 2017–2060.*
[30] SOU 2015:101, *Långtidsutredningen 2015*, Bilaga 7. s. 29.
[31] Lundkvist, L, *Migration ger en yngre befolkning, 2016,* s. 8–9.
[32] SOU 2015:101, *Långtidsutredningen 2015*, Bilaga 7, s. 225.

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP har haft en oregelbunden utveckling sedan 1970-talet. Sverige har sedan mitten av 1980-talet placerat sig bland mellanskiktet av de europeiska länderna. Det senaste decenniet har emellertid hälso- och sjukvårdens andel av BNP ökat och inom EU var det 2016 endast Tyskland som lade en större andel av BNP på hälso- och sjukvård.[33] Det handlar dock framför allt om att hälsoräkenskaperna har anpassats till en internationell standard för redovisning. I dag redovisas tjänster som gäller personlig omvårdnad inom omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning till hälso- och sjukvårdkostnader, även om de insatserna i svensk lagstiftning inte faller under HSL.[34] Kostnaderna för omsorgen av äldre och personer med funktionshinder är i Sverige stor, och i internationella jämförelser större än i de flesta andra länder. Andra länder med hög andel av hälso- och sjukvårdkostnaderna inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning är exempelvis Norge, Danmark, Nederländerna och Belgien. Den höga andelen av utgifterna speglas emellertid av goda resultat i omsorgens kvalitet. Exempelvis faller Sverige mycket väl ut i OECD:s jämförelser både när det gäller den självskattade hälsan och upplevda begränsningar av dagliga aktiviteter hos personer över 65 år.[35]

[33] OECD, *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, 2017.
[34] Statistiska centralbyrån, *Förändring av Hälsoräkenskaperna – publicering mars 2015*, 2015.
[35] OECD, *Health at glance 2017*, 2017.

Figur 2.2 Hälsan och sjukvårdens andel av BNP – omsorg inräknad



Källa: OECD.

Hälsan i befolkningen

Även om den demografiska situationen rymmer utmaningar är det viktigt att understryka att folkhälsan i Sverige i flera avseenden utvecklas positivt. Medellivslängden ökar samtidigt som den självskattade hälsan förbättras. Dödligheten har t.ex. minskat i sjukdomar kopplade till cirkulationsorganen och i de fyra vanligaste formerna av cancer.[36] Allt oftare används data från det globala sjukdomsbördeprojektet (GBD, Global Burden of Disease) för att kvantifiera folkhälsan både nationellt och internationellt. Sjukdomsbördeprojektet visar på den

[36] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2017*, 2017, s. 11.

relativa betydelsen olika sjukdomar och riskfaktorer har för folkhälsan i olika länder och utvecklingen över tid.[37]. Av de 230 indikatorer som knutits till Agenda 2030 (jfr avsnitt 2.3.2) är 47 direkt kopplade till hälsa.[38] Av dessa ingår 33 i det globala sjukdomsbördeprojektet. Sverige placerade sig utifrån ett samlingsmått av dessa indikatorer år 2015 på en delad förstaplats av totalt 188 länder. Sverige kan därför sägas vara ett land med en god folkhälsa ur ett internationellt perspektiv.[39]

Samtidigt finns det, i Sverige liksom i resten av världen, stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Mot den bakgrunden tillsatte regeringen i juni 2015 en Kommission för jämlik hälsa. Till grund för kommissions uppdrag låg regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. I sitt slutbetänkande SOU 2017:47 redogjorde kommissionen för sju centrala områden där jämlika villkor och möjligheter skulle bidra till mer jämlik hälsa. Kommissionen menar att ojämlikhet i hälsa utgörs av systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper, och att dessa tar sig två delvis olika uttryck – dels som en gradient som löper genom hela samhället, dels som hälsoproblem i grupper i särskilt utsatta situationer eller positioner. Hälsan och dess bestämningsfaktorer ingår i ett pågående samspel. Kommissionen menar att ojämlikhet i hälsa uppkommer som ett resultat av ojämlikhet till resurser, villkor och möjligheter mellan olika sociala grupper.[40] Regeringen valde i april 2018 att gå vidare med vissa av förslagen från kommissionens slutbetänkande, se avsnitt 4.2.1.

Sverige har historiskt spelat en aktiv roll i arbetet med FN och WHO:s resolutioner och EU-rådslutsatser om social jämlikhet i hälsa. Medlemsländerna har genom dessa gjort vissa frivilliga åtaganden att tillämpa ett sektorsövergripande arbetssätt (health in all policies) i arbetet med folkhälsans sociala bestämningsfaktorer.[41] Kommissionen för jämlik hälsa är enig med WHO om att hälso- och sjukvården inte

[37] IHME, *About GDB – The Global Burden of Disease: a critical resource for informed policy-making.*
[38] Lim, SS, Allen, K, Bhutta, ZA, Dandona, L, Forouzanfar, MH, Fullman, N, et al. *Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*, 2015, s. 1813–1850.
[39] Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2017, En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*. 2018, s. 14.
[40] SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*, s. 31.
[41] WHO, *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*, 2014.

ensam kan lösa den växande hälsoproblemen. I stället menar man att ett tålmodigt arbete med många olika frågor inom ett brett spektrum av sektorer är nödvändigt.[42]

Levnadsvanor

Tobak, narkotika och alkoholvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, och ohälsosamma matvanor är välkända riskfaktorer för att insjukna i våra stora folksjukdomar som cancer och hjärt- och kärlsjukdomar. Hälsan påverkas därför direkt av en individs levnadsvanor.

Folkhälsomyndigheten samlar regelbundet in information om dessa levnadsvanor. Myndigheten konstaterar i sin årsrapport 2018 att utvecklingen det senaste decenniet har varit positiv. Daglig tobaksrökning minskade mellan 2006 och 2016 från 13 till 9 procent. Även riskkonsumtionen av alkohol minskar något. Folkhälsomyndigheten kan dock konstatera en sämre utveckling när det gäller fysisk aktivitet och en stillasittande fritid.[43] Den generella positiva utvecklingen är å andra sidan inte positiv för alla. Många hälsorisker är avsevärt mer omfattande bland låginkomsttagare och lågutbildade. Exempelvis är rökning tre gånger vanligare hos den delen av befolkningen med lägst utbildning jämfört med den delen med högst utbildning. Fetma är också 50 procent vanligare bland de med lägst utbildning. Vi kan också se vissa skillnader mellan män och kvinnor. Riskkonsumtion av alkohol är exempelvis högre bland män än hos kvinnor. Detsamma gäller fysisk aktivitet där något fler män än kvinnor uppger att de har en stillasittande fritid.[44]

Livsvillkor

Folkhälsomyndighetens årsrapport 2018 visar att livsvillkoren i likhet med levnadsvanor generellt har förbättrats det senaste decenniet. Den ekonomiska standarden har förbättrats för de flesta samtidigt som sysselsättningsgraden har höjts. År 2016 befann sig 67 procent av invånarna mellan 17 och 74 år i sysselsättning. Andelen som varken arbetar eller studerar har sjunkit något under perioden.

[42] SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*, s. 298.
[43] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018*, 2018, s. 14.
[44] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018*, 2018.

Utbildningsnivåerna i Sverige stiger och en allt större del av befolkningen har gymnasial och eftergymnasial utbildning. År 2016 gick 87 procent av eleverna i årkurs 9 ut grundskolan med behörighet till gymnasiet. Vidare är andelen gymnasielever som tar examen inom 4 år 71 procent 2016. Flickor visar ett generellt bättre skolresultat än pojkarna. Ett större antal flickor än pojkar lämnar årkurs 9 med behörighet till gymnasiet. Det är också en större andel flickor som tar examen från gymnasieskolan inom 4 år. Det har konsekvenser för möjligheten till sysselsättning. Sysselsättningsgraden är lägst i gruppen med endast förgymnasial utbildning (61 procent), jämför med gymnasial (84 procent) respektive eftergymnasial examen (89 procent). Män har emellertid fortfarande både en högre sysselsättningsgrad och högre inkomst än kvinnor.[45]

Hälsan i olika grupper

Hälsan i befolkningen ser olika ut för olika grupper. Hälso- och sjukvården ska enligt lag sträva efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen genom att prioritera dem med störst behov.[46] En jämlik hälso- och sjukvård innebär enligt Socialstyrelsen att vård ska ges på lika villkor till alla oavsett bostadsort, ålder, kön, etnisk eller religiös tillhörighet och sexuell läggning.[47] I detta avsnitt redovisas skillnader som de senaste åren uppmärksammats utifrån dimensioner som utbildning, geografi, ålder och kön. Även skillnader i hälsa mellan särskilt utsatta grupper och övriga invånare lyfts fram. Utbildningsnivå används som huvudsaklig indikator för socioekonomisk position. Det är också den indikator som oftast används i hälsostatistik.[48] Utbildning är självklart inte den enda eller viktigaste gradienten för social position. En examen från gymnasieskolan är emellertid en av de starkaste determinanterna för en god hälsa.

[45] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018*, 2018, s. 15–16.
[46] *Hälso- och sjukvårdslagen* (2017:30), kap. 3 § 1.
[47] Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård*, Lägesrapport, 2017, s. 31.
[48] SOU 2016:55, *Det handlar om jämlik hälsa – delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*, s. 51.

Medellivslängd

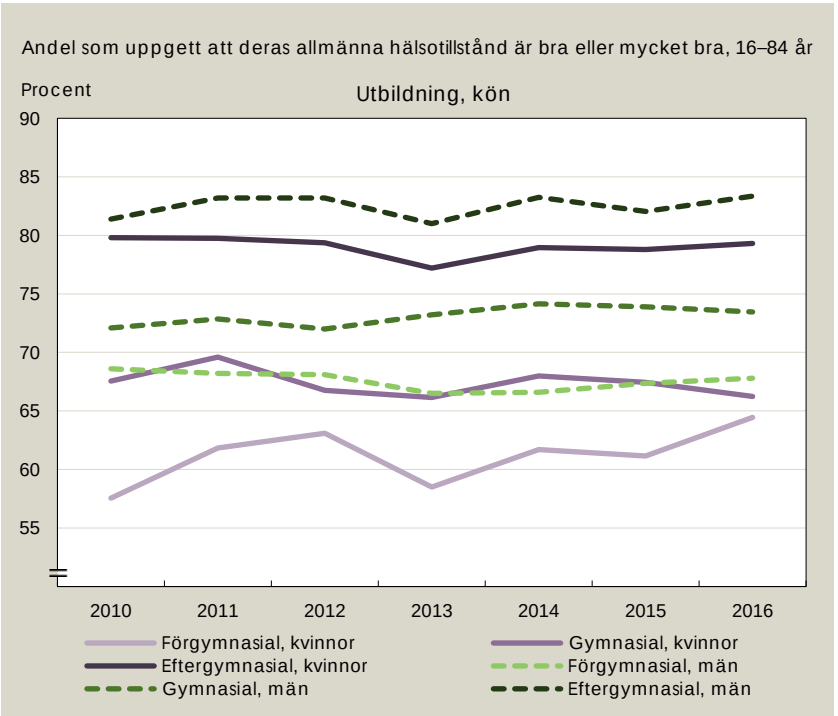
År 2016 var medellivslängden 80 år för män och 84,1 år för kvinnor. Medellivslängden har det senaste decenniet ökat för alla utbildningsgrupper utom dem med endast förgymnasial utbildning. Skillnaderna återspeglas också i återstående medellivslängd vid 30 års ålder. 2016 skiljde det 6,2 år mellan dem med förgymnasial och dem med eftergymnasial utbildning. Skillnaden mellan män och kvinnor var 3,3 år. Ojämlikhet i livslängd mellan endast grundskoleutbildade och de med någon form av eftergymnasial utbildning har ökat sedan 1994. Exempelvis har män med enbart grundskoleutbildning under en 20-årsperiod fått två extra levnadsår. Samtidigt har utvecklingen varit betydligt mer gynnsam för män med någon form av eftergymnasial utbildning som sedan 1994 fått fyra extra levnadsår. Ojämlikhet i livslängd har alltså ökat de två senaste decennierna.[49] Kvinnor är särskilt drabbade. Bland kvinnor med endast grundskoleutbildning har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder i princip stått oförändrad sedan mitten av 1990-talet. Det finns fortfarande stora skillnader mellan kvinnor och män, mellan och inom utbildningsgrupper. En generell trend det senaste decenniet är att män inom samma utbildningsgrupp har haft en mer positiv utveckling än kvinnor, men från en lägre nivå.

Folkhälsomyndigheten belyser att det är viktigt att också påpeka att uppgifter om utbildningsnivå ofta saknas för många utrikes födda. Dessa inkluderas därför inte i statistiken.[50] Det kan vara problematiskt då det är vanligare med ekonomiska och sociala problem i denna grupp. Trots stora skillnader i livslängd står sig Sverige bra i internationella jämförelser. Medellivslängden var 2016 den femte högsta i EU.[51]

[49] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018*, 2018, s. 12.
[50] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsan i Sverige 2016 – Årlig rapportering*, 2016, s. 15.
[51] OECD, *Sverige: Landprofil hälsa 2017,* 2017, s. 2.

Självskattad hälsa

Figur 2.3 Utbildning – Självskattat allmänt hälsotillstånd



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Den självskattade hälsan, dvs. hur befolkningen själva bedömer sin egen hälsa mäts i SCB:s undersökningar om befolkningens levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna) och den nationella folkhälsoenkäten (Hälsa på lika villkor).

Den självskattade hälsan har övergripande haft en god utveckling under den senaste tioårsperioden. I Eurostats jämförelser mellan de europeiska länderna uppvisar Sverige det fjärde högsta värdet. Andelen som svarat att hälsan är bra eller mycket bra var i Sverige 80 procent jämför med Lettlands 46 procent.[52] Trots det förekommer det också här stora skillnader mellan könen och olika utbildningsgrupper. Kvinnor upplever inte lika god hälsa som män samtidigt som lågutbildade skattar sin hälsa som sämre än de med högre utbildning. Bland männen

[52] Eurostat, *Self-perceived health statistics*.

uppger 76 procent att de anser sig ha god eller mycket god hälsa. Hos kvinnorna är den siffran 71 procent.

När det kommer till självskattat psykiskt välbefinnande existerar inga större skillnader mellan utbildningsgrupper. Däremot är andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande lägre bland män än bland kvinnor. En liknande utveckling kan konstateras också hos skolelever. Flickor uppger oftare än pojkarna att de upplevt psykiska eller somatiska besvär.

Vi kan också se ett sämre självskattat psykiskt hälsotillstånd hos invånare födda utanför Europa. Bland personer födda utanför Europa är det 26 procent som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande under 2016, jämfört med 14 procent bland personer födda i Sverige.[53]

Dödlighet och dödsorsaker

Den ökande medellivslängden speglas av att den förtida dödligheten minskar på flera områden. Dödligheten i cirkulationsorganen har t.ex. minskat redan 1980-talet, både för kvinnor och män. Även i tre av de fyra vanligaste formerna av cancer: prostatacancer, bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer har dödligheten minskat. Hjärtsjukdomar är trots sjunkande nivåer fortfarande den totalt sett vanligaste dödsorsaken i Sverige.

Den sociala gradienten är likväl tydlig också i den förtida dödligheten. Uppdelat i olika utbildningsgrupper syns en högre dödlighet bland de med kort utbildning jämfört med de med en lång utbildning. Dödsorsaker som hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade orsaker är alla vanligast bland de med kort utbildning. Både bland kvinnor och män har dödligheten i såväl cancer som hjärt- och kärlsjukdomar minskat betydligt mer bland de med eftergymnasial utbildning än dem med förgymnasial utbildning.[54]

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är i dag ett av de stora folkhälsoproblemen. Nedsatt psykiskt välbefinnande är särskilt tydligt bland kvinnor och yngre åldersgrupper. Folkhälsomyndigheten har visat att under perioden

[53] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018*, 2018, s. 13.
[54] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsan i Sverige 2016 – Årlig rapportering*, 2016, s. 7.

2006–2016 ökade andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande bland både kvinnor och män, i de flesta åldersgrupper och bland grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå. Ökningen har framför allt skett i de yngre åldersgrupperna. I åldersgruppen 16–29 år uppgav 23 procent att de har nedsatt psykiskt välbefinnande. Motsvarande andel bland personer i åldern 30–44 år var 17 procent och i gruppen 45–64 år var andelen 14 procent. I åldersgruppen 65–84 år var andelen 8,7 procent. Folkhälsomyndigheten konstaterar också en skillnad mellan kvinnor och män. År 2016 uppgav 19 procent bland kvinnor och 12 procent bland män nedsatt psykiskt välbefinnande. Nationella folkhälsoenkäten visar bara på små skillnader utifrån utbildningsnivå.[55]

Befolkningens psykiska ohälsa återspeglas också i övrig statistik. Socialstyrelsens utvärdering visar bland annat på en ökad dödlighet i somatiska sjukdomar för personer med psykisk ohälsa. Den totala ökningen i medellivslängd omfattar inte personer med psykiatriska diagnoser.[56]

Regionala skillnader

Det finns även stora regionala variationer i hälsa. Medellivslängden skiljer sig mellan norra och södra Sverige och mellan stad och landsbygd. Folkhälsan är generellt bättre i södra än i norra Sverige samt i vissa typer av kommuner. Det finns stora skillnader mellan storstäder och förortskommuner. I Danderyd, Lidingö, Kungsbacka och Vellinge är medellivslängden bland de högsta i Sverige. I förortskommuner som Botkyrka och Sundbyberg är medellivslängden betydligt kortare.[57] Generellt är gradienter som utbildningsnivå lägre i glesbygd och mindre kommuner än i städer. Aktuella studier har visat att hälsoutvecklingen i storstäderna är bättre än i övriga landet.[58] Det är i sammanhanget viktigt att vara medveten om de demografiska förändringar som sker i Sverige i dag, inte minst i form av en snabb urbanisering. Storstadsregionerna har en snabbare befolkningstillväxt tillsammans med gene-

[55] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsan i Sverige 2016 – Årlig rapportering*, 2016, s. 18–21.
[56] Socialstyrelsen, *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016*, 2017.
[57] Statistiska centralbyrån, *Befolkningsstatistik – Kommuner med högst och lägst medelålder*.
[58] *Läkartidningen, Agardh et al, Hälsoutvecklingen i Stockholm bättre än i övriga landet – Jämförelse av hälsoläget utifrån globala sjukdomsbördeprojektet.*

rellt högre utbildningsnivå än övriga landet. Individer med högre utbildning lämnar i dag i stor utsträckning övriga delar av landet till fördel för storstadsregionerna.[59]

Särskilt utsatta grupper

Barn och ungdomar

Våren 2018 föreslog regeringen att göra FN:s barnkonvention till svensk lag. Lagen är menad att synliggöra barnets rättigheter i all offentlig verksamhet.[60] Sverige har historisk placerat sig väl i internationella jämförelser av barns hälsa och välbefinnande. När OECD 2009 rankade villkoren för barn unga i 30 OECD-länder fanns Sverige på en delad förstaplats tillsammans med Island.[61] Aktuella rapporter pekar dock på sämre resultat.[62] I UNICEF:s jämförelse av välbefinnandet hos barn i åldrarna 11–15 år hamnar Sverige först på plats 22 av 35. Psykosomatiska besvär blir allt vanligare. Nästan var femte barn i Sverige uppger att de dagligen har besvär med huvudvärk och illamående. Flickor mår generellt sämre än pojkar. Folkhälsomyndighetens återkommande undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” visar att andelen 13-åringar som anger att de har minst två psykiska eller psykosomatiska besvär mer än en gång i veckan har ökat under de senaste 20 åren.[63] Även Socialstyrelsen har visat att barn- och ungdomars psykiska ohälsa har ökat under 1990-talet och 2000-talet. Framför allt är det depressioner och ångestsjukdomar som ökar.[64]

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering har undersökt i vilken utsträckning barns hälsa i Sverige skiljer sig åt beroende på familjens ekonomiska och sociala status.[65] Bland annat visar man på att barn med högst socioekonomisk status har 40–45 procent lägre sannolikhet att bli inskriven på sjukhus. Ohälsa i barn och ungdomsåren väntas även få konsekvenser längre fram i livet.

[59] SOU 2015:101, Långtidsutredningen 2015, *Bilaga 7*, s. 160.
[60] Prop. 2017:18:186, *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter*.
[61] OECD, *Doing Better for Children*, 2009.
[62] UNICEF, *'Fairness for Children: A league table of inequality in child well-being in rich countries'*, *Innocenti Report Card 13*, 2016.
[63] Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor*, 2016.
[64] Socialstyrelsen, *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016, Stockholm*, 2017, s. 8.
[65] Mörk, E., Sjögren, A., och Svaleryd, H, *”Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa”*, 2014.

Exempelvis tar bara 60 procent av barn med psykisk ohälsa examen från gymnasiet.[66]

Personer med funktionsnedsättning

I den senaste kartläggningen från Folkhälsomyndigheten redovisas att personer med funktionsnedsättning genomgående har sämre livsvillkor, sämre levnadsvanor och sämre hälsa än personer utan funktionsnedsättning. Endast 42 procent av personer med funktionsnedsättning uppgav att hälsan var god, hos övriga befolkningen var siffran 82 procent.[67] Hälsan bland personer med fysisk funktionsnedsättning har dock förbättrats på vissa områden de senaste tio åren.

Skillnader i hälsa kan delvis förklaras utifrån att personer med funktionsnedsättning har sämre förutsättningar för hälsa. Exempelvis förvärvsarbetar personer med funktionsnedsättning i mindre utsträckning än övriga befolkningen. Särskilt kvinnor med funktionsnedsättning har svårt att komma in på arbetsmarknaden. Dessutom är en stillasittande fritid, fetma, rökning och en låg konsumtion av frukt och grönt vanligare bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning.[68]

I Socialstyrelsens slutrapport om den funktionshinderspolitiska strategin 2011–2016 visar man bland annat att personer med funktionsnedsättning inte alltid får samma somatiska vård som andra patienter. Exempelvis är risken att dö i bröstcancer mer än dubbel så stor för patienter med LSS-insatser jämfört med bröstcancerpatienter utan.[69] Våren 2017 besvarade drygt två tusen personer med funktionsnedsättning frågor om bland annat hälsa i Myndigheten för delaktighets undersökningspanel Rivkraft. Flera deltagare uttryckte behov av en stödperson i kontakten med vården. Många som inte haft möjlighet till en sådan person upplevde ett dåligt bemötande, och en oförståelse inför deras vårdbehov. Nästan hälften av deltagarna i Rivkraft uppgav att de känt sig diskriminerade i sin kontakt med vården.

[66] Mörk, E., Sjögren, A., och Svaleryd, H, *"Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa"*, 2014.
[67] Folkhälsomyndigheten, *Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinders-politiken 2011–2016"*, 2016, s. 56.
[68] Folkhälsomyndigheten, *Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinders-politiken 2011–2016"*, 2016, s. 30, 44.
[69] Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin – Slutrapport*, 2016.

Upplevd diskriminering är särskilt vanligt bland kvinnor. Orsaker till diskriminering uppgavs bland annat vara otillgängliga bokningssystem, vårdlokalers fysiska otillgänglighet och ett kränkande bemötande från vårdpersonalen.[70]

Utrikes födda

En betydande del av Sveriges befolkning består i dag av personer födda i ett annat land. Dessa invånare har flyttat till Sverige av olika anledningar och har diversifierade bakgrunder och förutsättningar. Hälsan varierar stort mellan olika grupper. Barnombudsmannen har uppmärksammat att ungefär en tredjedel av flyktingar i Sverige lider av någon form av psykisk ohälsa såsom hög nivå av stress, posttraumatiskt stressyndrom och depression. Barn och ungdomar är särskilt utsatta.[71] Utrikes födda bedömer sitt hälsotillstånd som sämre än inrikes födda. Stora skillnader i utbildningsbakgrund gör det emellertid svårt att prata om utrikes födda som en enhetlig grupp. Ojämlikheten i hälsa mellan utrikes och inrikes födda återspeglas likväl inte i en ökad förtida dödlighet. Totalt sett skiljer den återstående medellivslängden lite mellan utrikes och inrikes födda, i synnerhet bland kvinnor.[72]

Homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner (Hbtq-personer)

Skillnader i hälsa mellan hbtq-personer och övriga befolkningen återfinns i synnerhet vad gäller psykisk hälsa. I Folkhälsomyndighetens årsrapport 2017 rapporteras det att hbtq-personer uppger genomgående sämre livsvillkor och främst sämre psykisk hälsa i jämförelse med heterosexuella och CIS-personer. Det gäller främst självskattad hälsa, suicidtankar, suicidförsök, självrapporterade psykiska och somatiska besvär bland unga, ängslan, oro eller ångest samt självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande.[73] Socialstyrelsen publicerade 2016 en rapport som analyserar förekomsten av psykisk ohälsa genom användning

[70] Myndigheten för delaktighet, *Uppföljning av funktionshinder-politiken, 2017, s. 12.*
[71] *Barnombudsmannen, Nyanlända barns hälsa*, 2017.
[72] SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*, s. 46.
[73] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2017*, 2017, s. 15.

av psykofarmaka och mortalitet utifrån registeruppgifter om personer i samkönade äktenskap.[74] Rapporten är följaktligen begränsad. Rapporten pekade bland annat på ett högre riskbruk av alkohol hos kvinnor i samkönade äktenskap. Bland männen i samkönade äktenskap fanns en ökad förekomst av allvarlig psykisk sjukdom. Vidare konstaterar rapporten att hbtq-gruppen löpte högre risk att dö i förtid. Stressrelaterad ohälsa kan till viss del tolkas som en ökad risk för diskriminering.[75]

[74] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap*, 2016.
[75] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap*, 2016, s. 15.

3 Omvärldsbevakning

3.1 Primärvård – vad är det i en internationell kontext?

I en kommande flaggskeppsrapport från OECD om ”Primärvårdens framtid” framhålls att det i dagsläget saknas en entydig gemensam internationell definition av primärvård. En av de tidigaste och kanske mest välkända definitionerna är dock den som återfinns i Alma Ata deklarationen, antagen vid WHO-konferensen om primärvård i Alma Ata 1978. Den fastslår bl.a. att primärvård är

> … the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

Deklarationen framhåller även att primärvård omhändertar de huvudsakliga hälsoutmaningarna i ett samhälle och tillhandahåller såväl hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande tjänster som behandlande och rehabiliterande. Vidare fastslås att primärvård går utöver den vård som ges av allmänläkare, och omfattar även andra vårdprofessioner såsom t.ex. sjuksköterskor, barnmorskor och stödpersonal.[1]

Efter Alma Ata deklarationen har flera olika experter och organisationer kommit med justeringar och egna versioner av definition på primärvård. Bland dessa kan följande exempel noteras:

- *Starfield (1994):* Primärvård är den nivå i hälsosystemet som utgör ingång till systemet för alla nya behov och problem, som ger personfokuserad (inte sjukdomsorienterad) vård över tid, som ger vård för alla behov förutom väldigt sällsynta tillstånd samt koordinerar eller integrerar vård som ges på andra håll, av andra aktörer.[2]

[1] WHO, *Alma Ata Deklarationen*, 1978.
[2] Utredningens översättning. Fritt efter Starfield 1994.

- *Internationella migrationsorganisationen (IOM)* (1994): Primärvård är tillhandahållandet av integrerade, tillgängliga hälso- och sjukvårdstjänster av kliniker som är ansvariga för att adressera en övervägande del av personliga hälsobehov, under utvecklande av ett sammanhängande partnerskap med patienter och praktiserande i kontexten av familj och samhälle.[3]
- *Kringos et Al. (2014):* Primärvård är den första nivån av professionell vård dit människor kommer med sina hälsoproblem och där majoriteten av befolkningens behandlande och förebyggande hälsobehov tillgodoses.[4]
- *European Commission Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (2014)*: Primärvård är tillhandahållande av allmänt tillgängliga, integrerade, personcentrerade, (vitt)omfattande hälso- och sjukvårds- samt samhällstjänster som ges av ett team av yrkespersoner, vilka ansvarar för att möta en stor majoritet av personliga hälsobehov. Dessa tjänster ges i ett sammanhängande partnerskap med patienter och informella vårdgivare och i kontext av familj och samhälle, samt spelar en central roll i den övergripande koordineringen och kontinuiteten i människors vård.[5]

Begreppet primärvård (primary care) kan alltså referera till såväl en viss typ av vård (allt ifrån delar av perinatal vård till vård i livets slutskede och vård vid psykisk ohälsa) som en nivå i hälsosystemet, jämte sekundär vård och tertiär vård. Som OECD konstaterar i sin rapport ”The Future of primary care” delar de flesta olika definitioner ändå visa huvuddrag, nämligen att primärvården

– utgör första linjens vård och ingång för alla ”nya” hälsoproblem
– inkluderar tillhandahållande av mobila tjänster/mobil vård
– ges nära patientens hem, eller t.o.m. i hemmet
– är patientfokuserad, till skillnad från sjukdoms- eller organfokuserad
– ger generell vård och tillhandhåller en bredd av tjänster för alla vanligt förekommande hälsobehov i befolkningen

[3] Utredningens översättning. Fritt efter IOM 1994.
[4] Utredningens översättning. Fritt efter Kringos et al 2014.
[5] Utredningens översättning. Fritt efter EC expert panel on effective ways of investing in health 2014.

– är en integrerad del av hälso- och sjukvårdssystemet och koordinerar även den vård som eventuellt ges av andra vårdgivare, samt har möjlighet att remittera till övrig specialistvård.[6]

3.2 Utblick mot Europa

3.2.1 Blickarna vänds mot primärvården runtom i Europa

Det finns i dagsläget alltmer övertygande evidens, även om det fortsatt förkommer olika resultat vad gäller vissa av relationerna, för att en välfungerande primärvård är associerat med lägre nivåer av undvikbar sluten vård, färre besök på akutmottagningar, bättre hälsoutfall, mer jämlikhet samt långsammare ökningar i kostnaderna för hälso- och sjukvården.[7] Det är mot denna bakgrund som vi ser en internationell rörelse av ökade satsningar på en stärkt första linjens vård, en stärkt primärvård, här i Europa och runtom i världen. En stark primärvård bedöms vara ett effektivt sätt att adressera nuvarande och kommande utmaningar kopplat till den demografiska situationen, ökningen av sjukdomsbördan från kroniska sjukdomar samt en ojämlik hälsa.

När man då idag internationellt talar om en välfungerande primärvård tar man generellt sikte på en primärvård som är:

- Tillgänglig: geografiskt såväl som ekonomiskt, men även vad gäller väntetider.
- Vittomfattande: den erbjuder en bred rad av tjänster, såväl behandlande som preventiva.
- Sammanhängande: vårdgivaren/utföraren känner till såväl patientens medicinska historik som dess livssituation och den samordnar patientens vårdprocesser som skär över olika delar av hälsosystemet samt guidar patienten genom systemet.[8]

I takt med att uppmärksamheten hos fler och fler länder riktats mot primärvården har beslutsfattare och andra aktörer även börjat efterfråga mer kunskap och evidens om primärvården. Både på hemmaplan och vad gäller jämförelser med andra länder. De senaste åren har

[6] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 6.
[7] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 8.
[8] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 7–8.

diverse olika kartläggningar och projekt som tar sikte på att belysa primärvårdens funktion, organisering och resultat påbörjats i olika organisationer. Till exempel publicerade det europeiska hälsoobservatoriet[9] 2015 två volymer på temat ”Building primary care in a changing Europe”. Den ena innehåller jämförelser av primärvården i de europeiska länderna ur en rad olika aspekter. Den andra innehåller landspecifika rapporter. EU och OECD har också intresserat sig för området. EU:s ”State of the Health in EU” – rapport från 2017 framhåller som en av sina fem huvudslutsatser att ”En stark primärvård guidar patienter genom hälsosystemet och bidrar till att undvika onödiga utgifter”.[10] OECD:s hälsokommitté beslutade i sitt arbetsprogram för 2017–2018 att ta fram en flaggskeppsrapport om ”Primärvårdens framtid”. Rapporten ska diskutera hur primärvården behöver utvecklas för att möta behoven och utmaningarna i hälsosystemen i OECD-länderna samt försöka identifiera hur en välfungerande primärvård kommer att se ut om 10–20 år. En förhandsversion av rapporten utgör underlag till vår utredning[11]. OECD har även under 2017 publicerat olika arbetspapper kring olika aspekter av primärvård, t.ex. sjuksköterskor i mer avancerade roller i primärvården samt organisering av primärvård utanför kontorstid. Även EU:s expertgrupp för hälsa (Expert Panel on Health) har intresserat sig för primärvården. I februari 2018 publicerade man t.ex. ett ”yttrande” kring verktyg och metoder för att utvärdera primärvården. Detta yttrande har också spelats in till den större rapport på samma tema som EU:s expertgrupp om utvärdering av hälsosystem publicerade i mars 2018.[12]

Dessa olika studier och rapporter utgör mycket välkomna tillskott till den samlade kunskapsbasen om primärvård. Överlag är det dock så, vilket de olika rapporterna och organisationerna också framhåller, att vi i jämförelse med övriga delar av våra hälsosystem har mycket knapphändig information om vår primärvård. Det är en iakttagelse som gäller generellt, inte bara i Sverige. På grund av avsaknaden av en tydligt internationellt gemensamt överenskommen definition av primärvården, och hur den bör utvärderas och följas upp, så blir det också så att de jämförelser man nu försöker göra ofta dels baseras

[9] Ett partnerskap, där Sverige ingår, som organisatoriskt sorteras under WHO EURO.
[10] European Commission, *State of Health in the EU: Companion Report 2017*, 2017.
[11] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017.
[12] Expert Group on Health Systems Performance Assessment, *A New Drive for Primary Care in Europe: Rethinking the Assessment Tools and Methodologies, 2018.*

på bristfälliga data och dels jämförs en hel del data som inte lämpar sig för jämförelser mellan länder.[13]

Varje hälsosystem har dessutom utvecklats i sin lokala historiska och politiska kontext. Olika länders hälso- och sjukvårdssystem, och deras ”primärvårdar”, är sinsemellan mycket olika vad gäller såväl hur dessa är styrda som finansierade och organiserade. I många länder är t.ex. primärvården historiskt sett framför allt uppbyggd kring (privata) enmanspraktiker med allmänläkare och kanske någon enstaka sjuksköterska/stödpersonal. I Sverige däremot har vi sedan 1970/1980-tal framförallt organiserat oss kring större vård-/hälsocentraler där många fler olika legitimerade grupper av vårdpersonal arbetar. Internationellt sett har Sverige kommit relativt långt i det man internationellt benämner ”kompetensväxling” (task shifting), dvs. att använda sina personalresurser på bästa sätt genom att skifta över en del av uppgifter som kanske av tradition gjorts av en viss yrkesgrupp till andra yrkesgrupper. Yrkesgrupper som med modern utbildning, kunskap och sammansättning av vårdteam än mer effektivt och kvalitativt kan utföra uppgiften än de som av tradition/hävd gjort det.

Ett ökande intresse och olika initiativ för att skapa mer kunskap och mer jämförbar statistik är ett mycket välkommet och nödvändigt steg i sig för att skapa förutsättningar för en mer kunskaps- och evidensbaserad primärvård. Vi måste dock samtidigt i nuläget alltså vara försiktiga med alltför långtgående tolkningar av olika internationella jämförelser.

3.2.2 Gemensamma utgångspunkter och trender

Även om hälsosystemen runtom i världen och Europa skiljer sig åt vad gäller utformning och kontext så har dock analyserna av varför det finns ett behov av att satsa på att stärka första linjens vård och primärvården en tydlig gemensam kärna. I Världshälsorapporten om primärvård från 2008 framhåller WHO tre trender som är karakteristiska för våra konventionella hälsosystem och som underminerar hälsosystemens förmåga att leverera en god och jämlik vård:

[13] Utredningens dialog/möten med WHO EURO, OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 11, European Commission, *State of Health in the EU: Companion Report 2017*, 2017, s. 13.

– De är sjukhustunga och har ett oproportionerligt fokus på sjukhus, subspecialisering och tertiärvård. WHO pekar på att detta bl.a. drivs av professionella traditioner och intressen men även i hög grad av den teknologiska utvecklingen och den ekonomiska tyngden i läkemedels- och medicinteknikbranschen. Rapporten understryker att detta leder till onödiga kostnader i form av onödig medikalisering samt behandlingsrelaterade skador.
– De lider av fragmentisering, bl.a. på grund av ökande (sub)specialisering, kortsiktighet i hur resultat följs upp och för mycket fokus på enskilda program och projekt.
– Genomgripande kommersialisering av hälso- och sjukvård i system som inte är reglerade.[14]

Knappt 10 år senare visar OECD också på en rad gemensamma utmaningar som dess medlemsländer står inför i förhållande till såväl innehåll som struktur för utbyggnaden av en stark primärvård. I princip genomgående står man inför stora utmaningar vad gäller kompetensförsörjningen av primärvården. Utmaningarna är bl.a. kopplade till stora pensionsavgångar samt en ändrad och ökande arbetsbörda p.g.a. ändrad demografi och sjukdomsbörda. Utmaningarna riskerar att göra primärvården mindre attraktiv som arbetsplats. En ojämn fördelning av allmänläkare och andra vårdkompetenser mellan större städer och mer glesbefolkade områden är också en utmaning som återfinns i de flesta länder. Ändrade attityder och värderingar hos yngre medarbetare, som t.ex. i lägre grad attraheras av den typ av ensamarbete, dygnet runt, som traditionellt sett förknippats med rollen som allmänläkare i många system, utgör en annan utmaning för kompetensförsörjningen.

Många olika länder är också i en process av att omfördela ansvar för vissa uppgifter från en av vårdens yrkeskategorier till en eller flera andra, dvs. man jobbar med att i sina respektive system kompetensväxla för att använda alla resursers kompetens på optimalt sätt. På många håll möter dock sådana förändringar också på motstånd från professioner som inte vill släppa ifrån sig uppgifter. OECD lyfter också utmaningar med att säkerställa att utbildning och fortbildning

[14] WHO, *Now more than ever, World Health Report 2008*, 2008.

för de olika yrkeskategorierna inom primärvården svarar mot de – föränderliga – behov som primärvården förväntas svara upp mot.[15]

Det finns också en gemensam trend i OECD-länderna att gå mot gruppraktiker (där flera allmänläkare tjänstgör tillsammans och även tillsammans med andra yrkeskategorier) snarare än enmanspraktiker (där enskilda allmänläkare har egna praktiker). OECD framhåller också att detta är ett steg i rätt riktning när det gäller att tillhandhålla personcentrerad vård. Det finns god evidens för att gruppraktiker främjar samarbete med andra vårdgivare, vilket uppmuntrar till bättre samordning av vården och leder till förbättringar i vårdens kvalitet. Gruppraktiker har t.ex. påvisats vara associerade med bättre patientutfall, minskade inläggningar på sjukhus och ökad nöjdhet hos såväl patienter som personal.[16]

I princip samtliga OECD-länder lider som ovan nämnts av bristande information om mönster och utfall i sin primärvård. Information som de är i behov för att kontinuerligt kunna lära om och utveckla sin primärvård, på basis av väl underbyggda policies. Det finns alltså en stor potentiell vinst för länder att göra genom att förbättra sina hälsoinformationssystem så att dessa också på ett ändamålsenligt sätt omfattar primärvården, och att man sedan använder den informationen för ett systematiskt förbättringsarbete.

”Ny” teknik och digitala lösningar bedöms generellt kunna medföra nya möjligheter att öka tillgänglighet, öka kvalitet och personcentrera vården. Till exempel i form av mobila lösningar som i hög grad tillåter patienter med kroniska tillstånd att hantera sina tillstånd och följa sina värden i sin hemmiljö. På så sätt kan man både bidra till stärkt autonomi och ökad hälsolitteracitet[17] samtidigt som man undviker onödiga läkarbesök eller sjukhusvistelser.[18]

Blickar man ut i världen och inte minst EU ser man också tydligt en stark rörelse mot ökad patientdelaktighet. Patienten ses mer och mer som en fullvärdig medlem i vårdteamet och evidensen pekar på

[15] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 12, 14, 15.
[16] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 22.
[17] Hälsolitteraticitet handlar om människors förmåga att förvärva, förstå och tillämpa hälsorelaterad information. Individers grad av hälsolitteracitet har betydelse när de gör bedömningar och fattar beslut som har med sjukvård, sjukvårdsprevention och hälsopromotion att göra och är betydelsefull för att behålla och förbättra livskvaliteten under hela livet (HFS-nätverket).
[18] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 11.

att det också ger bättre utfall. Till exempel leder investeringar i patientcentrerad kommunikation till att substantiellt fler patienter följer behandlingsrekommendationer samt ger större nöjdhet hos såväl patienter som vårdens medarbetare.[19] I OECD-jämförelse ligger Sverige dock relativt lågt vad gäller hur stor andel av läkare som involverar patienter i beslut om vård och behandling.[20] En generell utmaning för OECD-länderna i relation till patientdelaktighet är också att man är för dåliga på att följa upp patienternas perspektiv och uppfattningar när man följer upp primärvården (i den mån man gör det). Här finns en stor utvecklingspotential.[21]

Det finns fortfarande ganska betydande skillnader mellan länder vad gäller i vilken grad primärvården har patientavgifter, om den fungerar som grindvakt och om det finns krav på listning, samt om det finns finansiella incitament för att få patienter att lista sig På många håll är dock normen att läkarbesök i primärvård är avgiftsfria[22] Vad gäller ersättningssystemen finns det en gemensam trend av att man går mot mer blandade former, i syfte att bidra till mål kring såväl tillgänglighet som kvalitet och effektivitet (framförallt en mix av kapitering och betalning per tjänst/FFS). Enbart 9 av 44 länder använder sig av en ensam ersättningsprincip.[23]

[19] European Commission, *State of Health in the EU: Companion Report 2017*, 2017, s.24.
[20] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 31.
[21] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 30.
[22] Kringos, DS et al, *Building Primary care in a changing Europe, European Observatory on Health Systems and Policies*, Volume 1, 2015, s. 69–72.
[23] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 22.

Tabell 3.1 Allmänläkarens roll och ersättning i ett urval av OECD-länder, 2016

OECD countries	Is there post-training requirement to become GP, family physician or PCP?	Are patients required or encouraged to register with a primary care physician or practice?	Predominant form of primary care provision	Primary care payments
Belgium	Yes	Patients are not required to register but have financial incentives to do so	Solo practice	Capitation/Fee-for-service
Denmark	Yes	Patients are not required to register but have financial incentives to do so	Solo practice	Capitation/Fee-for-service
Estonia	Yes	Patients are required to register	Solo practice	Capitation/Fee-for-service /Pay for performance/other
Finland	No	Patients are required to register	Group practice	Global Budget
France	Yes	Patients are not required to register but have financial incentives to do so	Group practice	Fee-for-service/Pay for performance /other
Germany	Non response	Patients are not required to register but have financial incentives to do so	Solo practice	Fee-for-service
Iceland	No	No incentive and no obligation to register	Group practice	Global budget/Fee-for-service
Israel	Yes	Patients are required to register	Group practice	Capitation//Global budget/Pay for performance
Netherlands	Yes	No incentive and no obligation to register	Group practice	Capitation/Fee-for-service/Pay for performance
Norway	Yes	Patients are required to register	Group practice	Capitation /Fee-for-service
Spain	Yes	Patients are required to register	Group practice	Capitation/ Pay for performance/Global budget
Sweden	Yes	No incentive and no obligation to register	Group practice	Capitation/Fee-for-service
Switzerland	Yes	Patients are not required to register but have financial incentives to do so	Solo practice	Capitation /Fee-for-service
United Kingdom	Yes	No incentive and no obligation to register	Group practice	Capitation/Fee-for-service/Pay for performance

Källa: 2016 OECD Health System Characteristics Survey, http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm

Slutligen kan konstateras att världens länder står inför en gemensam utmaning när det gäller förändringsledning för att åstadkomma de önskade förflyttningarna mot hälsosystem som verkligen har en stark och väl utbyggd primärvård som bas för att tillhandhålla god och jämlik vård. I Världshälsorapporten från 2008 framhåller WHO också just behovet av ett nytänkande, uthålligt, dynamiskt och inkluderande ledarskap. WHO framhåller att omstruktureringar naturligtvis ska vara baserade på evidens och ett rationellt hanterande av osäkerhet, men de måste samtidigt också klara av att integrera människors förväntningar på hälsa och hälso- och sjukvården, för sig själva, sina familjer och sina samhällen. Detta, konstaterar WHO, kräver noggranna avvägningar mellan olika intressen och ett brett engagemang med en rad olika aktörer, dvs. ett radikalt annorlunda tillvägagångsätt än traditionell toppstyrning.[24] Man framhåller samtidigt att det inte är att förvänta sig att formering av (förändrad) primärvårdspolicy skulle kunna vara helt samstämmig, det finns det alltför många kolliderande intressen för. Studier visar dock att det avgörande för reformers legitimitet är att processerna de utvecklats genom upplevs som rättvisa och transparenta.[25]

För att möjliggöra den nödvändiga breda policydialogen framhåller WHO också behovet av att ha och använda sig av informationssystem som förser aktörer med basen för dialogen, att systematiskt utnyttja innovationer samt att dela goda exempel. För att skapa uthållighet krävs också skapandet av en kritisk massa av dedikerade medarbetare och organisationer i olika delar av systemet. Likaså bred politisk uppslutning och uthållighet över tid. Även vikten av att förstå den tveksamhet till förändring från det invanda till något nytt som ofta kan finnas hos medarbetare i de organisationer/roller som ska reformeras lyfts fram i rapporten. Liksom behovet av att bygga in mekanismer som följer implementeringen och kan identifiera problem som uppstår längs med vägen, så att dessa kan korrigeras.[26]

[24] WHO, *Now more than ever*, 2008, s. XV.
[25] WHO, *Now more than ever*, 2008, s. 85.
[26] WHO, *Now more than ever*, 2008, s. 93.

3.3 Översiktlig utblick på ett urval av andra länders hälso- och sjukvårdsystem, med fokus på primärvården

3.3.1 Norge

- Andel av BNP till hälso- och sjukvård = 10,5 procent (2016).[27]
- Andel av landets kostnader för hälso- och sjukvård som går till Primärvården = 5,8 procent[28] (2008) (obs. att det inte finns någon gemensam definition för primärvården och att denna siffra troligen enbart inkluderar kostnaden för fastlegesystemet, inte övriga delar av primärvårdsnivån).
- Antal läkare per 1 000 invånare 4,4 (2015).[29]
- Andel allmänläkare av totala läkarkåren:18,92 procent (2015).[30]
- Förväntad livslängd för kvinnor/män
  - vid födsel: 84,2/80,5 år,
  - vid 40 års ålder: 44,8/41,5 år (2015).[31]

Allmänt om hälso- och sjukvården

Liksom i Sverige har staten ansvar för att stifta lagar och regler (den normerande makten) för hälso- och sjukvården, samt att tillse efterlevnaden av lagarna. Det norska systemet är dock betydligt mer centraliserat än det svenska systemet, där det kommunala självstyret är starkt. 2001 genomfördes en omfattande strukturreform av det norska hälso- och sjukvårdsystemet. Det snabba genomförandet av reformen möjliggjordes bl.a. av en kort utrednings- och remissperiod. Reformen innebar att staten tog över ägarskapet och finansieringen av sjukhusvården från 19 fylkeskommuner, dvs. den regionala nivån.

[27] OECD, *Health database*.
[28] Kringos, DS et al, *Building Primary care in a changing Europe, European Observatory on Health Systems and Policies*, Volume 1, 2015.
[29] OECD, *Health database*.
[30] OECD, *Health database*.
[31] OECD, *Health database*.

I stället inrättades fem (numera fyra) så kallade regionala hälsoföretag, vilka ansvarar för att beställa hälso- och sjukvård åt sina invånare. De regionala hälsoföretagen (drivs som statliga företag) fick också ansvaret för att styra egna så kallade hälsoföretag vilka består av ett eller flera offentliga sjukhus.[32] De regionala företagen producerar alltså inte själva hälso- och sjukvårdstjänster, utan är rent administrativa företag. De lokala hälsoföretagen (sjukhusen) fungerar som dotterbolag till de regionala hälsoföretagen och ansvarar självständigt för drift och för investeringar.[33] Primärvården ansvarar däremot de 422 kommunerna för tillsammans med äldreomsorg och övrig socialtjänst (fr.o.m. 2020 ska antalet kommuner genom en reform minska till 354[34]).

Värt att notera i sammanhanget är dock att finansieringen i Norge även innan reformen 2001 varit påtagligt styrd från centralt håll. Sedan sjukhuslagen 1969 hade fylkena finansieringsansvar för sjukhusen, men intäkterna kom från två håll, som i slutändan bägge två huvudsakligen fastställdes av staten. Den ena delen var lokala skatteintäkter och den andra delen utgjordes av ramanslag från staten. Jämfört med övriga skandinaviska länderna fastställdes såväl skatterna på nationell som på fylkesnivå huvudsakligen av staten. Utifrån givna finansieringsramar och nationella mål styrde sedan de folkvalda i fylkena prioriteringar och investeringar i hälso- och sjukvården inom sina respektive geografiska områden.[35] Detta är en väsentlig skillnad gentemot Sverige där samma nivå – dvs. landstingen/regionerna – till större delen har ansvar för såväl driftsfrågor som finansiering.

Ett annat syfte med reformen 2001 var att stärka patienters och brukares medverkan i sjukhusvården. I samband med reformen tillkom krav på att hälsoföretagen ska ansvara för att representanter för patienter och andra brukare blir lyssnade till i samband med utvecklingen av årliga planer för verksamheten (enligt 7 kap. 35 § Hälsoföretagslagen (LOV 2001-06-15-93).[36]

Införandet av ”fastlegeordningen” (dvs. ett fastläkarsystem) utgjorde också ett ben i strukturreformen i början av 2000-talet. Fastlegeordningen tillkom mot bakgrund av att Norge under 1990-talet hade stora problem med läkartillgång i primärvården. Framför allt i glesbygd.

[32] Vårdanalys, *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem*, 2014, s. 9.
[33] Vårdanalys, *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem*, 2014, s. 81.
[34] Regjeringen, *Kommuner og regioner*.
[35] Vårdanalys, *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem*, 2014, s. 78.
[36] Vårdanalys, *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem*, 2014, s. 84.

Det är dock värt att notera att redan innan fastläkarreformen byggde det norska primärvårdssystemet främst på privatläkare med egna mottagningar, och cirka 67 procent av befolkningen hade en fast läkare redan innan införandet av fastlegeordningen[37].

Dagens primärvård

Den norska staten har mindre inflytande över primärvården än över övrig specialistsjukvård. Med det sagt sätter de ramarna för kommunernas ansvar och uppgifter, bl.a. genom lagstiftning.

Dagens norska primärvård är i hög grad uppbyggd kring den s.k. ”fastlegeordningen”. Den infördes alltså 2001 som en del av de större reformerna av hälso- och sjukvården och tog bl.a. avstamp i modellerna från Danmark, UK och Nederländerna. Den är uppbyggd kring lagstiftning (Lov om helse- og omsorgstjenester i kommune), förordning (Forskrift om fastlegeordning i komunerne samt Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen), centrala avtal och individuella avtal. Finansieringen av systemet regleras i en egen förordning och revideras årligen på grundval av förhandlingar mellan läkarföreningen och staten samt den norska kommunorganisationen.[38]

Av förordning framgår bl.a. att listansvaret för läkare under fastlegeordningen omfattar alla allmänläkaruppgifter inom somatik, psykisk hälsa och missbruk, för personerna på hens lista. Av förordning framgår även att läkaren ska prioritera egna listade patienter, med undantag för patienter som behöver omedelbar hjälp. I enlighet med förordning kan kommunerna också ålägga fastlegern att delta i andra allmänmedicinska uppgifter i kommunen, under maximalt 7,5 h per vecka. Fastlegen är också förpliktigad att delta i ”legevakt”, dvs. jour (vilket faller utanför de 7.5 h per vecka). I själva avtalet med kommunen regleras bl.a. öppettider, listningstak, lokalisering m.m. En fastlege ska inte ha mer än 2 500 personer på sin lista. Om man vill sätta ett listningstak under 500 personer måste detta avtalas med kommunen.[39] Sista kvartalet 2016 låg den genomsnittliga listan på 1 120 patienter/läkare.[40]

[37] Norges forskningsråd, *Evaluering av fastlegereformen 2001–2005*, 2006, s. 16.
[38] Den norske Legeforening, *Fastlegeordningen Veileder og kommentarutgave*, 2013.
[39] Den norske Legeforening, *Fastlegeordningen Veileder og kommentarutgave*, 2013.
[40] Helsedirektoratet, *Styringsdata for fastlegeordningen*, 4, kvartal 2016.

Alla invånare har rätt att välja en allmänpraktiserande läkare – fastlege – att lista sig hos oss. 2016 var 97,9 procent av befolkningen listade hos en fastlege.[41] Invånarna får enligt regelverket byta fastläkare max två gånger per år. I praktiken begränsas dock möjligheten p.g.a. fulla listor. I slutet av 2016 var det t.ex. 117 kommuner där det fanns färre än två öppna listor.[42] I samband med införande av fastlegeordningen inrättades 300 nya årsläkartjänster, för att svara upp mot befolkningens behov. Då, vid reformens införande, kunde även läkare som ej var specialister i allmänmedicin etablera sig som fastlege. Sedan mars 2017 gäller dock att man måste vara specialist i allmänmedicin, alternativt vara under specialiseringsutbildning, för att sluta avtal med, eller anställas av, kommunerna som fastlege.[43] I slutet av 2016 var 57,5 procent av fastlegene specialister i allmänmedicin och 3,3 procent i samhällsmedicin.[44]

Fastlegene kan arbeta antingen som egna företagare med individuella avtal med respektive kommun och ersättning enligt en nationell taxa, eller som löneanställda av kommunerna. Den stora majoriteten (cirka 95 procent) jobbar som egenföretagare. Antalet löneanställda har i princip sjunkit varje år sedan reformens införande men under 2016 (sista året för vilket data finns) började en ökning återigen att synas.[45] I den allmänna debatten hörs vittnesmål om ökande svårigheter att rekrytera nya fastleger bland de yngre generationerna.[46] Dels är det dyrt att ta över en lista (kräver skuldsättning) dels kräver privata praktiker ett omfattande åtagande av läkaren, bl.a. för att ordna ersättare vid sjukdom och semester. Detta är möjligtvis något mindre attraktivt för en generation med andra värderingar än de som utgör kärnan i dagens fastlegekår.

Norges Forskningsråd fick i uppdrag att genomföra en forskningsbaserad utvärdering av fastlegeordningen åren 2001–2005. Utvärderingen tittade framför allt på läkartäckning, kontinuitet, tillgänglighet och effektivitet. Man konstaterade då att reformen lett till att 98.5 procent av befolkningen var listade hos en fastlege. Antalet patienter i mindre kommuner som uppgav att man träffat samma läkare ökade något, medan det redan fanns god kontinuitet i större städer

[41] Helsedirektoratet, *Styringsdata for fastlegeordningen*, 4, kvartal 2016.
[42] Helsedirektoratet, *Styringsdata for fastlegeordningen*, 4, kvartal 2016.
[43] Helfo, *Nytt kompetansekrav for leger i allmennpraksis*.
[44] Helsedirektoratet, *Styringsdata for fastlegeordningen*, 4, kvartal 2016.
[45] Helsedirektoratet, *Styringsdata for fastlegeordningen*, 4, kvartal 2016.
[46] Dagens medisin, *Fastleger i 40-årener slutter, 2017-09-28.*

och kommuner och där förändrades detta inte nämnvärt. Läkare som innan reformen hade få fasta patienter var också de som tydligast gav uttryck för att den var nyttig. För övriga innebar den troligen inte lika stor skillnad. Tillgängligheten hade ökat, delvis som en följd av de 300 nya årsläkartjänsterna som infördes, men även utifrån att konkurrensen drev på enskilda fastleger att öka sin tillgänglighet. Samtidigt visade en studie på att patienter med allvarlig psykisk ohälsa upplevde fastlegene som mycket upptagna och utan tid att verkligen hjälpa dem. Reformen bedömdes dock generellt bidragit till högre nöjdhet hos såväl patienter som läkare.[47]

Reformer med bäring på primärvården.

2102 påbörjades genomförandet av annan större reform inom hälso- och sjukvården i Norge: Samhandlingsreformen. Denna bygger på ett vitpapper som lades fram till Stortinget 2009, vilket identifierade tre huvudsakliga utmaningar för det norska hälso- och sjukvårdssystemet:

1. Patienternas behov av samordnade hälsotjänster tillgodoses inte tillräckligt väl.
2. Tjänsterna präglas av för små insatser för att begränsa och förebygga sjukdom.
3. Ändringar i den demografiska utvecklingen och sjukdomsbilden ger utmaningar som kan hota den ekonomiska hållbarheten för samhället.[48]

Genom samhandlingsreformen ville den norska regeringen försöka att säkra en framtida hälso- och omsorgstjänst som både lever upp till patienternas behov av samordnade tjänster och till de samhällsekonomiska utmaningarna. Detta genom fem huvudsakliga åtgärdsområden:

– Tydliggörande av patientrollen, genom ökad patientmedverkan och integrerade vårdkedjor mellan statens och kommunernas ansvarsområden.
– Utvecklande av kommunernas roll genom ökat fokus på förebyggande insatser och mer av ett holistiskt grepp.

[47] Norges forskningsråd, *Evaluering av fastlegereformen 2001–2005*, 2006, s. 9–16.
[48] Stortingsmelding, nr 47, *2008–09 – Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, 2009.

– Införande av ekonomiska incitament, inklusive kommunal medfinansiering av den specialiserade hälso- och sjukvården.
– Utvecklande av den specialiserade hälso- och sjukvården så att den bättre kan nyttja sin specialistkompetens, bl.a. genom förtydligad ansvarsfördelning mellan den specialiserade hälso- och sjukvården och kommunerna.
– Underlätta för tydligare prioriteringar, bl.a. genom en utveckling av den nationella hälsoplanen till att bli ett mer operativt budskap.[49]

Man har bl.a. antagit en folkhälsolag som tydliggör kommunernas ansvar för förebyggande och hälsofrämjande arbete inom alla sektorer. Genom en gemensam lag för hälso- och omsorgstjänsterna i kommunerna (LOV-2011-06-24-30) ställs bl.a. krav på kommuner och hälsoföretag att ingå samarbetsavtal. Sedan 2016 finns även krav på kommunerna att tillhandahålla sängplatser för behov av ögonblicklig vård, dygnet runt (Kommunale akutte døgnplasser [KAD])[50]. Vidare har resurser flyttats över från såväl staten som sjukhusen till kommunerna för deras nya uppgifter och för att kommunerna skulle betala sin del av ”sjukhusräkningen”.[51]

I samband med påbörjandet av reformerna beslutade man även om två uppdrag för att följa effekterna av reformen:

- Uppdrag till Norges forskningsråd (NFR) om följeforskning (EVASAM)
- Uppdrag till Helsedirektoratet (motsvarande Socialstyrelsen) att driva ett förvaltningsmässigt följeupplägg, för genomförande av samhandlingsreformen.

I sin utvärdering från 2016 konstaterar NFR bl.a. att man ser en tydlig utveckling i linje mot en del av de mål som låg till grund för samhandlingsreformen, däribland en reducering av vårddygn i sluten vård (liggetid i spesialisthelsetjenesten), förbättring vad gäller utbudet av akut/omedelbar hälso- och sjukvård, stärkt fokus på folkhälsoarbetet och förebyggande insatser i kommunerna, samt förstärkt och möj-

[49] Stortingsmelding, nr 47, *2008–09 – Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, 2009.
[50] Norges forskningsråd, *Evaluering av samhandlingsreformen*, 2016, s. 8.
[51] Regjeringen, *Samhandlingsreformen i kortversjon*. 2014-10-03.

ligen mer flexibelt samarbete med kommuner och hälsoföretag. Samtidigt sägs samarbetsavtalen mellan kommuner och hälsoföretag inte i någon större utsträckning ha lett till en upplevelse av förändringar i samarbetet. De flesta konflikter som uppstår gäller utskrivningsklara patienter och där upplevs maktbalansen oförändrad, till sjukhusläkarna fördel, och kommunerna upplever sig sällan bli involverade i besluten. I nuläget kan man inte heller säga om reformen gett tydlig utdelning vad gäller mer sammanhållna vårdförlopp för patienterna.[52]

Slutligen är det också värt att notera att det för närvarande pågår en intensiv debatt/diskussion i Norge om hur man ska ”rädda fastlegeordningen”. Läkarna som jobbar i den upplever inte att man har tid att utföra sitt arbete och enligt en nyligen publicerad undersökning överväger nästan hälften av dagens fastleger att sluta inom fem år, givet hur situationen ser ut idag.[53]

3.3.2 Danmark

- Andel av BNP till hälso- och sjukvård: 10,3 procent år 2015.
- Andel av landets kostnader för hälso- och sjukvård som går till Primärvården: ingen uppgift[54].
- Antal läkare per 1 000 invånare: 3,66 år 2014.
- Andel allmänläkare av totala läkarkåren: 19,47 procent år 2014.
- Förväntad livslängd för kvinnor/män
  - vid födsel: 82,7/78,8 år (2015)
  - respektive vid 40 år: 43,4/39,8 år (2015).

Allmänt om hälso- och sjukvården

Danmarks hälso- och sjukvårdsystem finansieras liksom det svenska främst via skatter, är decentraliserat och tillhandahåller allmän hälso- och sjukvård till hela befolkningen. I likhet med det svenska systemet

[52] Norges forskningsråd, *Evaluering av samhandlingsreformen*, 2016, s. 9.
[53] Hermansen M, Ören, T.O, *Fastlegeordningen slår sprekker*, 2018-04-16.
[54] Som tidigare redogjorts för finns det inga gemensamma definitioner för primärvård, och inte heller några standarder för hur det ska mätas. Motsvarande uppgift finns inte heller för Sverige i den studie som är vår källa, Kringos et al 2015 (Vol 1).

är den nationella nivån ansvarig för lagar och reglering, tillsyn och kvalitetsuppföljning, medan själva tillhandahållandet av tjänster är regioner och kommuners ansvar.

Tidigare var också ansvar för akut vård, primärvård och folkhälsa spritt över de tre olika administrativa nivåerna (stat, region, kommun). Vid en större reform år 2007 minskades antalet regioner från 14 till 5 och kommunerna från 275 till 98. Regionerna ansvarar nu för att utforma och driva hälso- och sjukvård och kommunerna ansvarar för sjukdomsförebyggande, hälsofrämjande (finns dock stor variation i nivån på investeringar på dessa två områden), rehabilitering, hemsjukvård och tjänster och insatser vid långvarigt vård- och omsorgsbehov (long term care). Till skillnad från i Sverige har dock regioner sedan reformen år 2007 inte längre egen beskattningsrätt utan hälso- och sjukvården finansieras genom en kombination av statliga och kommunala skatter. Regioner tilldelas medel från den statliga nivån baserat på sociala och demografiska faktorer. Regionernas arbete finansieras till 75 procent via generella bidrag (block grants), men även aktivitetsbaserad ersättning förekommer. Syftet med att staten och kommunerna delarna på finansieringen är att ge incitament till kostnadskontroll samt till preventivt och hälsofrämjande arbete.[55]

Redan sedan tidigare var det obligatoriskt för regioner och kommuner att utveckla en gemensam hälsoplan vart fjärde år som omfattar såväl förebyggande som behandlande vård. Detta krav stärktes också i reformen 2007 genom att standardavtal togs fram som täcker in koordinering, prevention och rehabilitering. Avtalen hanteras löpande av regionala kommittéer där såväl regioner och kommuner som privata vårdgivare finns representerade.

Cirka en femtedel av Danmarks läkare är allmänläkare. De jobbar huvudsakligen på privata enmanskliniker. Samtidigt har Danmark EU:s högsta antal sjuksköterskor per invånare (16,7/1 000 invånare). Trots det har inte några mer omfattande förändringar genomförts när det gäller skifte av vilken profession som utför vilka uppgifter (kompetensväxling).[56] Det är endast 1.3 procent av den danska befolkningen som beräknas ha hälsobehov som inte tillgodoses (p.g.a. Kostnader, avstånd eller annat), att jämföra med EU-snittet på 3.2 procent.

[55] OECD, *Denmark: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 6, 15.
[56] OECD, *Denmark: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 12.

Dagens primärvård

Den danska primärvården är på liknande sätt som i Norge uppbyggt kring ett fastläkarsystem, främst bestående av små privata kliniker, vilka tecknar avtal med regionerna. 99 procent av Danmarks invånare har valt att tillhöra s.k. grupp 1, vilket betyder att de måste registrera sig hos en allmänläkare som sedan ska tillhandhålla primärvård, samt fungera som grindvakt. Den resterande procenten som tillhör grupp 2 kan fritt välja allmänläkare eller att gå direkt till specialistvården men måste då betala patientavgifter för besöken, till skillnad från grupp 1. Danmark var det EU-land som 2011–2013 hade den lägsta andelen patienter som besökte akuten p.g.a. bristande tillgång till primärvården.[57] Patientavgifter krävs för besök i den öppna psykiatrin samt för besök hos fysioterapeuter liksom för tandvård samt hjälpmedel för hörsel, i varierande utsträckning. Allt som allt betalas cirka 14 procent av kostnaderna för den danska sjukvården genom patientavgifter.

Fragmenteringen lyfts ofta som en utmaning för den danska vården. I ett försöka att motverka denna har vissa kommuner satsat på så kallade hälsohus där allmänläkare och associerade professioner samt vissa specialistvårdstjänster tillhandahålls under samma tak. Än så länge har man dock inte kunnat visa på några vinster när det gäller koordineringen. Danmark har infört ett gemensamt elektroniskt journalsystem, i vilket alla vårdgivare kan få tillgång till information, göra ändringar och förskriva. Det är ännu inte helt integrerat, det finns olika plattformar på olika vårdinrättningar, men gemensamma interoperabilitetsstandarder tillåter dem ändå att utbyta information.

Reformer med bäring på primärvården

2016 tillsatte den danska regeringen en kommitté om ”Det nära och sammanhängande hälsosystemet”, bestående av representanter för såväl staten som intresseorganisationerna för kommuner respektive landsting. I juni 2017 presenterade de sin slutrapport med 20 förslag på hur primärvården kan stärkas och koordineringen av vården förbättras.[58] I december 2017 kom Sundhedsministeriets svar på rapporten i form av skriften ”Sundhed hvor du er”. Skriften sammanställer

[57] OECD, *Denmark: Country Health Profile 2017, 2017*, s. 13.
[58] Regeringen, *Udvalg om det naere og sammenhaengenede sundhedsväsende, Afrapportering, juni 2017*.

dels pågående och dels nya initiativ som ska stärka de lokala hälsoinsatserna och lanserar även starten för arbetet med en nationell kvalitetsplan för det nära och sammanhängande hälsosystemet. För 2018 annonserades dessutom en pott om 200 miljoner DKR, som kommuner, regioner och läkare i allmän praksis kan ansöka om medel från för att etablera ”läkar- och hälsohus” (ungefär svenska hälso-/vårdcentraler).[59] Den danska regeringen konstaterar att för att stärka kvaliteten i det nära hälsosystemet är det avgörande att de allmänpraktiserande läkarna samlar sig runt större enheter, där de även kan gå samman med sjuksköterskor, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer och andra professioner för att erbjuda patienterna ett brett och kvalitativt hälsoutbud. Det är också önskvärt att de allmänpraktiserande läkarna samlokaliserar sin verksamhet med t.ex. det kommunala hälsoutbudet och öppenvård utgående från sjukhusen. Samlokalisering och större enheter förväntas bidra till en mer sammanhängande vård för patienterna och även stärkt kunskapsmiljö och kunskapsutbyte mellan de olika professionerna, liksom mer effektivt utnyttjande av såväl administrativa funktioner och utrustning.[60]

Den danska regeringen har också gått vidare med förslaget från kommittén om en ny specialistsjuksköterskeutbildning för sjuksköterskor inom den kommunala hemsjukvården och i allmän praksis. Utbildningen (60 ECTS-poäng) kommer att titeln specialistsjuksköterska i medborgarnära sjukvård (Specialsygeplejerske i Borgernær Sygepleje).[61]

Som en del av den danska regeringens ”sammanhangsreform”[62] har man också initierat en översyn av styrningen inom hälsoområdet. Målsättningen är att utveckla nya styrmodeller som säkerställer en mer sammanhållen vård och behandling och mer patientnära behandlingsförlopp. Förslag ska presenteras under våren 2018 och medel finns avsatta för genomförande 2018–2021.

Den danska akutvården håller på att omorganiseras med avsikt att lägga större tyngd på den prehospitala vården samt utbyggda akutmottagningar med seniora specialister.[63] Ur detta perspektiv är Köpenhamnsregionens organisation intressant (Region Hovedstaden). Som

[59] Sundheds og ældreministeriet, *Sundhed, hvor du er*, december 2017, s. 6.
[60] Region Sjaelland, *Ansøgning til Pulje til etablering af læge- og sundhedshuse*.
[61] Sundheds og ældreministeriet, *Sygeplejersker får ny specialuddannelse i kommuner og almen praksis*, 2018-08-02.
[62] Regeringen, *Sammenhængsreform*.
[63] OECD, *Denmark: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 8.

enda region av de fem danska regionerna har man valt att organisera den prehospitala vården som ett sammanhängande förlopp. Politiskt beslut om detta fattades 2008 och förändringarna har sedan införts stegvis. 2009 togs nya kontrakt fram för ambulansverksamheten som innebar större organisatoriska förändringar och att mer verksamhet gick över i egen regi, eller underleverantörer till dem. Från och med 2011 tar regionens prehospitala verksamhet dessutom emot alla samtal – från hela Danmark – till 112 som rör medicinska frågor. 2012 etablerades ”Akutberedskapen” som en egen verksamhet med ansvar för bl.a. ambulans, akutläkarbilar och beredskapsverksamhet. Om ambulans skickas ut och de ser att det ej är behov av inläggning, kan de koppla upp sig mot resten av systemet för att istället boka in t.ex. hembesök (de kan dock inte boka in patienten direkt till hens allmänläkare).

År 2012 startades även rådgivningstelefonen ”1813”. Dagtid förväntas medborgarna i vanlig ordning vända sig till sin egen allmänläkare (som utgör ”grindvakt” till övrig vård.) Före 2013 var det till ”legevakten” som medborgarna skulle vända sig om man behövde hjälp efter allmänläkarnas ordinarie arbetstid. Så är det också fortfarande i övriga danska regioner. Sedan 2013 gäller dock för Köpenhamnsregionens invånare att de efter kl. 16.00 istället ska vända sig med frågor som inte kan vänta till nästa dag till ”1813”, som sedan, utifrån ett beslutstöd – och med översyn över kapacitet på olika sjukhus – triagerar patienterna vidare till olika vårdnivåer (inklusive psykiatri och tandvård) alternativt ger råd om egenvård.

Sedan 2014 är det inte längre tillåtet för invånarna att vända sig direkt till akutsjukhusen (cirka 18–20 procent gör det fortfarande). Istället är det ”1813” som avgör om invånaren ska till sjukhus, till den egna allmänläkaren (nästa dag) alternativt ska stanna hemma. Cirka 35–37 procent skickas till akutmottagning, större delen ges rådgivning, och invånarna är generellt nöjda. Den största effekten av den förändrade organisationen uppges vara att väntetiden tillbringas hemma istället för i väntrummet, och väntetiderna är kortare. Peakarna från akutmottagningarna är nu flyttade till ”1813”.[64]

[64] Utredningens besök vid den prehospitala verksamhet, 2018-01-29.

3.3.3 Finland

- Andel av BNP till hälso- och sjukvård: 9,4 procent (2015).
- Andel av landets kostnader för hälso- och sjukvård som går till Primärvården: ingen uppgift[65].
- Antal läkare per 1 000 invånare: 3,21 (2014).
- Andel allmänläkare av totala läkarkåren: 37,45 procent (2015).
- Förväntad livslängd för kvinnor/män
  - vid födsel: 84,4/78,7 år (2015)
  - vid 40 års ålder: 45,1/39,9 år (2015).

Allmänt om hälso- och sjukvården

Även det finska hälso- och sjukvårdssystemet är i hög grad decentraliserat (även om reformer för att centralisera mer är på gång, se ”Reformer med bäring på primärvården” nedan). Den statliga nivån är ansvarig för lagstiftning och att utveckla och implementera policies och reformer, men det är den lokala nivån som huvudsakligen organiserar sjukvården. Kommunerna (i dagsläget över 300) ansvarar för att tillhandhålla grundläggande service såsom skola, hälsa och omsorg. De finansierar och organiserar primärvård (ofta gemensamt) och utgör totalt 20 olika sjukhusdistrikt, i vilka de finansierar och tillhandhåller sjukhusvård.

Den finska hälso- och sjukvården finansieras dels genom kommunala skatter och dels genom den nationella sjukvårdsförsäkringen. Den senare hanteras av ”Folkpensionsanstalten (FPA)” vilken svarar inför riksdagen. Sjukförsäkringsfonden har två delar – en arbetsinkomstförsäkring och en sjukvårdsförsäkring – och är bl.a. ansvarig för att finansiera öppenvårdsmediciner, hälsorelaterade resekostnader och sjukersättning samt föräldraförsäkring. Utöver det subsidierar den även kostnader för företagshälsovård (vilket finska arbetsgivare är skyldiga att tillhandhålla sina anställda).[66]

[65] Som tidigare redogjorts för finns det inga gemensamma definitioner för primärvård, och inte heller några standarder för hur det ska mätas. Motsvarande uppgift finns inte heller för Sverige i den studie som är vår källa, Kringos m.fl 2015 (Vol 1).
[66] FPA, *FPA finansiering 2016*.

År 2015 spenderade Finland 9.4 procent av sin BNP på hälso- och sjukvården. Cirka 74 procent av vården är offentligt finansierad och privat finansiering står för cirka 26 procent (betydligt högre än i övriga nordiska länder). Den privata finansieringen utgörs främst av patientavgifter (20 procent). Sådana finns för de flesta av de tjänster kommunerna tillhandahåller, med ett årligt tak/högkostnadsskydd på 691 euro. Vissa tjänster är dock avgiftsfria för vissa grupper, såsom t.ex. primärvård för barn samt barn- och mödrahälsovård. Även för mediciner finns ett tak/högkostnadsskydd, om 605 euro per år.[67]

Finland har 3.2 läkare/1 000 invånare (under EU-snittet på 3.6) och 14.6 sjuksköterskor/100 invånare (över EU-snittet på 8.4). På senare år har det också skett en förflyttning mot alltmer utökade funktioner för sjuksköterskor, även om antalet som har dessa utökade roller fortfarande är relativt litet.

Överlag anser sig 70 procent av finländarna ha en god hälsa. Dessa fördelar sig dock ojämnt mellan olika inkomstgrupper. I den högsta inkomstkvintilen är det 82 procent som anser sig ha god hälsa men bara 56 procent i den lägsta. Skillnaden/ojämlikheten mellan dessa grupper är därmed större än i både Sverige, Danmark och EU.[68] Liksom i de flesta andra länder är också levandsvanerelaterade riskfaktorer mycket mer vanligt förekommande i grupper med lägre utbildning eller inkomstnivå (undantaget ”berusningsdrickande” bland vuxna som är något mer frekvent bland högutbildade).[69] 4 procent av finländarna anser sig ha hälsobehov som ej tillgodoses, vilket är högre än EU-snittet på cirka 3 procent. Den främsta anledningen till dessa icke tillgodosedda behov är väntetider. Dubbelt så många lågutbildade som högutbildade uppgav att de hade icke tillgodosedda hälsobehov.[70]

Dagens primärvård

Primärvården i Finland omfattar ett relativt brett tjänsteutbud inom öppenvård samt sjukdomsförebyggande, tandvård och mödra- och barnhälsovård. Dessa tjänster tillhandahålls i hälsocenter och i före-

[67] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 6–7, 11.
[68] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 4.
[69] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 5.
[70] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 11.

tagshälsovårdsenheter. Hälsocenter har vanligen även enheter för intagna patienter, framför allt för patienter med kroniska sjukdomar och långvarigt vård- och omsorgsbehov.[71] Otillräcklig koordinering mellan sjukhusdistrikten och primärvårdsmyndigheterna lyfts som en utmaning, liksom en mer integrerad vård generellt. Koordinering mellan offentliga och privata vårdgivare lyfts också specifikt som en utmaning. Detta bedöms bl.a. bero på uppdelat ansvarsutkrävande för primärvården, övrig specialistvård och vård på särskilda boenden. Även ersättningssystemens brist på incitament för att stärka koordineringen mellan vårdgivare ses som en faktor.

För att förbättra koordineringen har Finland bl.a. investerat i eHälsa. Ett gemensamt nationellt harmoniserat elektroniskt journalsystem (the national Patient Data Repository, ”KANTA”) har införts som omfattar alla offentliga och privata vårdgivare. Sedan 2016 omfattar KANTA hela befolkningen och det inkluderar obligatorisk elektronisk förskrivning av mediciner och även en hälsoportal för medborgare där man kan se sin egen hälsoinformation.

Reformer med bäring på primärvården

Den finska regeringen är på väg att genomföra omfattande reformer av den finska hälso- och sjukvården. Den s.k. Landskaps- och vårdreformen innebär att nya landskap inrättas, att social- och hälsovårdens strukturer, tjänster och finansiering reformeras och att nya uppgifter överförs till landskapen. Det uttalade målet för dessa reformer är att förbättra jämlikheten, tillgängligheten och effektiviteten i hälso- och sjukvården och omsorgen, med kostnadskontroll. Ett övergripande mål är att bryta kurvan av ökade utgifter genom kostnadsbesparingar. De huvudsakliga föreslagna ändringarna är:

- Administration: ansvar för organisering och tillhandahållande av hälso- och sjukvård och omsorg flyttas från dagens kommuner till 18 landskap (en ny självstyrande förvaltningsnivå som dock motsvarar nuvarande landskapsindelning). Antalet organisationer som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovården och kommunernas gemensamma lagstadgade organisationer minskas därmed från närmare 190 olika ansvariga myndigheter till 18 landskap.

[71] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 8.

- Finansiering: förflyttning från ett system med flera finansiärer till ett system med en ensam finansiär, finansierat genom generell skatt.
- Tillhandhållande av tjänster: en uppdelning av rollerna som inköpare och utförare av vård introduceras. Utökad valfrihet, stärkt kontinuitet och integrering av tjänster samt centralisering av akutsjukvården och vissa specialisttjänster.[72]

Landskapen får ingen beskattningsrätt. Huvudprincipen är att de får finansiering från staten utifrån vilka tjänster kunderna i landskapet behöver. Avsikten är att reformen ska träda i kraft den 1 januari 2020.[73] Landskapslagen, lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om kundens valfrihet inom social- och hälsovården behandlas samtidigt i den finska riksdagen under våren 2018. Tentativt väntas beslut i juni 2018. Landskapsval hålls sedan i oktober 2018.[74]

3.3.4 Storbritannien, med viss fördjupning i Skottland

- Andel av BNP till hälso- och sjukvård: 9,9 procent (2015).
- Andel av landets kostnader för hälso- och sjukvård som går till Primärvården: 19,9 procent (för England).
- Antal läkare per 1 000 invånare: 2,81 (2016).
- Andel allmänläkare av totala läkarkåren:27,99 procent (2016).
- Förväntad livslängd för kvinnor/män
  - vid födsel: 82,8/79,2 år (2015)
  - vid 40 års ålder: 43,7/40,5 år (2015).

Allmänt om hälso- och sjukvården

I Storbritannien har de fyra nationerna (England, Skottland, Wales och Nordirland) egna skattebaserade hälso- och sjukvårdssystem. Samtliga utgår dock från en offentlig nationell ”hälsomyndighet”

[72] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 6.
[73] Landskaps- och vårdreformen, *Allmän presentation av landskaps- och vårdreformen.*
[74] Landskaps- och vårdreformen, *Tidtabell*.

(National Health Service, NHS) och tillhandhåller omfattande offentlig hälso- och sjukvård till invånarna, utan patientavgifter vid vårdtillfället. Totalt lägger UK 9.9 procent av sin BNP på hälso- och sjukvården (i paritet med EU-snittet) och offentliga källor står för cirka 80 procent av den totala kostanden för hälso- och sjukvården. Den största andelen, 29,8 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna går till öppenvården (inklusive mobil vård) och cirka 28,7 procent går till slutenvården.[75]

Lokala myndigheter har en viss frihet vad gäller vilka tjänster man väljer att tillhandahålla inom ramen för sin budget och skillnader förekommer t.ex. vad gäller elektiv kirurgi och IVF-behandling. Patienters direkta kostnader vid vårdtillfällen/för mediciner är relativt låg och förkommer framförallt för receptbelagda mediciner, tandvård, glasögon samt vården för personer med långvarigt vård- och omsorgsbehov (long term care).

Jämfört med EU-snittet (3,6) har UK få läkare (2,8) per 1 000 invånare. Likaså har man få och sedan 2013 minskande antal, sjuksköterskor per 1 000 invånare jämfört med EU-snittet (7,9 jämfört med 8,4).[76]

Vid 65 års ålder har kvinnor en förväntad återstående livslängd om 20,8 år och män 18.6 år. Av dessa år kan kvinnor förvänta sig att cirka 50 procent är friska år och män cirka 55 procent.[77] Stora ojämlikheter finns vad gäller förekomst av t.ex. kroniska sjukdomar. Jämfört med de som har högst utbildning har de med lägst utbildning en 50 procent högre risk att drabbas av astma, nästan dubbelt så hög risk att drabbas av depression och nästan 2,5 gånger så hög risk att de har diabetes.[78] Dessa ojämlikheter återfinns också vad gäller hur stor andel av befolkningen som anser sig ha god hälsa. På totalen anser sig cirka 70 procent av Storbritanniens befolkning ha en god hälsa. I den övre inkomstkvintilen är det dock 80 procent som anser sig ha god hälsa och i den lägre enbart 60 procent. Vad gäller icke-tillgodosedda behov av hälso- och sjukvård fördelar de sig dock förhållandevis jämt mellan olika inkomstgrupper, tack vare frånvaron av finansiella hinder för att få tillgång till vård.[79]

[75] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 14.
[76] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 7.
[77] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 2.
[78] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 4.
[79] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 11.

Dagens primärvård

Primärvården i Storbritannien är generellt sett uppbyggd kring allmänläkarmottagningar med team av allmänläkare, sjuksköterskor och stödpersonal och står för första linjens hälso- och sjukvård samt innehar en grindvaktsroll till övrig specialistvård.[80] Traditionellt sett bestod allmänläkarmottagningarna av egenföretagare, som arbetade själva eller i partnerskap, men på senare tid har det skett en ökning av löneanställda allmänläkare, vilka år 2007 utgjorde cirka 20 procent av allmänläkarna. Egenföretagare ersätts via en mix av kapitering och betalning per tjänst.[81]

Patienter kan fritt välja vilken allmänläkare de vill registrera sig hos, inom sitt boendeområde, även om det finns rapporter om att vissa patienter har svårigheter att registrera sig.[82] 2003 låg den genomsnittliga listningen per läkare i hela Storbritannien på 1 745 patienter/läkare. Allmänläkarnas ansvar regleras i kontrakt, vilka bl.a. ålägger dem att tillhandahålla tjänster mellan kl. 8.00 och 18.30.[83]

Via NHS ges även tillgång till distriktssköterskor, barnmorskor, hembesök, familjeplanering och fysioterapi, utan patientavgifter. Dessa kan vara knutna till en allmänläkarpraktik eller till ett geografiskt område. Transporter till sjukhus är gratis för låginkomsttagare om det finns ett bedömt behov av sjukhusvård.

Liksom i Sverige är socialtjänst och hälso- och sjukvård uppdelade i England, Wales och Skottland (Nordirland har dock ett integrerat upplägg). I dessa tre nationer är den sociala omsorgen finansierad genom de lokala styrande myndigheterna och utförs huvudsakligen av privata genomförare. På olika håll pågår dock nu olika initiativ för att få till en bättre integration mellan hälso- och sjukvård och social omsorg/socialtjänst.

[80] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 8.
[81] Kringos, DS, et al, *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 2, 2015, s.298.
[82] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, s. 12.
[83] Kringos, DS, et al, *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 2, 2015, s. 299.

Reformer med bäring på primärvården

- *England*

Englands senaste långsiktiga policy för hälso- och sjukvården (Next Steps on the Five Year Forward View NHS England, 2017) tonar ner marknadernas och konkurrensens roll och signalerar ett steg tillbaka från uppdelning i inköpare/utförare för att istället lyfta modeller som främjar samarbete på lokal nivå. Sedan 2015 pågår också en rad initiativ kring nya vårdmodeller (s.k. 'vanguard' sites) och organisatoriska former, med syfte att förbättra koordineringen, kunna leverera mer integrerad vård och mer vård utanför sjukhusen. Förhoppningen är att detta ska bidra till både förbättrad kvalitet och effektivitetsvinster.[84]

I juli 2015 lämnade den engelska kommissionen för primärvårdens arbetsstyrka sin slutrapport, till "Health Education England" (en myndighet för ledarskap och utbildning som sorterar under Storbritanniens hälsodepartement). Kommissionens uppdrag var att identifiera och lyfta fram innovativa modeller för primärvård som kan möta framtida behov hos patienter och NHS. Kommissionen beskriver sin vision för framtidens primärvård som en primärvård med aktivt samarbete mellan vårdens medarbetare och personerna som de är till för. En primärvård med en bredare bas av olika yrkeskategorier, och med mer samarbete mellan olika praktiker samt med t.ex. apotek. Givet komplexiteten i många personers hälsobehov och behovet av att engagera människor i sin egen vård kommer många besök att behöva vara längre. Samtidigt kommer man att bättre kunna nyttja teknologins möjligheter för att kunna kommunicera med patienter samt ge stöd till dem för egenvård. Vården kommer även i högre grad, där relevant, kunna guida patienter till resurser hos lekmanna- och frivilligorganisationer utanför hälso- och sjukvården. Visionen beskriver vidare hur även läkare och sjuksköterskor på sjukhus kommer att arbeta mer tillsammans med andra närmre medborgarna, bl.a. vad gäller vård av äldre. I rapporten ges sedan 38 rekommendationer för hur man ska uppnå denna vision. Rekommendationerna tar sikte på en multidisciplinär arbetsstyrka i primärvården, bättre nyttjande av teknologi, nätverk mellan praktiker, integrerad vård, kvalitet och säkerhet i primärvård, grupper med speciella behov, utbildning och

[84] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, s. 15.

fortbildning samt bättre data för uppföljning och evidensbaserad utveckling.[85]

I HEE:s svar, gällande de rekommendationer som rör deras uppdrag, konstateras att flera av rekommendationerna redan är en del av HEE:s strategi och i hög grad möjliga att implementera förhållandevis snabbt. Man framhåller dock, liksom kommissionen, att de rekommendationer som kräver kulturförändringar eller utveckling som skär över flera organisationsgränser kommer att ta längre tid.[86]

- *Skottland*

För att möta utmaningarna som följer med en åldrande befolkning och ändrad epidemiologisk börda har skotska regeringar sedan 1999 arbetat systematiskt för att bättre integrera hälso- och sociala tjänster, och därigenom förbättra hälsoutfallen. År 1999 etablerades 79 lokala hälsovårdskooperativ runtom i landet som sammanförde allmänläkare med andra primärvårdsmedarbetare samt socialarbetare. Tillsammans skulle de tillhandahålla en rad primärvårds- och samhälls-/omsorgstjänster och främja gemensamt arbete med lokala myndigheter och frivilligsektorn. Därefter har utvecklingen skett i flera olika steg. De har bl.a. inkluderat ett nationellt ramverk för att få det skotska NHS att fokusera mer på preventivt arbete och flytta fokus från akutsjukhus till miljöer närmre invånarna (2005). Detta ramverk följdes 2007 av en femårsplan från den skotska regeringen som gav NHS i uppdrag att leda arbetet att, tillsammans med partners, flytta ut mer vård från sjukhusen och närmre invånarna. 2014 antogs så till slut lagen som lägger grunden för dagens system ”Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Bill”.

Denna lag ålägger relevanta aktörer att integrera såväl planering som utförande av hälso- och sjukvård och sociala tjänster. I och med lagen har partnerskapsarrangemang mellan hälso- och socialmyndigheter etablerats runtom i landets 32 olika områden. Varje partnerskap kan välja om man vill utse en ”ledarmyndighet” av de två, alternativt om man vill skapa en gemensam styrelse, med en egen chefstjänsteman, till vilken bägge myndigheterna delegerar ansvar. Oavsett vilken av dessa två former de s.k. ”integrationsmyndigheterna” tar så ska de

[85] The Primary Care Workforce Commission, *The future of Primary Care-Cretaing teams for tomorrow*, 2015.
[86] Health Education England, *Response to ”The future of primary care: Creating teams for tomorrow”*.

etablera en integrerad budget för att stödja genomförandet av de integrerade funktionerna. Dessa måste omfatta socialtjänst för vuxna, hemsjukvård/vård i närmiljö (community health care), vissa delar av sjukhusvård för vuxna samt syfta till att stödja prevention och förbättrade hälsoutfall. Varje integrationsmyndighet etablerar också en ”strategisk uppdragsplan” (commissioning plan), vilken konsulteras brett med olika intressenter såsom patient- och brukarorganisationer.

Ett nationellt ramverk är under utvecklande för att kunna följa upp effekterna för invånarna av den integrerade hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Nio nationella önskade resultat för hälsa och välmående har fastslagits, vilka tar sikte på kvalitet och sammanhang/kontinuitet i tjänster för såväl individer som vårdgivare, deras familjer och de som arbetar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. De lokala hälso- och sjukvårds- samt socialtjänstmyndigheterna och integrationsmyndigheterna är gemensamt ansvariga för att uppnå dessa resultat.[87] Indikatorer för att följa upp utvecklingen vad gäller de önskade resultaten har tagits fram och testats i piloter, varefter 23 kärnindikatorer har kopplats till de nio nationella önskade resultaten.[88]

3.3.5 Nederländerna

- Andel av BNP till hälso- och sjukvård: 10,7 procent (2015).
- Andel av landets kostnader för hälso- och sjukvård som går till Primärvården: 14,7 procent (2008).[89]
- Antal läkare per 1 000 invånare: 3,47 (2015).
- Andel allmänläkare av totala läkarkåren: 44,61 procent (2015).
- Förväntad livslängd för kvinnor/män
  - vid födsel: 83,2/79,9 år (2015)
  - vid 40 års ålder: 43,9/41 år (2015).

[87] Eurohealth, *Developing integrated Health and Social care models in Scotland*, 2016, *s. 11–15.*
[88] Skottlands regering, *National Health and Wellbeing Outcomes: Information Framework*.
[89] Kringos, DS, et al, *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 2, 2015.

Allmänt om hälso- och sjukvården

Nederländerna har ett försäkringsbaserat hälso- och sjukvårdsystem, som täcker in hela befolkningen (98.4 procent år 2014).[90] Före 2006 byggde systemet på en socialförsäkring kombinerat med privata försäkringar för dem med mer resurser. År 2006 genomfördes dock en omfattande reform vilken etablerade en enda privat försäkringsmarknad med reglerad konkurrens. I dag är det obligatoriskt för alla invånare att ha en försäkring som täcker ett definierat åtgärdspaket. Försäkringsgivare måste acceptera alla som ansöker om en försäkring och förväntas kontraktera tjänsteleverantörer baserat på kvalitet och pris. Regeringen övervakar hälso- och sjukvårdsförsäkringen och dess marknader, med hjälp av olika myndigheter.

2006 års reform gav även patienterna en viktig roll som marknadsaktör. I och med detta har patientdeltagande blivit en allt viktigare policyfråga i Nederländerna. Offentligt finansierade vårdgivare har ända sedan 1996 haft krav på sig att ha ett representativt klientråd. Dessutom måste försäkringsgivarna involvera patienter i inköpsbeslut. [91]

För barn täcks försäkringen av regeringen. Vuxna betalar en områdesbaserad taxa till sin försäkringsgivare samt ett inkomstrelaterat bidrag via sin arbetsgivare. Dessa går till en central fond, vilken sedan fördelas mellan försäkringsgivare baserat på riskjusteringar. Cirka 40 procent av de försäkrade får ett skatteavdrag för att köpa sin hälso- och sjukvårdsförsäkring. Det har kommit alltmer krav på kostnadsdelning/patientavgifter, men det är fortsatt avgiftsfritt att besöka allmänläkare samt mödravård och distriktssköterska. En stor majoritet (81.4 procent år 2015) köper även kompletterande försäkringar – utöver den obligatoriska – för att täcka in tandvård och fysioterapi.[92]

Vid 65 års ålder är den resterande förväntade livslängden 18,4 år för män (har ökat från 15,4 år 2000) och 21,1 år för kvinnor (19,3 år 2000). Medan män överlag får spendera 57 procent av den tiden vid god hälsa är motsvarande andel för kvinnorna bara 45 procent (år 2015).[93] Enbart 5 procent av holländarna upplever sig ha dålig hälsa, men det finns en tydlig ojämlikhet i hur denna grupp fördelar sig på

[90] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, s. 10.
[91] OECD, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 15.
[92] OECD, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 5–6.
[93] OECD, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 2.

befolkningen. I den högsta inkomstkvintilen[94] uppger enbart 2 procent att de har dålig hälsa men i den lägsta inkomstkvintilen är det 10 procent som upplever sig ha dålig hälsa. Det är även tydliga skillnader i förekomst av t.ex. diabetes utifrån utbildningsnivå, där grupper med lägre utbildning har betydligt högre prevalens än grupper med högre utbildning.

Dagens primärvård

Sedan 2002 har Nederländerna haft ett fokus på att flytta över mer av vården från den sekundära vårdnivån till primärvården. Det gäller framförallt för kroniska sjukdomar och enkla, lågriskbehandlingar såsom t.ex. mindre kirurgi. Primärvården fungerar också som grindvakt för besök på sjukhus och övrig öppen specialistvård.

Den holländska primärvårdens medarbetare återfinns alltmer i större organisatoriska enheter, såsom hälsocentraler, och i multidisciplinära team. 85 procent av allmänläkare är egenföretagare och 15 procent är avlönade av en allmänläkare som är egenföretagare.[95] Alla invånare är registrerade hos en allmänläkare. I princip har invånare rätt att själva välja sin allmänläkare men dessa kan också säga nej, t.ex. p.g.a. att personen bor för långt från läkarmottagningen eller för att läkaren har för många patienter på sin lista. Normen för liststorleken är mellan 800 och 2 750 patienter. 2008 låg den genomsnittliga listan på 2 322 patienter.[96]

Vanligen samarbetar samhälls-apotekare/farmaceuter på ett strukturerat sätt med allmänläkare inom sitt upptagningsområde. Arbete med kompetensväxling har lett till nya positioner som ”practice nurses, nurse practitioners, nurse-specialists” (vilka också får förskriva läkemedel) och läkarassistenter. Allmänläkare har ett förstalinjen ansvar även för psykisk hälsa och cirka 80 procent av allmänläkarpraktikerna har specialistsjuksköterskor för psykisk hälsa anställda hos sig.

[95] Kringos, DS, et al, *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 2, 2015, s. 184.
[96] Kringos, DS, et al, *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 2, 2015, s. 186.

Allmänläkare ersätts genom en kombination av ersättning per tjänst, kapitering, paketbetalningar för olika ”paket” av integrerad vård samt resultatbaserade ersättningar.

Behov av primärvård utanför kontorstider täcks genom cirka 122 speciella center för just detta syfte. I snitt finns ett sådant inom 6.2 km avstånd för varje medborgare.[97]

Folkhälsotjänster är primärt kommunernas ansvarar och de tillhandahåller tjänster kopplade till hälsofrämjande, screening, vaccinering och ungdomshälsa. [98]

Reformer med bäring på primärvården

År 2015 reformerade Nederländerna vården för personer med långvarigt vård- och omsorgsbehov (long term care), med syfte att begränsa kostnader samt att göra den mer personcentrerad och mindre institutionaliserad.[99] Kommunerna tog över ansvaret för social omsorg/vård, dock med en minskad budget eftersom lokalt organiserad vård antogs bli mer effektiv. Försäkringsgivarna tog över ansvaret för hemsjukvård given av sjuksköterskor och distriktssköterskor fick en nyckelroll när det gäller att integrera vård och stöd.

Nederländerna har också sedan 2007 prövat en ersättningsform med kapitering för patienter med kroniska sjukdomar (typ 2 diabetes, KOL och ”hjärt-kärlsjukdom”) där vårdgivaren har ett totalt ansvar under ett år och där patienten kan välja vårdgivare. För typ 2 diabetes består ersättningen i en samlad ersättning per patient som betalas ut en gång per år för all standarddiabetesvård. Betalningen sker till ”vårdgrupper” som vanligen består av grupper av allmänläkare, vilka ansvarar för att tillhandahålla vård. De kan sedan i sin tur välja att utföra alla tjänster själva eller underkontraktera andra aktörer, däribland sjuksköterskor eller andra grupper av vårdpersonal för vissa delar av de tjänster som ingår i paketet. Små kvalitetsförbättringar har observerats för flera process- och utfallsindikatorer, däribland BMI, samt blodtrycks- och kolesterolvärden.[100]

[97] OECD, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, s. 12.
[98] OECD, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, s. 7.
[99] OECD, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, s. 5.
[100] Vårdanalys, *PM 2017:4, Primärvården i Europa – En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse*, 2017, OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017.

4 Nulägesbild: vad har hänt sedan förra delbetänkandet?

För vårt uppdrag att stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård ska denna utredning ta avstamp i förslagen från betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:02). Det betänkandets många förslag tar sikte på ett antal olika aspekter och riktar sig också till en rad olika aktörer och nivåer i hälso- och sjukvården, inte bara den statliga nivån. Till sin natur är förslagen därför också olika. Vissa tar sikte på ändringar i lagar och andra regelverk, andra uppmanar till ökad samverkan (i olika utsträckning reglerad) och åter andra har snarare ett signalvärde i att tydliggöra centrala principer som olika aktörer bör utgå ifrån och införliva i sin egen verksamhet. Förslagen berör också allt ifrån specifika problem till övergripande styrande principer för svensk hälso- och sjukvård.

Som vi beskrev i vårt första delbetänkande har olika administrativa nivåer, organisationer och verksamheter runtom i Sverige arbetat vidare i linje med analysen och förslagen i Effektiv vård[1]. Liksom i vårt förra delbetänkande vill vi här bidra till att ge en viss överblick av olika arbeten som direkt eller indirekt knyter an till förslagen i Effektiv vård och vårt uppdrag. Översikten fokuserar på utvecklingen sedan vi lämnade vårt första delbetänkande, och kan med fördel läsas tillsammans med kapitel 3 i vårt första delbetänkande för att få en mer samlad bild. Översikten är dock inte exklusiv och av praktiska skäl begränsas den framför allt till arbete på nationell nivå. Vissa relaterade arbeten återges i stället i kapitel 5, 6, 7, givet deras mer direkta kopplingar till de frågor vi analyserar i de kapitlen.

[1] SOU 2017:53, *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, kapitel 3.

4.1 Förslag från betänkandet Effektiv vård som tagits vidare i olika processer[2]

4.1.1 Styrande principer

Vården ska ges nära befolkningen

Effektiv vård menade att de styrande principer som fanns i den tidigare 5 § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) var föråldrade och i alltför hög grad utgick ifrån sjukhusvårdens perspektiv. Man föreslog därför att dessa skulle ersättas av nya principer som anger närheten till patienten som en inriktning för vårdens organisation (se vidare i SOU 2016:2, kapitel 7). Effektiv vård lämnade också förslag på utformningen av sådana principer vilka innebar att; vården ska ges nära befolkningen om det inte är motiverat att koncentrera vården av kvalitets- eller effektivitetsskäl; Vården ska ges som öppen vård i första hand; Sluten vård kan ges när vården inte kan ges som öppen vård och sluten vård kan ges på vårdinrättning eller annan plats.

Av direktiven till vår utredning framgår att förslagen om ändrade styrande principer är ett av de förslag från Effektiv vård som vi med nödvändighet ska beakta och analysera vidare. Vi gjorde så i vårt första delbetänkande (SOU 2017:53) där vi lämnade förslag på en ny bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) med innebörden att:

– hälso- och sjukvården ska ordnas nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera den geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl.

– vården ska ges som öppen vård i första hand.

Vi konstaterade även att ytterligare analys behöver göras av definitionerna av öppen och sluten vård i syfte att säkerställa att systemets beroende av dessa inte hindrar organisering av vården utifrån patientens behov och högsta möjliga effektivitet.

I slutet av maj 2018 förväntas riksdagen fatta beslut om proposition 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti. Propositionen är baserad på utredningens första delbetänkande och innebär att det i 7 kap. HSL införs en ny

[2] Rubrikerna motsvarar namnen på de kapitel i Effektiv vård där motsvarande förslag presenterades.

bestämmelse (2 a §) som innebär att landstinget ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt. Givet att vår utredning efter överlämnandet av det första delbetänkandet fått tilläggsdirektiv (dir. 2017:97) att analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård avstod regeringen i aktuell proposition från att lägga förslag som berör dessa begrepp. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

Utredningen kommer i enlighet med tilläggsdirektiven redovisa sin analys av ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård i slutbetänkande, vilket ska överlämnas till regeringen senast i mars 2019.

4.1.2 Minskad detaljstyrning

Vårdgarantin ska vara behovsstyrd och tidsfristen tre dagar

Effektiv vård föreslog att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti inom primärvården skulle ändras så att den enskilde inom viss tid fick en medicinsk bedömning inom primärvården, av den profession som bäst kan möta patientens behov (i stället för att vårdgarantin, som tidigare, enbart skulle omfatta läkarbesök). Vidare föreslogs att tidsfristen skulle anges till tre dagar, i stället för tidigare sju dagar, om en bedömning inte kunde göras direkt när den enskilde söker kontakt med primärvården (se vidare SOU 2016:2, avsnitt 11.2).

Av direktiven till vår utredning framgår att förslagen om en professionsneutral vårdgaranti är ett av de förslag från Effektiv vård som vi med nödvändighet ska beakta och analysera vidare. Vi gjorde så i vårt första delbetänkande där vi fördjupade analysen och lämnade förslag på det vi valde att kalla en ”behovsstyrd vårdgaranti”, i stället för ”professionsneutral” vårdgaranti. Detta namnbyte gjorde vi på inrådan av våra referensgrupper. Som de framhöll så leder termen ”professionsneutral” fel. Det ger intrycket av att det är neutralt – att det inte spelar någon roll – vilken yrkesgrupp du träffar, vilket inte är fallet. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkeskategori patienten träffar. Ibland är det en läkare, en annan gång kanske en fysioterapeut, sjuksköterska eller kurator. På samma sätt som med den hittillsvarande vårdgarantin i HSL reglerar dock inte förslaget i

sig vem det är patienten ska träffa (även om det är ett vanligt missförstånd att tidigare reglering innebär att man alltid har rätt att träffa läkare i primärvården inom sju dagar). Vårdgarantin i sig reglerar inte *om* vård ska ges eller *vilken* vård som kan komma i ifråga. De besluten vilar, som alltid, på avgöranden av de medicinska professionerna. Det innebär i sin tur att vårdgarantin är beroende och begränsas av de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården, såväl mellan patienter som har samma sjukdom, som mellan olika sjukdomsgrupper. Sådana prioriteringar ska alltid utgå från den av riksdagen fastställda prioriteringsordningen (se avsnitt 5.1.2) Det enda vårdgarantin reglerar är hur lång tid man maximalt ska behöva vänta på de olika steg i vårdkedjan som omfattas av vårdgarantin, *när* de medicinska professionerna har bedömt att de stegen behövs.

I slutet av maj 2018 förväntas riksdagen fatta beslut om proposition 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti. Propositionen är baserad på utredningens första delbetänkande och i den återfinns ett förslag om att ändra så att vårdgarantin inom primärvården innebär att landstingen ska garantera att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvård (ändring i, 9 kap. 1 §, andra punkten HSL samt Patientlagen [2014:821] [PL] 2 kap. 3 § andra punkten). I författningskommentaren förtydligas bl.a. att oftast görs en medicinsk bedömning vid ett fysiskt möte, men att bedömningen även kan göras med hjälp av olika digitala och virtuella lösningar. Det framhålls även att det är patientens behov som ska avgöra såväl vilken yrkeskategori som kommer ifråga för den medicinska bedömningen som om den bedömningen bör göras vid ett fysiskt besök eller kan göras på distans. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

4.1.3 Arbetssätt

Fortsatt översyn av kunskapsstyrningen

Effektiv vård bedömde bl.a. att statens roll, i förhållande till andra aktörer, när det gäller kunskapsstöd i hälso- och sjukvården samt förutsättningarna för att samordna kunskapsstöd från olika aktörer borde utredas vidare (se SOU 2016:2, avsnitt 12.2.2).

Den 1 juni 2017 överlämnade Kunskapsstödsutredningen (S 2015:07) sitt slutbetänkande, Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48), till regeringen. Betänkandet har remitterats och bereds i regeringskansliet.

Som vi redogjorde för i vårt första delbetänkande beslutade SKL:s förbundsstyrelse i maj 2017 att rekommendera landsting och regioner att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning (se vidare i SOU 2017:53, avsnitt 3.1.2). Under 2018 etablerar landsting och regioner, med stöd av SKL, detta gemensamma system för kunskapsstyrning. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården och därmed möjliggöra att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda i mötet med patienten och dess närstående. Förutom kunskapsstöd ingår också stöd till uppföljning och analys, samt stöd till verksamhetsutveckling och till ledarskapet i systemet för kunskapsstyrning.

I dagsläget omfattar systemet för kunskapsstyrning den verksamhet som landstingen och regionerna ansvarar för, men målet är att också hitta former för ett gemensamt arbete med kommunerna.[3]

Strukturen har i dagsläget 18 nationella programområden som i sin tur kommer att skapa nationella arbetsgrupper (NAG) inom olika diagnosområden och vid behov för specifika frågor. Ett nationellt programområde (NPO) består av experter med bred kompetens inom området och representation från samtliga sjukvårdsregioner. Alla representanter företräder regionen inom det specifika sjukdoms-/organisatoriska området. Uppdragen för varje NPO är:

- leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält,
- följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser och GAP-analyser (till exempel identifiera när det saknas kunskapsstöd),
- bidra i arbetet med hur relevanta nationella kvalitetsregister utvecklas och används,
- omvärldsbevaka,
- ordnat införande/ordnad utfasning av läkemedel/behandlingar,

[3] *SKL, Landsting och regioners system för kunskapsstyrning,* 2018-04-23.

- nivåstrukturering,
- bidra i arbete med eventuella statliga satsningar.[4]

Nationella samverkansgrupper (NSG) har bildats för att leda och samordna landsting och regioners nationellt gemensamma arbete i olika områden med utgångspunkt i befintliga nationellt gemensamma strukturer och/eller arbeten. De nationella samverkansgrupperna är:

- metoder för kunskapsstöd,
- kvalitetsregister,
- uppföljning och analys,
- läkemedel och medicintekniska produkter,
- forskning och life science,
- patientsäkerhet,
- eventuella tillfälliga satsningar.[5]

Kopplat till kunskapsstyrningsstrukturen finns även ”Styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan” (SKS). Dess uppdrag är att verka för att kunskapsstyrningen blir ett stöd för huvudmännen och vårdprofessioner. Gruppen är sammansatt av två representanter från landstings- och regiondirektörsföreningen, fyra representanter från hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket och en representant från SKL. Representanter från samtliga sex sjukvårdsregioner ska finnas med. Vid behov kan styrgruppen utökas med ytterligare ledamöter. Till sin hjälp har den NSK-regiongrupp som är beredningsgrupp till styrgruppen[6] (se även avsnitt 5.2.6).

[4] SKL, *Landsting och regioners system för kunskapsstyrning*, 2018-04-23.
[5] SKL, *Landsting och regioners system för kunskapsstyrning*, 2018-04-23.
[6] SKL, *Landsting och regioners system för kunskapsstyrning*, 2018-04-23.

4.1.4 Särskilt om kontinuitet

Patientkontrakt

Effektiv vård rekommenderade att kontinuiteten som bärande princip behöver genomsyra organisation och arbetssätt. I det betänkandet framhöll också att personlig kontinuitet är särskilt viktigt för vårdens storkonsumenter (se vidare SOU 2016:2, avsnitt 13.1).

Som vår utredning beskrev i vårt första delbetänkande aviserade regeringen under hösten 2016 en pilotverksamhet med patientkontrakt, vilken genomfördes i tre landsting, Landstinget i Kalmar län, Region Halland och Region Norrbotten, under 2017 (Se vidare i SOU 2017:53, avsnitt 3.1.3). I januari 2018 avrapporterades pilotprojektet om patientkontrakt till regeringskansliet. Pilotverksamhetens uppdrag var att utveckla ett koncept för patientkontrakt med en interaktiv sammanhållen plan. I slutrapporten beskrivs patientkontrakt som ett stöd för gemensam planering och samordning, vilket för närvarande består av fyra delar: överenskommelse, fast vårdkontakt, överenskommen tid och sammanhållen plan på 1177.se. Patientkontrakt ska leda till förbättrad samordning, delaktighet, tillgänglighet och samverkan för patienten. Rapporten framhåller även att det krävs en rensning av antalet planer och en lagstiftning som främjar samverkan mellan vårdgivare och patient. Vidare menar man att nuvarande lagstiftning i vissa avseenden utgör hinder för samverkan och därför behöver omprövas. Detta för att utifrån patientens perspektiv och behov möjliggöra att gemensamt hantera all information om vård och omsorg på en plats på 1177.se, oavsett huvudman. Från och med 2018 ingår pilotverksamheten om patientkontrakt som ett utvecklingsprojekt inom SKL, som en del av överenskommelsen om patientmiljarden.

Överenskommelsen om den s.k. patientmiljarden, vilken aviserats för åren 2018–2021, presenterades av regeringen och SKL i december 2017. Satsningen ska främja huvudmännens förutsättningar att förbättra tillgängligheten till primärvården samt en mer patientcentrerad vård genom samordning, kontinuitet och helhetssyn. Överenskommelsen inriktas mot införandet av en förstärkt vårdgaranti inom primärvården (baserat på förslagen i vårt första delbetänkande SOU 2017:53) samt att stödja införandet av patientkontrakt.

Med patientkontrakt avses en sammanhållen vårdplan över en patients samtliga vårdkontakter. Patientkontrakten ska fungera som

ett slags paraplyöverenskommelse för patientens samtliga vårdinsatser och vårdplaner, t.ex. min vårdplan inom cancervården, rehabiliteringsplan eller samordnad individuell plan (SIP). För att få ta del av insatser under överenskommelsen ska landstingen bl.a. se till att det finns dokumenterade rutiner för etablering av fast vårdkontakt som ska vara införda i verksamheten.

4.1.5 Verksamhetsstöden

Arbete under visionen för e-hälsa

Effektiv vård bedömde bl.a. att en effektiv informationshantering i hälso- och sjukvården krävde samlade insatser av regeringen och huvudmännen. Vidare menade de att staten behövde ta ett samlat ansvar för infrastruktur, regelverk m.m. (se vidare i SOU 2016:2, kapitel 14).

I vårt första delbetänkande redogjorde vi övergripande för bl.a. Socialstyrelsens instruktionsenliga uppdrag att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer samt en ändamålsenlig informationsstruktur inom sitt verksamhetsområde. Vi beskrev även övergripande den av regeringen och SKL beslutade ”Vision e-hälsa 2025”, och dess tre insatsområden samt vissa specifika pågående arbeten kopplat till dessa insatsområden (se vidare i SOU 2017:53, avsnitt 3.1.4).

Sedan vårt första delbetänkande har arbetet med läkemedelslistan gått vidare och regeringen har i april 2018 beslutat om en proposition, vilken överlämnats till riksdagen (se vidare under avsnitt 4.2.2 i detta kapitel).

I mars 2018 avrapporterade eHälsomyndigheten det uppdrag man haft tillsammans med Vinnova att utveckla ramverk för öppna standarder (N2016/04455/IF). I rapporten konstaterar eHälsomyndigheten att i deras bedömning är en nationell förvaltningsorganisation för gemensamma, nationella specifikationer en av de allra mest centrala förutsättningarna för att nå den interoperabilitet som eftersträvas på nationell nivå och målen med Vision e-hälsa 2025. Man framhåller att för att nå målen om enhetligare begreppsanvändning och standarder behövs både nationellt stöd och nationell styrning. Deras förslag på organisering och ansvarsfördelning har dock sin tyngdpunkt i det stödjande perspektivet, det vill säga att utgöra ett

nationellt stöd vid utveckling och förvaltning av gemensamma, nationella specifikationer (snarare än att vara en modell för styrning av nationell standardisering). Rapportens förslag på förvaltning av gemensamma, nationella specifikationer kan sammanfattas i tre övergripande delar:

- Utgöra kompetenscenter som ger stöd och råd i standardiseringsfrågor
- Möjliggöra kontaktpunkt för samarbete och erfarenhetsutbyte
- Tillgängliggöra nationellt gemensamma specifikationer.

Rekommendationen är att den nationella förvaltningsorganisation som föreslås i rapporten ska placeras på E-hälsomyndigheten. E-hälsomyndigheten har planerat att under 2018 etablera förvaltningsorganisationen i enlighet med förslaget i rapporten, som ett direkt bidrag till Vision e-hälsa 2025.[7]

4.1.6 Kompetensförsörjning

Nationell samordning

Effektiv vård föreslog bl.a. att regeringen skulle besluta om en stående kommitté för samverkan mellan staten och huvudmännen i fråga om kompetensförsörjning (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 16.1). Som redogjordes för i vårt första delbetänkande (se SOU 2017:53, avsnitt 3.1.5) gav regeringen under 2015 och 2016 olika uppdrag som anknyter till Effektiv vårds förslag i dessa delar. Det handlar framför allt om:

- Uppdrag till Socialstyrelsen att ge stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning
- Uppdrag till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) om samverkan kring kompetensfrågor.

Av Socialstyrelsens och UKÄ:s gemensamma årsrapport för 2017 framgår att följande aktiviteter genomförts från februari 2017 t.o.m. januari 2018:

[7] E-hälsomyndigheten, *Digitalt pedagogiskt stöd för e-hälsolösningar – Återrapportering enligt E-hälsomyndighetens och Socialstyrelsens likalydande regeringsuppdrag S2017/02466/FS*, 2018.

- Nationell konferens om framtidens vårdkompetens den 15 juni 2017.
- Dialogmöten med professionsgrupper och referensgruppsmöten (referensgruppen omfattar representanter från tre lärosäten, tre landsting, fyra kommuner och en från den privata vårdsektorn).
- Hur samverkansarenor på nationell och regional nivå kan utvecklas långsiktigt:
  - *kartläggning av samverkansformer mellan berörda aktörer inom kompetensförsörjningsområdet.* Kartläggningen visar på att det sammantaget finns cirka 100 forum för samverkan mellan landsting, regioner och lärosäten, på flera olika nivåer. De flesta forum som framkom i kartläggningen var forum på regional nivå. Kommunerna omnämndes delta i cirka femton av dessa forum. Av kartläggningen framgår också att det finns ett tiotal forum för samverkan mellan lärosäten och kommuner. I många fall är det VFU-avtal mellan aktörerna som utgör grund för samverkan.
  - *strategiska dialogmöten i samtliga sjukvårdsregioner*. Från dessa dialoger framhålls bl.a. att samverkan mellan huvudmän och lärosäten försvåras av att de har olika uppdrag (regionalt uppdrag kontra nationellt uppdrag). Dialogerna har även tydliggjort att huvudmännen och lärosätena har svårt att av egen kraft utarbeta exempelvis de gemensamma målbilder och språk eller den stödjande struktur som efterfrågas och som bedöms vara en viktig utgångspunkt för utvecklingen av samverkansarenor som stödjer en effektiv och ändamålsenlig kompetensförsörjning. Vidare konstateras att huvudmän och lärosäten har starka önskemål om att exempelvis roller och uppdrag blir tydligare, att kunskaps- och faktaunderlag samordnas bättre samt att färdriktningen ur ett nationellt perspektiv blir tydligare.
- Förbättrad tillgång till statistik och prognoser:
  - *kartläggning av befintlig statistik och de prognoser som görs.* Här konstaterades bl.a. att ingen statistik och inte heller någon prognos omfattar samtliga relevanta yrkesgrupper inom hälso- och sjukvårdsområdet. Vissa prognoser har så långa prognos-

perioder att det förefaller svårt för de olika aktörerna att förhålla sig till och agera utifrån dem. Många av prognoserna ges enbart på nationell nivå.

– *statistikbaserad flödesbeskrivning för specialistsjuksköterskor och barnmorskor*. Målet är att ta fram fungerande flödesmodeller för samtliga 21 ingående yrkesgrupper. Under våren 2018 kommer flödesanalyser till att börja med göras för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och tandhygienister (utifrån expertgruppens bedömning om vilka grupper som var mest angelägna).

– *utveckling av prognoser för kompetensförsörjningsbehov – möte med expertgrupp som stöd i arbetet.* Under senhösten 2017 påbörjades ett arbete med att ta fram en testprognosmodell. Testmodellen kommer att bygga vidare på den modell som används av Statistiska centralbyrån (SCB) i deras Trender och prognoser, kompletterat med den regionspecifika prognosmodell 2025 och den prognos för sjuksköterskor som har tagits fram i Skåne. En första pilotprognos är planerad till sommaren 2018.

- Kommunikation: kommunikationsplattform, digitala kanaler och nyheter. En separat webbplats för uppdraget, www.framtidensvardkompetens.se, lanserades i början av juni 2017. I samband med detta introducerades även ett digitalt nyhetsbrev samt en diskussionsgrupp på LinkedIn där intresserade kan följa arbetet med uppdraget och komma med tips, inspel, diskussionsinlägg med mera.[8]

Utred Sjuksköterskeutbildningen

Effektiv vård föreslog att regeringen snarast skulle besluta om en utredning för att ta ställning till utformningen av framtidens sjuksköterskeutbildning. Man framhöll framför allt behovet av att utreda specialistutbildningen för sjuksköterskor men menade att grundutbildning och specialistutbildning bör ses som en helhet, varför även grundutbildningen behövde en genomgång (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 16.2).

[8] Framtidens vårdkompetens, *Samverkan om kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården – Årsrapport för 2017*, 2018-02-20.

Regeringen beslutade den 20 juli 2017 att en särskild utredare ska se över specialistsjuksköterskeutbildningen (dir. 2017:86). Syftet med översynen är att den framtida utbildningen ska möta hälso- och sjukvårdens förändrade behov och ge studenterna den kunskap och förmåga som krävs för att självständigt arbeta som specialistsjuksköterska. Utredaren ska också se över frågor som rör vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar.

Utredaren ska bl.a.

- analysera vårdens tillgång på och behov av specialistsjuksköterskor,
- föreslå åtgärder för att öka specialistsjuksköterskeyrkets attraktivitet,
- föreslå en ny examensbeskrivning för specialistsjuksköterskeexamen,
- se över kraven på tillträde till specialistsjuksköterskeutbildningen,
- bedöma behoven av en ändrad examensbeskrivning för barnmorskeexamen,
- bedöma behoven av en specialiströntgensjuksköterskeexamen, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Utredningen leds av Kenth Nauclér och har tagit namnet ”Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar” (U 2017:08). Uppdraget ska redovisas senast den 1 november 2018.

Utred tjänstgöring inom primärvården i ST-utbildningen för organspecialister

Effektiv vård föreslog att utformningen av tjänstgöring inom primärvården för ST-läkare skulle utredas (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 16.3).

Som vi redogjorde för i vårt första delbetänkande gav regeringen i juli 2016 i uppdrag åt professor Jens Schollin att genomföra en översyn samt lämna förslag avseende läkarnas specialiseringstjänstgöring (se vidare i SOU 2017:53, avsnitt 3.1.5). Baserat på Schollins utredning presenterade Socialdepartementet i november 2017 Ds 2017:56 Bastjänstgöring för läkare. Bastjänstgöring föreslås bli en ny gemensam

klinisk introduktion till specialiseringstjänstgöringen (ST) och ska utformas som en fristående första del i ST. Förslaget är tänkt att gälla ihop med en förnyad läkarutbildning enligt förslaget från Läkarutbildningsutredningen (SOU 2013:15) och ska gälla för såväl svenskt utbildade läkare, som läkare med utbildningar från andra länder som specialiserar sig i Sverige. Socialstyrelsen föreslås utarbeta föreskrifter och målbeskrivningar utifrån tio generella lärandemål som ska representera de kompetenser bastjänstgöringen ska leda till. Vad gäller placeringen inom vården av bastjänstgöringen föreslås endast två tydliga regleringar: tre till fyra månader inom primärvård och motsvarande tid inom akutsjukvård. Dessutom anges att kunskaper inom psykiatri särskilt ska beaktas och rymmas inom bastjänstgöringen. Departementspromemorian har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

Nationella kompetenskrav för vårdens yrkesutbildningar

Effektiv vård föreslog att Socialstyrelsen skulle få i uppdrag att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 16.4).

Regeringen beslutade den 19 oktober 2017 att en särskild utredare ska överväga och lämna förslag till hur yrket undersköterska kan regleras i syfte att öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredaren ska bl.a.

- beskriva yrkets innebörd och yrkesrollens beskaffenhet,
- föreslå en ändamålsenlig reglering för yrkesgruppen undersköterska, dvs. att yrkesgruppen ska omfattas antingen av bestämmelserna om legitimation, skyddad yrkestitel eller annan reglering,
- förtydliga vilken kompetens som ska krävas, och
- lämna de författningsförslag som behövs.

Utredningen leds av Harriet Wallberg och har tagit namnet Utredningen Reglering av yrket undersköterska (S 2017:07). Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2019.

Regeringen har även gett Skolverket samt Socialstyrelsen två relaterade uppdrag i sina regleringsbrev för 2018. Socialstyrelsen ska

under 2018 sätta upp nationella kompetenskrav för undersköterskeyrket, för ökad likvärdighet i hela landet. Det kan exempelvis gälla en gemensam grundnivå för vad som ska ingå i utbildningen. Förutom att föreslå nationella kompetenskrav för yrket undersköterska, ska Socialstyrelsen beskriva vilka författningsändringar som krävs för att kompetenskraven ska kunna fastställas i föreskrift. Uppdraget ska redovisas till Socialdepartementet senast den 1 december 2018. Skolverket har fått i uppdrag att föreslå justeringar i programstruktur och examensmål för vård- och omsorgsprogrammet samt ta fram förslag till de förordningsändringar som krävs med anledning av ett införande av en undersköterskeexamen inom såväl gymnasieskolan som inom kommunal vuxenutbildning. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet) senast den 30 november 2018.

4.2 Andra för uppdraget relevanta processer

4.2.1 Andra propositioner och utredningar

God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (proposition 2017/18:249)

Regeringen överlämnade i april 2018 en proposition till riksdagen med förslag på en utvecklad folkhälsopolitik.[9] Regeringen bedömer att hälsoläget i Sverige i huvudsak är gott men att det finns påtagliga skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället som bör uppmärksammas. Man anser att villkoren bör förbättras för de grupper som är socialt och ekonomiskt mest utsatta och som därmed löper störst risk att drabbas av ohälsa och för tidig död. Propositionen understryker att folkhälsoarbetet är ett gemensamt ansvar och kräver insatser från de flesta sektorer i samhället. En strävan att minska de ojämlika förutsättningarna för en god folkhälsa bör vägleda folkhälsoarbetet inom alla sektorer och på alla samhällsnivåer. Förslagen utgår bland annat ifrån Kommissionen för jämlik hälsas slutbetänkande, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.[10] Förslagen syftar till

[9] Prop. 2018/18:249, God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.
[10] SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.*

att underlätta folkhälsoarbetet på samtliga samhällsnivåer genom en tydligare fördelning av ansvar på nationell nivå och förbättrad uppföljning av folkhälsan och utvärdering av folkhälsoarbetet med fokus på skillnader i fördelningen av hälsan i befolkningen. Regeringen föreslår följande:

Fokus på jämlik hälsa

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken omformuleras med ett tydligare fokus på jämlik hälsa. Det nya målet är att folkhälsopolitiken ska skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Åtta målområden

Folkhälsopolitikens sektorsövergripande mål- och uppföljningsstruktur med elva målområden omvandlas till åtta:

1. Det tidiga livets villkor.
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning.
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö.
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter.
5. Boende och närmiljö.
6. Levnadsvanor.
7. Kontroll, inflytande och delaktighet.
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Fysisk aktivitet och bra matvanor för alla

För att stärka det långsiktiga arbetet med matvanor och fysisk aktivitet aviserar regeringen ett delmål: Ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla.

Folkhälsomyndighetens verksamhet utvecklas

Folkhälsomyndigheten föreslås få nya uppgifter. Myndigheten bör verka för att det av riksdagen fastställda nationella folkhälsomålet uppnås och verksamheten omfatta samtliga åtta målområden. Myndigheten föreslås även få ett samordningsansvar för folkhälsoarbetet på statlig nivå och bidra till samverkan av insatser för en god och jämlik hälsa.

Pilotprojekt på regional nivå

För att skapa bättre förutsättningar för det lokala främjande och förebyggande folkhälsoarbetet vill regeringen ta initiativ till ett pilotprojekt på två länsstyrelser och Folkhälsomyndigheten. Syftet är att utveckla metoder och arbetssätt för samordning av regionalt arbete för en god och jämlik folkhälsa utifrån bestämningsfaktorerna i de åtta målområdena.

En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården (prop. 2017/18:40)

Riksdagen beslutade i mars 2018 om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.[11] Processen kommer att ersätta systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2018. Ändringen i 2 kap. 7 § HSL innebär att rikssjukvård ersätts med nationell högspecialiserad vård som är offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. Enligt 7 kap. 5 § HSL ska den myndighet som regeringen bestämmer besluta vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas.[12] Socialstyrelsen ska vara ansvarig myndighet även i den nya strukturen. Socialstyrel-

[11] Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.*
[12] Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*, s. 5.

sen ska utse sakkunniggrupper som ska gå igenom samtliga sjukdomsgrupper och lämna förslag på vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra högspecialiserad vård.[13] För att få bedriva nationell högspecialiserad vård ska det krävas tillstånd. Dagens Rikssjukvårdsnämnd ersätts av ett nytt särskilt beslutsorgan, Nämnden för nationell högspecialiserad vård. Nämnden ska bestå, utöver ordföranden, av representanter för sjukvårdsregionerna. Nämndens uppgift ska vara att, efter ansökningar från landstingen, besluta om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Tillstånden ska kunna återkallas under vissa förutsättningar.[14] I samband med att riksdagen antog propositionen uppmanade den även regeringen att tillsätta en parlamentarisk utredning för att klarlägga förutsättningarna för en ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan staten och de nuvarande huvudmännen.

Lag om försäkringsmedicinska utredningar (prop. 2017/18:224)

Regeringen lämnade i april 2018 förslag på en ny lag om försäkringsmedicinska utredningar.[15] Förslagen syftar till att skapa en sammanhållen lagstiftning om försäkringsmedicinska utredningar och samtidigt stärka de försäkrades integritet och säkerhet, se avsnitt 6.1.3. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019. Riksdagen förväntas ta beslut om propositionen den 31 maj 2018.

Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer (prop. 2017/18:138)

I mars 2018 lämnade regeringen en proposition till riksdagen med förslag om att legitimation ska införas för kuratorer inom hälso- och sjukvården och att yrkestiteln ska vara hälso- och sjukvårdskurator.[16] Syftet med förslaget är att öka patientsäkerheten, dels genom att det ställs krav på lämplighet och kompetens för att få legitimation, dels genom att legitimationen kan återkallas om hälso- och sjukvårdskuratorn exempelvis skulle vara grovt oskicklig eller uppenbart olämp-

[13] Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*, s. 37.
[14] Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*, s. 49.
[15] Prop. 2017/18:224, *Lag om försäkringsmedicinska utredningar.*
[16] Prop. 2017/18:138, *Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer.*

lig att utöva yrket.[17] Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2019. Riksdagen förväntas ta beslut om propositionen den 7 juni 2018.

En generell rätt till kommunal avtalssamverkan (prop. 2017/18:151)

Regeringen lämnade i mars 2018 ett förslag till nya bestämmelser i kommunallagen som ger kommuner och landsting generella möjligheter till avtalssamverkan.[18] Propositionen bygger bland annat på förslagen i Kommunutredningens första delbetänkande.[19] Genom avtalssamverkan ska kommuner och landsting få möjlighet att överlåta utförandet av sina uppgifter till en annan kommun eller ett annat landsting. Förslaget är tänkt att förenkla möjligheterna till kommunal samverkan och extern delegering. Till följd av förslaget om generella bestämmelser i kommunallagen föreslås även ett antal följdändringar i andra lagar. Det innebär ändringar bland annat i socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Regleringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2018. Riksdagen förväntas ta beslut om propositionen den 23 maj 2018.

Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum

Den 23 januari 2018 aviserade regeringen sitt ”Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum”. I det fortsatta arbetet har regeringen identifierat elva punkter där det behövs ytterligare insatser.

1. *En utredning om ”normalt förekommande arbete” och ”särskilda skäl”* Regeringen anser att tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete behöver analyseras närmare. En utredning har tillsatts, se vidare i avsnitt 6.1.3.
2. *Förstärkt arbete inom Försäkringskassan med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen*. Försäkringskassan ska redovisa en plan för vilka åtgärder man avser att vidta för att se till

[17] Prop. 2017/18:138, *Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer*.
[18] Prop. 2017/18:151, *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*.
[19] SOU 2017:77, *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*.

att individen ges nödvändigt stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och för att övriga aktörer involveras. Denna plan ska redovisas senast i april 2018. Därefter ska myndigheten årligen redovisa resultaten av vidtagna åtgärder i årsredovisningen fram till och med 2020.

3. *Permanent koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården.* Regeringen lämnade i mars 2018 en promemoria med förslag till en ny lag om koordineringsinsatser för patienter med behov av särskilt stöd för att främja återgång till arbetslivet.[20] Man anser att det bör införas en permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd för att främja återgång till arbetslivet. Landstingets ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. Insatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Arbetet med att koordinera vården bör dokumenteras. Dokumentationen bör ske genom journalföring gemensamt med övrig dokumentation inom hälso- och sjukvården. Lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

4. *Se över möjligheten till skäligt rådrum i SGI-skyddet*. Översynen syftar till att åstadkomma en skäligare reglering, ett rådrum, som möjliggör att SGI-skyddet inte går förlorat direkt efter avslutad sjukperiod hos Försäkringskassan.

5. *Långa sjukfall och sjukersättning*. En översyn inom Regeringskansliet har startat som genomför en fördjupad analys av orsakerna till nuvarande nivåer av nybeviljande och avslagsandelar i sjuk- och aktivitetsersättningen. I översynen ska regelverket för sjukersättningen analyseras för att säkerställa att gränsdragningen mellan vilka långtidssjukskrivna som fortsätter med sjukpenning och vilka som i stället beviljas sjukersättning är ändamålsenlig. Man ska även analysera eventuella hinder för den som har sjukersättning att delta i aktiviteter eller att prova på att återgå i arbete samt analysera behovet av ytterligare åtgärder i syfte att minska antalet långa sjukfall. Översynen ska slutföras hösten 2018.

6. *Stöd till arbete eller studier för personer med aktivitetsersättning*. För närvarande pågår ett utvecklingsarbete på Försäkringskassan. Regeringen bedömer att detta kommer att leda till att flera unga

[20] Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser.*

med aktivitetsersättning får stöd för återgång i arbete eller studier. För att stödja och säkerställa detta arbete har Försäkringskassan fått ett mål i regleringsbrevet som innebär att myndigheten ska verka för att flera unga med aktivitetsersättning ska få sitt rehabiliteringsbehov kartlagt i samverkan med Arbetsförmedlingen.

7. *Sjukförsäkringen i en föränderlig arbetsmarknad*. Visstidsanställningar har blivit allt vanligare. Det finns därför ett behov av att närmare analysera hur sjukförsäkringens regelverk förhåller sig till dagens arbetsmarknad. Dessa delar kommer ingå i den utredning som tillsätts som också ser över tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete.

8. *Ökade möjligheter till arbete inom sjukförsäkringen*. För allvarligt sjuka personer kan det vara viktigt att kunna arbeta i den omfattning som sjukdomen medger i stället för att vara sjukskrivna på heltid. Försäkringskassan och Sahlgrenska sjukhuset har i ett gemensamt projekt samverkat för att underlätta för patienter med cancersjukdom att arbeta på sin tidigare arbetsplats som en del av sin rehabilitering. Erfarenheterna från projektet bör tas tillvara. Dessa delar kommer ingå i den utredning som tillsätts som också ser över tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete.

9. Regeringen tillsatte i april 2018 en nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.[21] Utredaren ska arbeta för att göra det lättare för alla medverkande att samverka i sjukskrivningsprocessen. Arbetet ska ske i dialog med bland annat hälso- och sjukvårdens huvudmän, personal, rehabiliteringsaktörer samt patient- och brukarorganisationer.

10. *Ett Nolltoleransuppdrag: Ge stöd till individer som går från sjukförsäkringen till Arbetsförmedlingen.* Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Myndigheterna ska gemensamt se till att behov av insatser kan identifieras och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete.

[21] Dir. 2018:27, *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.*

11. *Förbättrad samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. Regeringen har gett Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen. Uppdraget ska genomföras i samråd med Läkarförbundet, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och landstingen. Uppdraget ska delredovisas i juni 2018 och slutredovisas i juni 2019.

Utredningen en nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09)

Den 17 december 2015 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare att stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå.[22] I december 2016 fick utredningen i tilläggsuppdrag att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. Vid översynen ska utredaren bedöma om det finns tvångsåtgärder som bör avskaffas, ersättas av andra tvångsåtgärder eller ändras.[23] I januari 2018 lämnade utredningen sitt första delbetänkande.[24] I det föreslår man bland annat att det ska inrättas ett särskilt utvecklings- och kontrollorgan – Nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn. Vidare föreslår man att det i patientsäkerhetslagen införs en bestämmelse om att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att lämna ut sådana uppgifter som den föreslagna nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn behöver för sin verksamhet.

[22] Dir. 2015:138, *Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa.*
[23] Dir. 2016:106, *Tilläggsdirektiv till Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa.*
[24] SOU 2017:111, *För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.*

Tillitsdelegationen (Fi 2016:03)

I vårt första delbetänkande beskrev vi att regeringen i juni 2016 beslutade att inrätta en delegation som skulle arbeta för ökad tillit i styrningen av den offentliga sektorn och välfärdstjänsterna (se vidare i SOU 2017:53. avsnitt 3.2.2).[25] I juni 2017 lämnade Tillitsdelegationen ett första delbetänkande.[26] I det görs bedömningen att all styrning av offentlig sektor måste beaktas som en helhet och att ersättningsmodeller endast utgör en avgränsad del av denna. Ersättningsmodellers betydelse bör inte överdrivas, men heller inte underskattas. Delegationen rekommenderar att styrning genom ersättningsmodeller inte bör vara mer detaljerad än vad som är nödvändigt. Detaljerade ersättningsmodeller har ofta begränsade möjligheter att uppnå avsedda effekter, i stället medför de inte sällan negativa sideoeffekter. Möjligheten till flexibilitet och innovation utifrån lokala kontexter bör särskilt beaktas. Tillitsdelegationen bedömer att ersättningsmodellernas möjligheter att styra verksamheter i önskad riktning inte ska överskattas relativt andra styrmedel. Man lyfter särskilt fram kommunikation, dialog och ledarskap.

I december 2017 fick Tillitsdelegationen ett tilläggsdirektiv (dir. 2017:119). Delegationen ska dels genomföra projekt som syftar till att ge stöd till statliga myndigheter som vill utveckla verksamheten med målet att uppnå en mer tillitsbaserad styrning vid myndigheten, dels projekt som syftar till att skapa en mer samordnad offentlig verksamhet. Det innebär bl.a. att delegationen ska organisera och driva nätverk där grupper av statliga myndigheter praktiskt söker och prövar konkreta förändringar i styrningen utifrån ett tillitsperspektiv. De återstående delarna av uppdraget enligt de ursprungliga direktiven ska redovisas senast den 18 juni 2018. De nya delarna av uppdraget ska redovisas i en slutrapport senast den 13 oktober 2019.[27]

[25] Dir. 2016:51, *Tillit i styrningen.*
[26] SOU 2017:56, *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?*
[27] Dir. 2017:119, *Tilläggsdirektiv till Tillitsdelegationen.*

Utredningen om finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (S 2016:07)

I vårt första delbetänkande beskrev vi att regeringen i november 2016 beslutade att tillsätta en utredare för att genomföra en övergripande översyn av dagens system för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (se vidare i SOU 2017:53. avsnitt 3.2.2). I november 2017 lämnade utredningen sitt första delbetänkande.[28] Betänkandet innehöll en analys av dagens system samt av de olika alternativa handlingsvägar som finns vad gäller systemen för såväl finansiering som prissättning av läkemedel.

Fortsatta analyser kommer inkludera:

- Diskussionen kring de problem som landsting, patienter och andra aktörer framfört angående uppdelningen av finansieringen i öppen- och slutenvård.
- Frågan, som anges i direktiven, om det finns ett fortsatt behov av uppdelning i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel vad gäller finansieringen.
- Eventuella behov av någon annan form av uppdelning vad gäller finansieringen.
- Behovet av kostnadsutjämning och förutsättningarna för landstingen, särskilt de mindre, att klara ökade kostnader för läkemedel och i vilken mån utjämningssystemet kan säkerställa jämlik vård och en ändamålsenlig introduktion av nya läkemedel.
- Problem som uppstår genom att ett och samma läkemedel kan ha olika pris beroende av om det förskrivs inom förmånen eller rekvireras och om det är möjligt att införa ett prissättningssystem som inte är beroende av om ett läkemedel förskrivs eller rekvireras.
- Analys av faktiska läkemedelspriser i Sverige jämfört med andra länder.
- Analys av vilka hinder och förutsättningar som finns för att på kort och lång sikt utveckla möjligheterna till uppföljning och utvärdering kopplat till processen för prissättning och finansiering.

[28] SOU 2017:87, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt.*

I det fortsatta arbetet ingår därmed frågeställningar som vilka problem som kan lösas genom att ta bort uppdelningen mellan förmånsläkemedel och rekvisitionsläkemedel i fråga om finansiering och prissättning, vilka praktiska och juridiska möjligheter respektive hinder som finns för att ta bort gränsdragningen samt vilka konsekvenser det skulle få för landsting, patienter och andra aktörer som exempelvis apoteken. Slutbetänkande ska presenteras senast 1 december 2018.[29]

Översyn av Socialtjänstlagen (S 2017:03)

I vårt första delbetänkande beskrev vi att regeringen i april 2017 beslutade att utse en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av socialtjänstlagen (2001:453) och vissa av socialtjänstens uppgifter (se vidare i SOU 2017:53. avsnitt 3.2.2).

Slutbetänkandet ska redovisas senast den 1 december 2018. I april 2018 kom dock utredningen med ett delbetänkande.[30] I betänkandet redogör utredningen för bedömningar som ligger till grund för utredningens arbete. Det övergripande syftet med delbetänkandet är att fördjupa kunskaperna om och möjligheterna med att arbeta förebyggande. Bland annat lyfter man fram att:

- Det kommer att behövas en kombination av olika åtgärder och styrmedel för att ett förebyggande perspektiv i socialtjänsten ska bli verklighet.
- Socialtjänstens förebyggande arbete syftar till att förebygga sociala problem och social utestängning.
- Socialtjänstens förebyggande arbete bedrivs på samhälls-, grupp- och individnivå.
- Kommunen bör ta ett övergripande och aktivt ansvar för att samordna det förebyggande arbetet i kommunen och för socialtjänstens medverkan i samhällsplaneringen.
- Former och arbetssätt för socialtjänstens medverkan i samhällsplaneringen behöver utvecklas och etableras.

[29] SOU 2017:87, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt*.
[30] SOU 2018:32, *Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst*.

- Det finns behov av metodutveckling och metodstöd till kommunerna, bland annat för att integrera ett förebyggande perspektiv i verksamheten, ta fram lokala kunskapsunderlag till samhällsplanering samt för samhällsekonomiska analyser.
- Det förebyggande arbetets innehåll, omfattning och utveckling över tid behöver synliggöras.
- Metodstöd behövs för att utveckla socialtjänsten till en lärande organisation.
- Regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten behöver vara stabila och långsiktigt hållbara.
- Behovet av samordnad kunskapsutveckling, kunskapsspridning samt utveckling och förvaltning av evidensbaserade förebyggande metoder är stort.

Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring (S 2017:04)

I april 2017 beslutade regeringen att en särskild utredare ska se över förutsättningarna för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården. Utredaren ska enligt direktiven (dir. 2017:44) lämna förslag på hur finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården bör utformas för att bidra till effektiva insatser för individer och minskade kostnader för sjukvårdshuvudmännen och sjukförsäkringen. Förslagen bör vara utformade så att den finansiella samordningen ska kunna omfatta hela landet. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2018.[31]

Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08)

Den 18 december 2017 gavs en särskild utredare i uppdrag att lämna förslag till regeringen som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt direktiven ska utredningen också ta hänsyn till de olika förutsättningar och regelverk som finns inom

[31] Dir. 2017:44, *Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring.*

olika delar av hälso- och sjukvården. Utredningen ska komplettera redan genomförda samt pågående utredningar på området. Direktivet lyfter särskild fram vår utredning, Samordnad utveckling för god och nära vård, som en sådan.[32]

Det övergripande syftet med utredningen är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård för dem som har de största behoven. Patientens bästa ska vara utgångspunkten för de beslut som fattas i hälso- och sjukvården.

Styrsystem i hälso- och sjukvården ska utformas så att det säkerställs att utförare tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I detta ansvar ingår exempelvis förebyggande folkhälsoarbete, forskning och utbildning av personal. I linje med det ska utredaren bland annat se över lagen om valfrihetssystem (2008:962). Analys av och överväganden om hur systemen kan förändras och utvecklas ska tas fram efter dialog med professionerna, så att systemet gynnar en utveckling där deras kunskap och erfarenhet tas tillvara. Utredningen ska också utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård. Uppdraget ska delredovisas senast den 15 juni 2018. De delar som ska delredovisas är utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande[33] Vidare fick utredningen den 1 mars 2018 ett tilläggsdirektiv. Utöver tidigare nämnda punkter får utredaren i tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.[34] Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2018.

Utredningen nationell samordning för life science (U 2015:08)

Hösten 2015 utsåg regeringen en särskild utredare för att bidra med underlag och samordna regeringens arbete med att stärka Sveriges position inom livsvetenskap (life science).[35] I sin delrapportering 2017

[32] Dir. 2017:44, Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring, s. 8.
[33] Dir. 2017:128, *Ordning och reda i vården.*
[34] Dir. 2018:14, *Tilläggsdirektiv till Ordning och reda i vården.*
[35] Dir. 2015:105, *En nationell samordnare för området livsvetenskap.*

föreslog utredningen bland annat en lagändring av hälso- och sjukvårdslagen och lagen om läkemedelskommittéer. Förslaget innebar att lyfta fram sjukvårdens skyldighet att delta i forskning, utveckling och innovation samt ändra skyldigheten för landstingen att inrätta läkemedelskommittéer till att vara frivilligt. Utredningen föreslog även ett program med karriärtjänster för disputerad vårdpersonal som är anställda av landsting, regioner och kommuner.[36] Utredningen avslutades i januari 2018. I februari samma år meddelade regeringen att man etablerar ett kontor för life science inom Näringslivsdepartementet. Arbetet ska främja kunskapsutveckling, innovation och kvalitet i hälso- och sjukvården samt förbättra förutsättningarna för life science-företag att etableras och verka i Sverige.[37]

Utredningen Samordnare för unga som varken arbetar eller studerar (U 2015:06)

Regeringen gav i juni 2015 en särskild utredare uppdraget att fungera som nationell samordnare och att främja förbättrad samverkan mellan myndigheter, kommuner, landsting och organisationer på nationell, regional och lokal nivå kring insatser för unga som varken arbetar eller studerar.[38] Utredningen lämnade sitt slutbetänkande i februari 2018. Utredningen föreslog flera åtgärder på olika nivåer för att förändring och förbättring ska kunna ske. Det handlar om allt från förbättrade insatser för enskilda individer, förändringar i regelverk, styrning och organisering av olika myndigheter och aktörer, till större samhällsförändringar. Utredning föreslog vidare ett tilläggsuppdrag till vår utredning. Förslaget omfattar att utreda förutsättningarna för, och lämna förslag på hur en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård för åldersgruppen 0 till 25 år kan säkerställas.[39]

[36] U 2015:08, Delrapportering för U 2015:08 *en nationell samordnare för livsvetenskaperna.*
[37] Regeringskansliet, *Sverige vässar arbetet inom life science*, 2018-02-08.
[38] Dir. 2015:70, *Samordnare för unga som varken arbetar eller studerar.*
[39] SOU 2018:11, *Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar,* s. 18.

Utredningen om inrättande av en myndighet för digitalisering av den offentliga sektorn (Fi 2017:09)

Regeringen fattade i december 2017 beslut om att inrätta en ny myndighet för en digitalisering av den offentliga sektorn. Den nya myndigheten ska ha i uppgift att utveckla, samordna och stödja digitaliseringen av statliga myndigheter och förvaltningen i kommuner och landsting, med undantag för försvarsmyndigheterna. En särskild utredare har utsetts för att förbereda och genomföra den nya myndigheten.[40] Utredaren ska vidta de åtgärder som krävs för att myndigheten ska kunna inleda sin verksamhet den 1 september 2018. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 augusti 2018.

Kommunutredningen (Fi 2017:02)

I februari 2017 gavs en parlamentariskt sammansatt kommitté i uppdrag att med bakgrund i den demografiska utvecklingen utarbeta en strategi för att stärka kommunernas kapacitet att fullgöra sina uppgifter och hantera sina utmaningar. De åtgärder som föreslås ska kunna genomföras inom dagens system för finansiering av den kommunala sektorn och ska inte innebära en ökning av statens utgifter. Eventuella förslag om kommunsammanläggningar ska bygga på frivillighet. Kommittén gavs även i uppdrag att utreda förutsättningarna för att ge kommunerna generella möjligheter till avtalssamverkan. I linje med det presenterades i oktober 2017 kommitténs första delbetänkande[41] (se tidigare i detta avsnitt om ”En generell rätt till kommunal avtalssamverkan”). Uppdraget ska i övrigt redovisas senast den 15 oktober 2019.

Kostnadsutjämningsutredningen (Fi 2016:12)

En särskild utredare gavs i november 2016 i uppdrag att göra en översyn av systemet för kostnadsutjämning för kommuner och landsting.[42] Utredaren ska överväga om större samhällsförändringar, som påverkar kostnaderna för kommuner och landsting, i tillräcklig grad fångas upp av det nuvarande systemet. Kommunerna och landstingen

[40] Dir. 2017:117, *Inrättande av en myndighet för digitalisering av den offentliga sektorn*.
[41] SOU 2017:77, *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*.
[42] Dir. 2016:91, *Översyn av kostnadsutjämningen för kommuner och landsting*.

ansvarar för en stor del av den offentliga verksamheten, såsom skattefinansierade välfärdstjänster inom skola, social verksamhet samt hälso- och sjukvård. Samtidigt skiljer sig de ekonomiska förutsättningarna åt mellan enskilda kommuner och landsting. Därför har det sedan lång tid tillbaka funnits olika system för utjämning av dessa skillnader. Utredningen ska bland annat överväga om vissa delmodeller behöver ändras, eller bör utgå, och om nya delmodeller bör införas och i så fall lämna förslag till sådana modeller. Uppdraget ska redovisas senast den 1 juni 2018.

Indelningskommittén (Fi 2015:09)

I juli 2015 tillsatte regeringen Indelningskommittén med uppdrag att föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebar att Sverige skulle delas in i väsentligt färre län och landsting (dir. 2015:77). 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 (dir. 2017:72).

I mars 2018 lämnade Indelningskommittén sitt slutbetänkande, Myndighetsgemensam indelning (SOU 2018:10). Kommittén föreslår bland annat en myndighetsgemensam regional indelning för följande statliga myndigheter:

- Arbetsförmedlingen.
- Försvarsmakten.
- Kriminalvården.
- Migrationsverket.
- Polismyndigheten.
- Rådet för Europeiska socialfonden i Sverige.
- Tillväxtverket (strukturfondsprogram).
- Trafikverket.
- Säkerhetspolisen.
- Åklagarmyndigheten.

Vidare föreslås 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. 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.

Indelningskommittén föreslår också att beteckningen landsting ändras till region.

Regeringen inrättar ett patientråd för hälso- och sjukvården

Regeringen har beslutat att inrätta ett patientråd för hälso- och sjukvården. Syftet är att underlätta regelbundna kontakter mellan regeringen och organisationer som företräder patienter inom svensk hälso- och sjukvård. Gruppen är tänkt att förenkla möjligheten för regeringen att få ett patientperspektiv på aktuella frågor. Socialministern kommer under juni 2018 att presentera vilka organisationer som ska företrädas i patientrådet. Regeringen har sedan tidigare ett pensionärsråd och en funktionshindersdelegation som är exempel på liknande råd. Det nya rådet kommer att fokusera på hälso- och sjukvården.[43]

[43] Regeringskansliet, *Regeringen inrättar ett patientråd för hälso- och sjukvården*, 2018-04-30.

Uppdrag till Myndigheten för arbetsmiljökunskap

I september 2017 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att inrätta Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Myndigheten ska starta sitt arbete den 1 juni 2018.[44] Regeringen gav i regleringsbrevet för 2018 myndigheten i uppdrag att analysera behovet av utbildningar av relevans för olika yrkesgrupper inom företagshälsovården. Uppdraget ska redovisas senast den 30 mars 2019.[45]

4.2.2 Specifikt om processer relaterat till integritetsfrågor

Nedan följer korta beskrivningar av några aktuella initiativ. För mer ingående resonemang om informationshantering i hälso- och sjukvården se avsnitt 5.1.3.

Utredningen om rättsliga förutsättningar för en digitalt samverkande förvaltning (Fi 2016:13)

En särskild utredare gavs i november 2016 i uppdrag att kartlägga och analysera i vilken utsträckning det förekommer lagstiftning som i onödan försvårar digital utveckling och samverkan inom den offentliga förvaltningen.[46] Utredningen lämnade i mars 2018 sitt slutbetänkande. Utredningen föreslog bland annat en ny lagstiftning om straffsanktionerad tystnadsplikt vid utkontraktering av IT-drift eller andra IT-baserade funktioner till privata leverantörer och en reglering av sekretessöverväganden inför sådan utkontraktering.[47]

Nationell läkemedelslista

I april 2018 överlämnade regeringen en proposition om ett nytt personregister till riksdagen.[48] Registret föreslås få namnet den nationella läkemedelslistan och ska föras av E-hälsomyndigheten. Ett övergripande mål med registret är att skapa en samlad källa av en patients förskrivna läkemedel och andra varor samtidigt som patientens behov

[44] Dir. 2017:94, *Inrättande av Myndigheten för arbetsmiljökunskap*.
[45] Regeringskansliet, *Ny arbetsmiljömyndighet placeras i Gävle*, 2018-04-20.
[46] Dir. 2016:98, *Rättsliga förutsättningar för en digitalt samverkande förvaltning.*
[47] SOU 2018:25, *Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering.*
[48] Prop. 2017/18:223, *Nationell läkemedelslista.*

av integritetsskydd tillgodoses. Den nationella läkemedelslistan förväntas bidra till ökad patientsäkerhet och en effektivisering av arbetsmomenten vid ordination och förskrivning av läkemedel. Exempelvis förväntas behörig hälso- och sjukvårdspersonal snabbare kunna hitta relevanta uppgifter om ordinerade läkemedel i patientjournalen samt att det ska bli lättare att extrahera uppgifter till hälsodata- eller kvalitetsregister utan dubbelinmatning. Även uppföljning av eventuella avvikelser i samband med ordination och hantering av läkemedel underlättas. Det nya registret kommer att ersätta två befintliga register, receptregistret och läkemedelsförteckningen.

Regeringen föreslår att en ny lag, lag om nationell läkemedelslista, ska ersätta lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning. Ändamålen för behandling av uppgifterna i de befintliga registren förs till stor del över till den nya lagen. Registret ska i allt väsentligt få innehålla samma uppgifter som de befintliga. Hälso- och sjukvårdspersonal, expedierande personal på öppenvårdsapotek och patienten ska ha ändamålsenlig åtkomst till uppgifterna i registret. Lagen föreslås träda i kraft den 1 juni 2020, men krav på hälso- och sjukvårdens aktörer och uppgiftsskyldighet i samband därmed föreslås träda i kraft den 1 juni 2022. Riksdagen förväntas besluta om propositionen den 13 juni 2018.

Vårdanalysrapport om befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter

Vårdanalys har i rapporten ”För säkerhets skull” undersökt befolkningens inställning till användning av digitala uppgifter om vård och hälsa i förhållande till risker ur ett integritetsperspektiv.[49] Fokus har framför allt legat på elektroniska patientjournaler, en samlad läkemedelslista och hälsorelaterade register.

Resultatet visar att de flesta är villiga att acceptera, eller rent av förväntar sig, att digitala uppgifter om den egna vården och hälsan används på många sätt som rör vård och forskning. Den positiva inställningen till användning av digitala hälsouppgifter ses genomgående, och för alla områden som arbetet omfattat: delning av journaler mellan vårdenheter, registrering av uppgifter för forskning och en samlad läkemedelslista. Vårdanalys noterar samtidigt att inom alla

[49] Vårdanalys, *Rapport 2017:10 För säkerhets skull, Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, 2017.

dessa områden svarar en liten andel att de inte vill att deras digitala hälsouppgifter ska användas på det föreslagna sättet. Personer som är negativa till en viss användning är också mer benägna än övriga att vara negativa även till användning inom andra områden.

Vårdanalys utgångspunkt när det gäller användning av digitala hälsouppgifter är att det är viktigt att bibehålla det höga förtroendet för hälso- och sjukvårdens hantering och skydd av digitala hälsouppgifter. Dessutom anser man att det är viktigt att leva upp till förväntningarna på att hälso- och sjukvården använder sig av digitaliseringens möjligheter att skapa nytta i form av god och säker vård och medicinsk utveckling. Vårdanalys presenterar i rapporten ett antal rekommendationer. Myndigheten menar att all hantering och användning av digitala hälsopuppgifter bör vägledas av dessa principer, på alla nivåer och av alla aktörer – vårdgivare, landsting och regioner, myndigheter, forskningsaktörer och andra som samlar in, lagrar, analyserar och överför digitala hälsouppgifter. Vårdanalys rekommenderar:

- Sjukvårdshuvudmännen att säkerställa att digitala hälsouppgifter nyttjas på ett effektivt sätt och att systemen för informationsutbyte är ändamålsenliga. Regeringen bör följa utvecklingen inom digitaliseringen av hälso- och sjukvården och se över om nuvarande åtgärder för att förbättra möjligheterna till informationsutbyte och användning av digitala hälsouppgifter är tillräckliga.
- Regeringen, myndigheterna, sjukvårdshuvudmännen och forskningshuvudmännen att prioritera säkerhetsfrågorna i digitaliseringsarbetet liksom vid användningen av digitala hälsouppgifter i andra sammanhang. Insamling, lagring, användning och spridning av digitala hälsouppgifter måste vara säker så att uppgifter inte används eller hamnar fel. Därtill bör det genomgående prövas, när digitala hälsouppgifter ska användas för andra syften än vård, om detta kan göras efter att uppgifterna avidentifierats.
- Berörda myndigheter, sjukvårdshuvudmännen och forskningshuvudmännen att säkerställa att felaktigheter som upptäcks i digitala hälsouppgifter rättas och att systemen utformas så att korrigeringar genomförs på alla ställen där en felaktighet förekommer. Regeringen bör se över om regelverken, och tillämpningen av dessa, för korrigering, blockering och förstörelse av patientjournaler är ändamålsenliga.

- Regeringen, myndigheterna, sjukvårdshuvudmännen och forskningshuvudmännen att prioritera medborgarnas insyn i användningen av digitala hälsouppgifter. Sjukvårdshuvudmännen bör följa upp hur vårdens verksamheter lever upp till kraven om information till patienter om hur digitala hälsouppgifter används till exempel i register och sammanhållen journalföring och vid behov vidta åtgärder för att förbättra insynsmöjligheter och informationskanaler. Dessutom bör möjligheter för den enskilde att följa hur digitala uppgifter om hens vård och hälsa används för olika syften, exempelvis via olika digitala tjänster, utvecklas vidare.
- Sjukvårdshuvudmännen att i det fortsatta digitaliseringsarbetet, så långt det bedöms möjligt, visa hänsyn till önskemålen om eget inflytande över användningen av digitala uppgifter om hälsa och vård. Detta handlar om att leva upp till ambitionerna bakom befintliga krav på medbestämmande så att patienter kan göra reella ställningstaganden. Vidare bör regeringen utreda om formerna för samtycke kan utvecklas i syfte att bättre tillmötesgå de varierade önskemål som finns kring på vilket sätt, hur ofta och på vilken detaljeringsnivå personer vill ta ställning till hur digitala uppgifter om deras vård och hälsa används.
- De som är ansvariga för att samla in och använda digitala uppgifter om vård och hälsa – sjukvårdshuvudmän, forskningshuvudmän och andra myndigheter – att se till att patienter och medborgare erbjuds stöd i ställningstaganden kring hur digitala uppgifter om deras vård och hälsa används. Regeringen och sjukvårdshuvudmännen bör också se till att de lösningar som tas fram i det pågående digitaliseringsarbetet både möjliggör en ändamålsenlig informationsöverföring och ger ett gott integritetsskydd – även för dem som inte själva kan eller vill ta aktiv ställning till att exempelvis begränsa användningen av sina uppgifter.

4.2.3 Statliga myndigheters arbete

Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård – Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess

Riksdagen beslutade den 8 mars 2018 om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.[50] (se avsnitt 3.2.1). Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att pröva en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården på nationell nivå, samt att ta fram en plan för att fasa ut dagens system med rikssjukvård. Uppdraget att pröva arbetsprocessen ska rapporteras till regeringen den 15 juni 2018.[51] Socialstyrelsen planerar att med hjälp av sakkunniggrupper genomlysa ett 20-tal nationella vårdområden/programområden för att identifiera vad som bör vara högspecialiserad vård på nationell nivå. Socialstyrelsen har valt att först prioritera kvinnosjukvård och förlossning samt nervsystemets sjukdomar. Inom dessa har sex pilotområden valts ut, däribland avancerad kirurgi vid endometrios och avancerad Parkinsonbehandling. Efter genomlysningen ska Socialstyrelsen ta beslut om vilka åtgärder som är aktuella för nationell högspecialiserad vård och hur många vårdenheter i landet som ska utföra uppdraget. En särskild nämnd tar sedan beslut om var någonstans vården ska bedrivas. I arbetet med nivåstrukturering av nationell högspecialiserad vård verkar Socialstyrelsen i samråd med landstingen, andra myndigheter, SKL samt företrädare för profession och patienter.

Två olika uppdrag för att växla upp Socialstyrelsens arbete med att bidra till en god tillgång på specialistläkare med rätt kompetenser

Regeringen beslutade i mars 2018 om två uppdrag för att växla upp Socialstyrelsens arbete med att bidra till en god tillgång på specialistläkare med rätt kompetenser.[52] Det ena uppdraget innebär att myndigheten för 2018 ska upphandla fler specialistkompetenskurser så att läkare ska kunna fullgöra sin specialiseringstjänstgöring. Upphandlingen ska anpassas efter hälso- och sjukvårdens behov och bidra till den långsiktiga kompetensförsörjningen av specialistläkare.

[50] Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.*
[51] Socialstyrelsen, *Nu prövas ny modell för nationell högspecialiserad vård*, 2018-02-12.
[52] Regeringskansliet, *Regeringen växlar upp för fler specialistläkare*, 2018-03-03.

I uppdraget ingår också att göra en studie om hur tillgången på kursgivare bäst ska kunna säkras framöver för att svara mot det behov som finns av specialistkompetenskurser. Det andra uppdraget innebär att Socialstyrelsen, utöver den rapportering de årligen gör kring tillgången och efterfrågan på legitimerad personal inom hälso- och sjukvården, ska göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom alla specialiteter. Kartläggningen och bedömningen ska göras både på nationell och regional nivå och omfatta både offentliga och privata vårdgivare.

I uppdraget ingår att utifrån ett nationellt perspektiv lämna förslag på hur dimensionering av specialiseringstjänster ska kunna göras på ett mer effektivt sätt, i syfte att minska bristen av olika sorters specialistläkare och uppnå målsättningen om en jämlik vård i hela landet. Fokus ska läggas på de specialiteter där det finns en tydlig brist. Socialstyrelsen ska samarbeta med Sveriges Kommuner och Landsting samt Läkarförbundet i genomförandet av uppdraget.

Uppdrag till Socialstyrelsen att stödja, analysera och utvärdera utvecklingsarbete i primärvården för att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor hos personer med psykisk ohälsa

Regeringen beslutade i mars 2018 om att ge Socialstyrelsen 20 miljoner kronor för att stödja, analysera och utvärdera utvecklingsarbete i primärvården för att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor hos personer med psykisk ohälsa.[53] Arbetet ska ske i nära samverkan med berörda verksamheter och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). 15 miljoner kronor ska fördelas till landstingen för utvecklingsarbetet. Satsningen är tidsbegränsad och ska genomförs under åren 2018–2020. Uppdraget ska redovisas varje år och slutredovisas till Socialdepartementet senast den 31 mars 2021.

[53] Regeringskansliet, *Stärkt arbete med kunskap att bemöta psykisk ohälsa i primärvården*, 2018-03-22.

Vårdanalys rapport om ledarskap

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har fått i uppdrag av regeringen att se över hur staten kan stödja landstingen och regionerna att utveckla och stärka ledarskapet, som ett led i att stärka hälso- och sjukvårdens utvecklingskraft.

Uppdraget ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och andra relevanta aktörer. I uppdraget anges att ledningens kompetens och förutsättningar är centrala för att verksamheterna inom hälso- och sjukvården ska kunna genomföra uppdragen, utveckla kvaliteten i vården samt bland annat vidta nödvändiga åtgärder för en effektivare kompetensförsörjning.

Vårdanalys publicerade 2017 i linje med uppdraget rapporten – Visa vägen i vården.[54] Myndigheten lämnar i rapporten rekommendationer till både regering och landsting som syftar till att stärka ledarskapets förutsättningar och ledarskapsutvecklingen:

- Landstingen och regeringen bör stärka förutsättningarna för ett verksamhetsnära och patientcentrerat ledarskap.
- Regeringen och landstingen bör arbeta för att öka chefskapets attraktivitet.
- Landstingen bör erbjuda kompetensutveckling och stöd till chefer för att arbeta med förändring och förbättring och regeringen bör överväga att stärka systemförståelsen och kompetensen i förbättringskunskap genom förändringar i grundutbildningarna.
- Landstingen bör utveckla strukturerna för ledarskapsutveckling och behandla ledarskapsfrågorna tillsammans med andra strategiska frågor.
- Regeringen bör ta initiativ till ett program för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården.
- Landstingen bör se över hur deras styrning kan bli mer strategisk, sammanhållen, långsiktig och inriktad på samverkan kring patientens behov.
- Regeringen bör utveckla sin dialog med landstingen för att skapa ett samlat nationellt ledarskap i hälso- och sjukvården.

[54] Vårdanalys, *Rapport 2017:7 Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft*, 2017.

Vårdanalys gör bedömningen att statens styrning av hälso- och sjukvården, men även omsorgen, i högre grad måste hänga ihop, vara konsekvent och ta sikte på de viktigaste utvecklingsområdena. Det finns därför ett behov av utökad strategisk dialog mellan huvudmännen och det nationella ledarskapet för att diskutera gemensamma strategier för att möta vårdens utmaningar. Både staten och landstingen behöver skapa långsiktiga förutsättningar för ett starkt och närvarande ledarskap, till exempel genom mindre personalgrupper och förbättrade stödstrukturer för chefer. Chefer behöver också få bättre förutsättningar och stöd för att bedriva utvecklingsarbete – särskilt utvecklingsarbete som sträcker sig över verksamhetsgränser och som förbättrar vården för patienter med många olika vårdkontakter.

Uppdrag till eHälsomyndigheten och Socialstyrelsen att utveckla och tillgängliggöra ett digitalt pedagogiskt stöd för förändrings- och utvecklingsarbete med hjälp av e-hälsolösningar (S2017/02466/FS)

I april 2017 gav regeringen Socialstyrelsen och eHälsomyndigheten uppdraget att tillsammans utveckla och tillgängliggöra ett digitalt pedagogiskt stöd för förändrings- och utvecklingsarbete med hjälp av e-hälsolösningar utifrån gällande rätt. Stödet ska utgå från analysen som gjordes av Utredningen rätt information i vård och omsorg.[55] I januari 2018 slutredovisade eHälsomyndigheten i linje med direktivet myndigheternas uppdrag.[56] Stödet innebar bland annat en ny utbildning digital verksamhetsutveckling i vården. Socialstyrelsen och eHälsomyndigheten har bland annat tagit fram en webbsida med klargörande frågor och svar som rör journalföring och dokumentation – ett digitalt pedagogiskt stöd.[57] Myndigheterna menar att inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänsten finns ett stort behov av juridiskt stöd kring frågor om vad som gäller för journaler och personakter. Webbsidan är tänkt att vara ett hjälpmedel i sådana frågor.[58]

[55] SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid.*
[56] E-hälsomyndigheten, *Digitalt pedagogiskt stöd för e-hälsolösningar – Återrapportering enligt E-hälsomyndighetens och Socialstyrelsens likalydande regeringsuppdrag (S2017/02466/FS. 2018)*, 2018.
[57] Socialstyrelsen, *Digital verksamhetsutveckling i vården*.
[58] Socialstyrelsen, Digital verksamhetsutveckling i vården.

eHälsomyndighetens samordningsuppdrag

eHälsomyndigheten har uppdrag i instruktion och regleringsbrev att samordna regeringens satsningar på e-hälsa. Målet med samordningsuppdraget är att eHälsomyndigheten ska vara proaktiv och drivande utifrån regeringens satsningar inom e-hälsa samt att myndigheten ska skapa förutsättningar för, och öka kunskapen kring e-hälsa för sektorn som helhet. Syftet med samordningen är att underlätta för alla aktörer inom e-hälsa och att skapa förutsättningar för att målen i Vision e-hälsa 2025 uppnås.

eHälsomyndighetens etablerade under 2017 en ny samordningsavdelning, vilken ger förutsättningar för att skala upp och ytterligare stärka myndighetens samordningsarbete och instruktionsenliga uppdrag att samordna regeringens satsningar. För 2018 planerar myndigheten bl.a. en tydligare samordning av regeringens satsningar med fokus på att samordna de statliga aktörer inom området som har omfattande uppdrag inom e-hälsa, exempelvis Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Socialstyrelsen och Myndigheten för delaktighet. Genom att utnyttja varandras olika kompetensområden i gemensamma arbetsprocesser, kan staten stärka sin roll som e-hälsoaktör. Myndigheten bedömer att även aktörer utanför vårdmyndigheterna, såsom landstingen och kommunerna, privata vårdgivare, Försäkringskassan och Swedac bör ingå i myndighetens samordningsansvar. Vidare konstateras att myndigheten under 2018 behöver göra en mer grundläggande analys och kartläggning av statens satsningar inom vård och omsorg, där e-hälsa kan vara ett verktyg för att uppnå mål som inte direkt har med digitalisering att göra. I detta sammanhang nämns specifikt regeringens satsning på God och nära vård (SOU 2017:53, S2017/03549/FS).[59]

Uppdrag att göra en förstudie om hur internetombud inom vård och omsorg kan etableras över hela landet

Regeringen gav i februari 2018 Post- och telestyrelsen (PTS) i uppdrag att göra en förstudie av och hur s.k. internetombud inom vård och omsorg kan etableras i Sverige.[60] Anställda som arbetar inom

[59] E-hälsomyndigheten, *Samordning av regeringens satsningar på e-hälsa – Återrapportering enligt E-hälsomyndighetens regleringsbrev 2017 (S2017/00838/FS)*, 2017.
[60] Regeringskansliet (Näringsdepartementet), *Uppdrag att göra en förstudie om hur internetombud inom vård och omsorg kan etableras över hela landet, N2018/00718/D*.

hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och i verksamheter inom funktionshinderområdet ska kunna bli ett s.k. internetombud. Internetombuden ska erbjudas utbildning och inom sin ordinarie tjänst åta sig ett särskilt ansvar för att främja användning av it och internet hos sina klienter. En samordningstjänst bör också inrättas på lämplig myndighet i syfte att ansvara för utbildning och fortbildning av internetombuden. PTS ska i arbetet samråda med Myndigheten för tillgängliga medier och Myndigheten för delaktighet. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet senast den 31 december 2018.

4.2.4 Överenskommelser mellan staten och SKL

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen sluter årligen överenskommelser inom områden som båda parter har identifierat som särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i kommuner, landsting och regioner. Överenskommelserna omfattar all vård som är offentligt finansierad, oavsett vem som utför vården. Det betyder att såväl landsting som privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård som finansieras av landstingen kan komma att omfattas. En viktig utgångspunkt vid överenskommelser mellan regeringen och SKL är en tillitsbaserad dialog som bl.a. syftar till att ge mer långsiktiga planeringsförutsättningar.

För de kommande åren handlar det gemensamma utvecklingsarbetet främst om omställningen mot en nära vård, vilket inkluderar att åstadkomma ökad tillgänglighet och bättre samordning, förbättrad kompetensförsörjning, ökad digitalisering samt ökat fokus på att verksamheten ska styras utifrån kunskap och beprövad erfarenhet. Överenskommelser mellan SKL och regeringen sträcker sig vanligen över ett antal år. Fleråriga överenskommelser är dock underkastade riksdagens årliga beslut om regeringens budgetproposition. Flera av de nu gällande överenskommelserna inom hälso- och sjukvårdsområdet har också bäring på denna utredningsuppdrag.[61] Den totala omfattningen av dessa överenskommelser uppgick 2018 till drygt 9 miljarder kronor. Vi vill i detta skede särskilt framhålla följande överenskommelser:

[61] SKL. *Överenskommelser mellan SKL och regeringen inom vård och omsorg*.

Förlossningsvård och kvinnors hälsa

- *Tidsram:* 2018–2022.
- *Omfattning*: 1 831 miljoner kronor för 2018. Av dessa är 141 miljoner särskilt öronmärkta för primärvården.
- *Huvudsakligt innehåll*: Överenskommelserna utgör en del i arbetet för en mer jämställd hälso- och sjukvård och sker mot bakgrund av de utvecklingsområden som finns inom såväl förlossningsvården som hälso- och sjukvård med betydelse för kvinnors hälsa i övrigt. Parterna är vidare överens om att inom ramen för överenskommelsen inleda ett arbete med att utveckla och förbättra primärvårdens arbete i syfte att stärka kvinnors hälsa. Det innebär att landstingen i första hand ska välja insatser som bidrar till att öka primärvårdens kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor.

Överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården

- *Tidsram:* 2016–2018.
- *Omfattning:* Totalt 976 miljoner kronor. Av dessa är 651 miljoner kronor avsedda som stimulansmedel till landstingen. 300 miljoner kronor är särskilt avsedda för att erbjuda möjlighet för sjuksköterskor att genomgå specialistutbildning.
- *Huvudsakligt innehåll:* Syftet med medlen är att de ska användas för bland annat IT-stöd och förenklad administration, smartare användning av medarbetarnas kompetens samt stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning.

Överenskommelse Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

- *Tidsram:* 2018–2021.
- *Omfattning:* Totalt 1 999 miljoner kronor. Av dessa är 1 975 miljoner kronor avsedda som stimulansmedel till landstingen. 24 miljoner särskilt till SKL för utveckling av samverkan.

- *Huvudsakligt innehåll:* Överenskommelsen ska ses som ett komplement till Professionsmiljarden och dessa kommer att följas upp gemensamt. Medlen inom ramen för överenskommelsen kan bland annat användas till:
  - erbjuda kompetensutveckling eller vidareutbildning till alla kategorier av vårdpersonal,
  - öka bemanning,
  - utveckla arbetssätt i syfte att vårdpersonal ska arbeta kvar inom hälso- och sjukvården.

Ökad tillgänglighet i barnhälsovården

- *Tidsram:* 2018. Målsättning om att träffa liknande överenskommelser för 2019 och 2020.
- *Omfattning:* Totalt 122 miljoner kronor.
- *Huvudsakligt innehåll:* Överenskommelsen är särskilt riktad till insatser som ska öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet i främst socioekonomiskt utsatta områden.

Överenskommelse om en patientmiljard

- *Tidsram*: 2018.
- *Omfattning*: 1 miljard. Av de totala medlen är 980 miljoner kronor avsedda som stimulansmedel till landstingen. Av dessa är hälften öronmärkta till utbetalning av medel för insatser för att införa förstärkt vårdgaranti (baserat på förslagen i vårt första delbetänkande SOU 2017:53) och en lika stor del går till insatser som bidrar till att införa patientkontrakt.
- *Huvudsakligt innehåll:* Målet med överenskommelsen är att bidra till utvecklingen av tillgängligheten till primärvården och samordningen av patienternas vårdinsatser. Överenskommelsen är i linje

med denna utrednings arbete. För att ta del av medlen inom överenskommelsen ska landstingen uppnå ett antal krav. Landstingen ska bland annat:

- Förbereda införandet av den förstärkta vårdgarantin inom primärvården som utredningen, God och nära vård, föreslår ska börja gälla 2019.
- Landstingen ska rapportera vilka insatser som genomförs under 2018 för att förbereda förändrade arbetssätt i enlighet med den förstärkta vårdgarantin.
- Landstingen ska börja rapporteringen av måluppfyllelse för den förstärkta vårdgarantin till den nationella väntetidsdatabasen senast den 1 januari 2019.
- Landstingen ska se till att det finns dokumenterade rutiner för etablering av fast vårdkontakt som ska vara införda i verksamheten.
- Landstingen ska skapa förutsättningar för att patienten själv ska kunna välja tid till besök/behandling som passar patienten och verksamheten. Landstingen ska också skapa förutsättningar för breddinförande av webbtidsbokning via 1177.

Kortare väntetider i cancervården

- *Tidsram*: 2014–2018.
- *Omfattning*: 447,5 miljoner kronor, varav 391 miljoner utgör stimulansmedel till landstingen.
- *Huvudsakligt innehåll*: Överenskommelsen syftar bland annat till att ytterligare främja införandet av standardiserade vårdförlopp. Målet med överenskommelsen är förbättrad tillgänglighet inom cancervården genom kortare väntetider och minskade regionala skillnader. Införandet av vårdförlopp ska ge en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten och öka nöjdheten hos cancerpatienterna, bland annat genom bättre information och mer delaktighet.

Stöd till Nationella Kvalitetsregister

- *Tidsram:* 2018.
- *Omfattning*: Totalt 200 miljoner kronor, varav landstingen bidrar med 100 miljoner kronor och staten 100 miljoner kronor.
- *Huvudsakligt innehåll*: Kvalitetsregistren ska utveckla delar som täcker primärvården samt den hälso- och sjukvård och omsorg som utförs av kommunerna, exempelvis vård på särskilda boenden. I linje med detta ska överenskommelserna bidra till att stärka preventiva och sjukdomsförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2018

- *Tidsram:* 2018. Regeringen har för avsikt att fortsätta förstärkningen 2019 och 2020.
- *Omfattning:* Totalt 1 414 miljoner kronor (ökning med 529 miljoner jämfört med 2017). 1 364 miljoner fördelas till kommuner och landsting/regioner för att möjliggöra utvecklingsarbete. En särskild satsning görs på primärvården. 220 miljoner av den utökade satsningen ska användas till att utveckla första linjens psykiatri för både barn och vuxna.
- *Huvudsakligt innehåll:* Överenskommelsen lyfter särskilt fram att primärvårdens möjligheter att möta behovet av insatser för psykisk ohälsa är stora om det finns tillgång till adekvata metoder och arbetssätt och till personalresurser med rätt kompetens. Vidare menar man att primärvården också är en viktig aktör för att upptäcka, diagnosticera och behandla kroppslig ohälsa hos personer med psykiska sjukdomar och psykiska funktionsnedsättningar.

En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018

- *Tidsram*: 2017–2018.
- *Omfattning:* Totalt 2,88 miljarder kronor. Av dessa är 500 miljoner avsatta per år för ersättning till landstingen för rehabiliteringsinsatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta, och cirka 730 miljoner för landstingens utvecklingsarbete inom olika områden.
- *Huvudsakligt innehåll*: Överenskommelsen syftar till att fortsatt stimulera kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att förebygga eller förkorta sjukskrivning och främja kvinnors och mäns återgång i arbete. Det gäller bland annat kompetenssatsning i försäkringsmedicin, funktion för koordinering och utvecklingsarbetet inom utökat elektroniskt informationsutbyte. Särskilt viktigt är att kontakt tas mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen, förutsatt att patienten ger sitt medgivande.

4.2.5 SKL:s arbete

Tillgänglighet i primärvård

I vårt första delbetänkande beskrev vi att SKL under 2016 tillsammans med landstingen i ett pilotprojekt tagit fram en modell för utökad uppföljning av primärvård, till väntetidsdatabasen (se vidare i SOU 2017:53, avsnitt 3.2.5).

Den utvidgade modellen för nationell uppföljning av tillgänglighet i primärvård stödjer färdplanen mot en god och nära vård bland annat genom uppföljningen av en förstärkt vårdgaranti. I flera landsting pågår förberedelser för att börja använda uppföljningsmodellen. Region Jönköpings län och Region Örebro län skickar månadsvis in data automatiskt till väntetidsdatabasen enligt den utökade uppföljningsmodellen. Resultat presenteras på vantetider.se.

Region Halland, landstinget Blekinge, landstinget Sörmland, landstinget Dalarna, Region Uppsala, Region Jämtland/Härjedalen samt landstinget Västerbotten har påbörjat arbetet med att införa den nya

uppföljningsmodellen. Fler landsting har visat intresse för och vill få mer information av uppföljningsmodellen.[62]

Flippen

I vårt första delbetänkande beskrev vi övergripande SKL:s innovationsprojekt ”Flippen”, som syftade till att utveckla nya patientcentrerade arbetssätt inom primärvården (se vidare i SOU 2017:53, avsnitt 3.2.5).

Projekttiden för Flippen gick ut 2107 och sedan vårt förra delbetänkande har projektet lämnat sin slutrapport. Sammanfattande slutsatser från projektgruppen i Flippen tillsammans med dess kontaktpersoner i landsting och regioner är:

- Det är framgångsrikt att systematiskt bli bättre på att förstå invånarnas behov, exempelvis genom tjänstedesign.
- Primärvården behöver stödfunktioner i innovations- och utvecklingsarbete.
- Vårdcentraler behöver ett baspaket för data/statistik och stöd i att analysera detta.
- Ett gott ledarskap på alla nivåer i organisationen är en av de absolut viktigaste framgångsfaktorerna.
- Befintlig samverkan behöver utvecklas och nya aktörskonstellationer för samverkan behövs. Nätverk behöver utnyttjas i högre grad för att bli bättre på att dela kunskap med varandra.
- Ersättningsmodeller som gynnar utvecklingsarbete behöver utvecklas.
- Stöd att lätt och snabbt kunna pröva och införa modern teknik. Ett IT-stöd som ligger närmare verksamheterna, fångar och aggregerar behov och stödjer utveckling kring dessa. Denna funktion finns i mycket liten utsträckning i dag.
- Att gå från traditionellt förbättringsarbete till innovationer kräver ett mer utvecklat stöd än det som finns i dag. [63]

[62] *SKL. Tillgänglighet i primärvården, 2018-01-08.*
[63] *SKL. Flippen i primärvården*, 2018.

Sveriges kommuner och landstings Strategi för hälsa

Strategi för hälsa beslutades av SKL:s styrelse i december 2017. Strategin innebär att Sveriges viktiga välfärdsverksamheter; skola, socialtjänst, vård och omsorg och hälso- och sjukvård ska styras och samordnas för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Detta genom att arbeta mot gemensamma mål, oavsett verksamhet. Det övergripande nationella målet är en god och jämlik hälsa för alla. Samtliga verksamheters arbete och konkreta delmål värderas utifrån detta.

I strategin formuleras gemensamma mål och indikatorer för Strategi för hälsa fram till 2022. Målen är formulerade i beskrivande termer, under tre övergripande målområden. Dessa ska sedan brytas ned och anpassas till respektive kommuns, landstings och regions förutsättningar. De tre målområdena är:

– God och jämlik hälsa.
– God kvalitet.
– Hållbart och uthålligt.[64]

[64] SKL, *Strategi för hälsa, 2018-04-11.*

5 Fördjupad analys av primärvårdens uppdrag och verksamhet

I detta kapitel beskrivs inledningsvis hur svensk hälso- och sjukvård är reglerad, med fokus på primärvårdsnivån. I anslutning till detta redogörs även för tidigare överväganden om ett nationellt uppdrag för primärvården. Därefter beskrivs hur den svenska primärvården ser ut i dag, med fokus på den del av primärvården som organiseras i landstingens vårdval för primärvård. Slutligen resonerar vi kort om den prehospitala och mobila vårdens betydelse för en god och nära vård.

5.1 Grundläggande reglering för hälso- och sjukvården

5.1.1 Ett omfattande regelverk med patienten i centrum

Det svenska hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket är omfattande. Det består av mer än 250 författningar, dvs. lagar, förordningar eller myndighetsföreskrifter. De lagar som är mest centrala för arbetet med detta delbetänkande är hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientsäkerhetslagen (2010:659), patientlagen (2014:821), patientdatalagen (2008:355) samt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen är lagtekniskt sett utformad som en skyldighetslagstiftning i stället för en rättighetslagstiftning. Det innebär att den tar utgångspunkt i det allmännas ansvar för hälso- och sjukvården, inte patienternas eller befolkningens rättigheter.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdens område. Under

2000-talet har patientens ställning i vården tydliggjorts och stärkts på flera olika sätt i syfte att skapa en mer personcentrerad vård.[1] I patientdatalagen (PDL) finns bestämmelser om behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården som både syftar till att säkerställa patientsäkerheten och skydda den enskildes integritet. I den lagen regleras vårdens informationshantering. I patientsäkerhetslagen (PSL) finns generella bestämmelser om vårdgivarnas skyldighet att bedriva ett patientsäkert arbete, behörighetsfrågor och skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Avsikten med patientlagen (PL) är att tydliggöra paradigmskiftet som innebär att vården ska utgå från patienten i stället för vårdens organisation. I den lagen finns därför bestämmelser som ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Där finns även bestämmelser om vilken information som patienten ska få om bl.a. möjligheten att få en fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt. Den 1 januari 2018 trädde en ny lag (2017:612) om samordning vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft, som ersatte den tidigare s.k. betalningsansvarslagen, lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Den nya lagen ger primärvården en tydligare samordnande roll, se avsnitt 7.4.

5.1.2 Grundläggande principer för hälso- och sjukvården

Inledning

Hälso- och sjukvården utvecklas ständigt. För att inte hindra en dynamisk utveckling eller i onödan inskränka det kommunala självstyret har HSL utformats som en målinriktad ramlag. Det innebär att målen i lagen ska uppfyllas, men att de som är ansvariga inom vissa givna ramar är fria att anpassa genomförandet till särskilda förutsättningar i ett geografiskt område eller invånarnas behov. I HSL anges bl.a. hälso- och sjukvårdens övergripande mål samt vissa grundläggande principer för hälso- och sjukvården. Dessa mål och principer är centrala när bestämmelser om hälso- och sjukvårdens styrning ses över.

[1] Se bl.a. *prop. 2007/08:126, Patientdatalag m.m.*; prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*; prop. 2013/14:106, Patientlag och *prop. 2016/17:106, Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*

En god hälsa och en jämlik vård

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna.[2]

Målet med hälso- och sjukvården är enligt HSL en god hälsa och en vård på lika villkor. Med en vård på lika villkor menas att vården ska vara jämlik.[3] Det innebär att hela befolkningen vid behov och på lika villkor ska få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Möjligheten att få vård ska inte påverkas av förhållanden såsom ålder, kön, utbildning, nationalitet eller förmågan att ta egna initiativ. Därutöver utgör även könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, alla former av funktionsnedsättning och sexuell läggning lagstadgade diskrimineringsgrunder. Vilken vård man får ska inte heller bero på var man bor i landet. Hälso- och sjukvården ska även förebygga ohälsa.[4] Målen kompletteras av syftet med PL som ska stärka och tydliggöra patientens ställning i vården och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.[5]

De etiska principerna

Hälso- och sjukvården ska styras utifrån de grundläggande etiska principer som riksdagen har bestämt ska utgöra den etiska plattformen för prioritering i vården. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (människovärdesprincipen). Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras (behovs- och solidaritetsprincipen).[6]

Det är även viktigt att resurser i offentligt finansierad hälso- och sjukvård används så effektivt som möjligt. Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas (kostnadseffektivitetsprincipen).[7]

---

[2] 2 kap. 1 § HSL.
[3] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 112 f.
[4] 3 kap. 1 § första meningen och 2 § HSL.
[5] 1 kap. 1 § PL.
[6] 3 kap. 1–2 §§ HSL och 1 kap. 6 § PL.
[7] 4 kap. 1 § HSL.

Dessa tre etiska principer, där kostnadseffektivitetsprincipen är underställd övriga principer, ska ligga till grund för prioriteringar i vården.[8] Den etiska plattformen för prioriteringsbeslut syftar till att förstärka och fördjupa hälso- och sjukvårdslagens grundtema och mål, en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Principen om god vård

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls.[9] Begreppet god vård är sedan länge väl etablerat men dess innebörd har i viss mån förändrats över tid.[10] Av 5 kap. 1 § HSL framgår att en god vård framför allt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard som tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. God vård är lätt tillgänglig, bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främjar goda kontakter mellan patienten och personal.

Regleringen innebär bl.a. att det i varje verksamhet ska finnas tillräckliga förutsättningar såsom personal, lokaler och utrustning för att bedriva en god vård. Det förutsätts även att verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och kvalitetssäkras.[11] Kraven som räknas upp i lagen anger den yttre ramen för vad som krävs för att en god vård ska erbjudas. Det finns däremot inget som hindrar att ytterligare krav ställs upp eller att kraven specificeras närmare.

Av förarbeten till 1982 års HSL[12] framgår att uttrycket ”lätt tillgänglig” inte enbart ska kopplas till geografiska förhållanden. Närhet måste förenas med lätt tillgänglighet även i andra avseenden. Det som avsågs var främst vårdmottagningarnas öppettider, jourtjänstgöring och förekomsten av köer inom hälso- och sjukvården.[13] I vårdgarantireformer har begreppet tillgänglighet framför allt kopplats till

[8] *Riksdagens skrivelse 1996/97:186, Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, *Prop. 1996/97:60, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, Socialutskottets betänkande, 1996/97:SoU14, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
[9] 5 kap. 1–2 §§ och 4 § HSL och 2 kap. 1 § PL.
[10] *Prop. 2016/17:43, En ny hälso- och sjukvårdslag.*, s. 95.
[11] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 55 f. och s. 114 f.; *Prop. 2005/06:50, Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar*, s. 26 f och s. 53; *Prop. 2005/06:115, Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 46 f.
[12] HSL (1982:763).
[13] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 117.

väntetider för kontakt och besök.[14] Regeringen uttalade nyligen att lätt tillgänglig vård innebär att vården i första hand ska vara geografiskt nära patienten, men i allt större utsträckning också nära patienten med hjälp av nya tekniska lösningar för till exempel kontakt och bedömning.[15]

Landstingets ansvar som huvudman

Landstingen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Öppen vård ska dessutom erbjudas oavsett var patienten är bosatt. I 8 kap. 1–3 §§ HSL anges till vilka ytterligare grupper landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård. Landstinget ska även verka för en god hälsa hos hela befolkningen. I landstingens planeringsansvar ingår att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen ska även avse den hälso- och sjukvård som bedrivs av privata och andra vårdgivare.

Kommunens ansvar som huvudman

Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt de äldre eller personer med funktionsnedsättning som efter beslut av kommunen bor i särskilt boende (läkarinsatser omfattas dock inte av kommunens ansvar). Även i sådan dagverksamhet som avses i 3 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) ska kommunen ansvara för hälso- och sjukvård åt dem som vistas i verksamheten. När det gäller hemsjukvård ligger det primära ansvaret på landstingen även om kommunerna har fått befogenheter att erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård. Landstingen har även möjlighet att, genom en överenskommelse med en kommun, överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård.[16] I dag har alla landsting utom Stockholms läns landsting ingått sådana överenskommelser. En kommun får även sluta avtal med någon annan, exempelvis en privat vårdgivare, om att utföra de

[14] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*.
[15] *Prop. 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvård och en förstärkt vårdgaranti*, s. 46.
[16] 12 kap. 1–3 §§ och 14 kap. 1 § HSL.

uppgifter som kommunen ansvarar för.[17] Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov. Planeringen ska även avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare[18]

I den kommunala hälso- och sjukvården måste det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). För verksamheter som jobbar med rehabilitering kan det i stället finnas en arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjukgymnast som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). MAS och MAR har ett särskilt medicinskt ansvar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet,
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov,
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt,
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra,
- besluten om delegering är patientsäkra,
- patientjournaler förs,
- anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det.[19]

Huvudmannaansvaret

Huvudmannen har det yttersta ansvaret för att säkerställa att vård erbjuds till de olika grupper som räknas upp i HSL. Vården kan utföras i egen regi, men måste inte göra det. Driften kan också läggas ut på en fristående vårdgivare, såsom idéburna eller privata aktörer. Sedan år 2010 är landstingen tvungna att införa s.k. vårdvalssystem i primärvården som innebär att alla utförare som uppfyller av landstingen angivna villkor har rätt att utföra sådana hälso- och sjukvårdstjänster och få ersättning enligt lokala principer. När hälso- och

[17] 15 kap. 1 § HSL.
[18] 11 kap. 2 § HSL.
[19] Socialstyrelsen, *Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)*, 2018-04-27.

sjukvård drivs genom en vårdenhet som är direkt knuten till huvudmannen är landstinget både huvudman och vårdgivare. Landstinget har då olika ansvar i de olika rollerna.

När en kommun eller ett landsting ingår avtal med en annan aktör om att utföra en uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi, har huvudmannen kvar det yttersta ansvaret för verksamheten. Det innebär att den ska följa upp och säkerställa att entreprenören uppfyller de bestämmelser som gäller för verksamheten. Huvudmännen har däremot ingen bestämmanderätt över vårdgivarens dagliga verksamhet. Huvudmannen är dock skyldig att se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.[20]

Kommuner och landsting har alltså ett ansvar för att genom exempelvis relevanta krav i avtal med utförarna säkerställa att invånare får en god vård. Hälso- och sjukvårdsverksamhet med helt privat finansiering som tillhandahålls utan något offentligt uppdrag omfattas inte av huvudmannens ansvar.

För kommunal verksamhet gäller lokaliseringsprincipen. Med kommuner avses det som tidigare kallades primär- och sekundärkommuner, dvs. även landsting.[21] Den innebär att kommuner och landsting får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse inom kommungränsen. Kommuner och landsting har stor frihet att organisera sin verksamhet. Det är tillåtet att bedriva kommunal verksamhet i kommunala bolag.[22] Vård och omsorg får även överlåtas till privata utförare.[23]

EU rättsliga principer

Grundläggande EU rättsliga principer i EUF-fördraget om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet ska gälla i vårdvalssystem.[24] Dessa principer ska alltid iakttas. Det innebär bl.a. att samma förutsättningar och samma krav ska ställas på såväl externa utförare som verksamhet i egen regi. Helt konkurrensneutralt kan det däremot aldrig bli eftersom landsting

[20] 6 kap. 6 § KL.
[21] 2 kap. 1 § KL.
[22] 10 kap. 1 § KL.
[23] 7 kap. 3 § HSL och *lagen om valfrihetssystem* (2008:962).
[24] Artikel 2 f, 3, 5a-5b, 6-6b och 16-16c *Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt* och Prop. 2008/09:29, Lag om valfrihetssystem.

och kommun fortfarande har kvar det yttersta ansvaret för att alla hälso- och sjukvårdstjänster tillhandahålls.

5.1.3 Informationshantering i hälso- och sjukvården

EU:s dataskyddsreform

Från och med 25 maj 2018 ska bestämmelser i EU:s allmänna dataskyddsförordning[25] (dataskyddsförordningen) tillämpas på behandling av personuppgifter, i stället för personuppgiftslagen (1998:204, PUL). Grundläggande bestämmelser om informationshantering inom hälso- och sjukvård kommer i stället regleras av dataskyddsförordningen med kompletterande nationell allmän lagstiftning. Därutöver kommer kompletterande bestämmelser fortsatt finnas i patientdatalagen (2008:355, PDL) men en del bestämmelser i den lagen försvinner eller ändras.

Det pågår för närvarande ett intensivt arbete med att genomföra EU:s dataskyddsreform i svensk rätt och samtliga författningar som reglerar behandling av personuppgifter ses över. Bestämmelser i PDL måste framöver förhålla sig till dataskyddsförordningen och tolkas i ljuset av bestämmelserna i den.

Vid behandling av personuppgifter i vårdgivares verksamhet som omfattas av brottsdatalagens (2018:000), som genomför EU:s dataskyddsdirektiv[26], tillämpningsområde ska den lagen tillämpas i stället. Brottsdatalagen är avsedd att särskilt reglera behandling av personuppgifter som sker i syfte att bekämpa brott, lagföra brott eller verkställa straffrättsliga påföljder. Den kommer t.ex. att gälla behandling av personuppgifter när vårdpersonal fullgör sin skyldighet att utfärda intyg och utlåtanden till polis, åklagare och domstol inom ramen för en brottmålsprocess (jfr SOU 2017:29 s. 183).

För att en behandling av personuppgifter ska vara laglig kräver dataskyddsförordningen att det finns en rättslig grund som är fastställd i lag. Behandling av personuppgifter får därför bara ske under

[25] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679, *av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG* (allmän dataskyddsförordning).
[26] Europaparlamentets och rådets direktiv, (EU) 2016/680, *av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behöriga myndigheters behandling av personuppgifter för att förebygga, förhindra, utreda, avslöja eller lagföra brott eller verkställa straffrättsliga påföljder, och det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av rådets rambeslut 2008/977/RIF*.

de omständigheter som särskilt anges i lagstiftningen. I dataskyddsförordningen räknas dessa rättsliga grunder upp i artikel 6.1. Regleringen i artikel 6.1 i dataskyddsförordningen motsvarar i stora drag artikel 7 i dataskyddsdirektivet, som har genomförts i svensk rätt genom 10 § PUL. Den största skillnaden är att det enligt dataskyddsförordningen inte är tillåtet för myndigheter att, när de fullgör sina uppgifter, behandla personuppgifter med stöd av den rättsliga grund som utgår från en avvägning mellan den ansvariges berättigade intressen och den registrerades rättigheter och intressen (jfr 10 § f PUL). Den möjligheten kvarstår däremot för privata aktörer som behandlar personuppgifter.

Uppräkningen i artikel 6.1 är uttömmande. Om inget av dessa villkor är uppfyllda är behandlingen inte laglig och får därmed inte utföras. De olika villkoren är i viss mån överlappande. Flera rättsliga grunder kan därför vara tillämpliga avseende en och samma behandling.

Den omständigheten att behandlingen är laglig enligt artikel 6.1 i dataskyddsförordningen, dvs. att den är rättsligt grundad, innebär inte att behandling kan ske av vilka uppgifter som helst eller på valfritt sätt. Den personuppgiftsansvarige måste också uppfylla kraven i övriga bestämmelser i förordningen, t.ex. de allmänna principerna i artikel 5. I artiklarna 7 och 8 anges närmare villkor för tillämpningen av artikel 6.1 a, dvs. den rättsliga grund som utgörs av den registrerades samtycke, avseende barns samtycke.

Kompletterande reglering i patientdatalagen

Rättslig grund och närmare ändamål

Som nämnts ovan innehåller PDL kompletterande regler till dataskyddsförordningen. PDL gäller vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Med vårdgivare avses enligt lagen statlig myndighet, landsting, kommun (offentlig vårdgivare) och andra juridiska personer eller enskilda näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Den rättsliga grunden för behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården finns i 2 kap. 2 § PDL. Där framgår att behandling som huvudregel är tillåten även om den enskilde motsätter sig det, såvida inget annat är särskilt reglerat eller framgår av annan lag eller

förordning. Viss behandling kan vara olaglig även om patienten samtycker till den. Behandling är tillåten för något av de ändamål som anges i 2 kap. 4 § PDL. Behandling får även ske för andra ändamål, under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med det ändamål för vilket uppgifterna samlades in (den s.k. finalitetsprincipen).

Behandling av personuppgifter i patientjournalen

Att dokumentera uppgifter om patientens vård i dennes journal kräver inte patientens samtycke. En journal får däremot bara innehålla de uppgifter som behövs för att personalen ska fullgöra sina skyldigheter enligt 3 kap. PDL eller annan nödvändig administration. Syftet med patientjournalen redogörs för i avsnitt 6.2.2. Endast den personal som deltar i vården av patienten vid den aktuella vårdepisoden eller annars behöver uppgifterna för sitt arbete får ta del av uppgifter om en patient.[27] Hur uppgifterna sprids inom hälso- och sjukvården kan däremot patienten påverka genom att samtycka till viss spridning.

Socialstyrelsen har meddelat närmare föreskrifter om tillgången till personuppgifter. Av föreskrifterna framgår att vårdgivaren ska göra en individuell behovs- och riskanalys för varje anställd. It-system ska konstrueras på ett sådant sätt att naturliga sökbegränsningar kräver flera aktiva val av användaren för att användaren ska kunna ta del av uppgifter på olika nivåer.[28]

Patientens samtycke krävs i vissa fall

Det krävs den enskilde patientens samtycke för att uppgifter som dokumenterats i en patientjournal får göras tillgängliga för någon som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess hos samma vårdgivare.[29] Med vårdprocess menas en standardiserad eller individualiserad process avseende hälso- och sjukvården som hanterar ett eller flera relaterade hälsoproblem eller hälsotillstånd i syfte att främja ett visst resultat. En vårdprocess kan även initieras

[27] 4 kap. 1 § PDL.
[28] Se 4 kap. 2 § *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd* (HSFL-FS 2016:40) *om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.*
[29] 4 kap. 4 § PDL.

av vården i dess förebyggande arbete. Med vårdenhet avses en organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård.

Det krävs även samtycke för att enskildas uppgifter ska få göras tillgängliga hos andra vårdgivare genom direktåtkomst, s.k. sammanhållen journalföring och i nationella eller regionala kvalitetsregister.[30] Dessutom får patienter inte medges direktåtkomst till sin egen journal utan att först själv ha begärt det.[31] Även här krävs i princip patientens samtycke. Det kan nämligen inte anses självklart att alla patienter vill ta del av sin journal. Direktåtkomst får inte beviljas till någon utan stöd i lag eller förordning.[32] En anhörig eller annan typ av ombud kan för närvarande inte beviljas direktåtkomst genom egen inloggning till någon annans patientjournal eftersom en sådan åtkomst inte har stöd i lag eller förordning (jfr Högsta förvaltningsdomstolens dom i mål nr 3716-16).

Skälen till samtyckeskravet är att uppgifter om hälsa är känsliga personuppgifter. För att patienter ska vilja lämna ut nödvändig men känslig information förutsätts att patienter har ett starkt förtroende för informationshanteringen i hälso- och sjukvården. En omfattande tillgång till patientens journal vid flera vårdenheter eller vårdprocesser eller hos en annan vårdgivare innebär att många personer kommer att få tillgång till känsliga uppgifter om den enskilde patienten. Det innebär alltså ett stort intrång i den enskildes integritet som i de angivna fallen anses väga tyngre än vårdens intresse av att kunna dela information. Tillgången till uppgifter om patienten måste därför begränsas om patienten önskar det. För att kunna ta ställning till om patienten ska tillåta viss behandling av sina personuppgifter behöver patienten få information om vad den innebär. Patientens samtycke ska dokumenteras och det kan när som helst återkallas. Det innebär att vårdpersonal återkommande behöver hålla sig uppdaterade om patientens inställning till hur hens uppgifter behandlas.

Om samtycke inte lämnas eller tidigare samtycke återkallas ska uppgifterna om den aktuella patienten spärras för andra vårdenheter eller vårdprocesser hos samma vårdgivare eller för andra vårdgivare. En teknisk spärr ska innebära att ingen annan än den personal som vid det aktuella tillfället deltar i vården vid en vårdenhet eller är involverad i den aktuella vårdprocessen hos samma vårdgivare kan få

[30] 6 kap. 2 § PDL och 7 kap. 2 § PDL.
[31] 5 kap. 5 § PDL.
[32] 5 kap. 4 § PDL.

tillgång till uppgifterna. Däremot får det framgå för andra användare av gemensamma system att det finns ytterligare uppgifter om patienten som är spärrade. I vissa fall får spärren hävas även utan den enskildes samtycke.[33]

Vårdgivarens personuppgiftsansvar

Vårdgivaren är ytterst ansvarig för den behandling av personuppgifter som utförs i verksamheten, dvs. är personuppgiftsansvarig.[34] Vilka skyldigheter som följer av personuppgiftsansvaret regleras i dataskyddsförordningen. Personuppgiftsansvaret innebär bl.a. ansvar för att det finns organisatoriska och tekniska förutsättningar att följa dataskyddslagstiftning, att det finns rutiner till stöd för personalen och att personalen har tillräcklig utbildning om dataskyddsregler. Vårdgivaren ansvarar för att behörigheter tilldelas och begränsas till vad som behövs för att en enskild anställd ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården.

5.1.4 Primärvård och andra centrala begrepp

Inledning

Tydliga gränssnitt mellan verksamhetsområden och tydlig ansvarsfördelning är avgörande för en välfungerande vård. För att utredningen ska kunna fullgöra sitt uppdrag att ta fram ett nationellt utformat uppdrag för primärvården är det nödvändigt att först klargöra vad som avses med begreppet primärvård och hur gränssnitten ska dras i förhållande till andra delar av hälso- och sjukvården.

De begrepp som är relevanta för utredningens uppdrag regleras i HSL. HSL har relativt nyligen varit föremål för en lagteknisk översyn. Ett övergripande syfte var att göra lagen mer överskådlig, tydligare och mer lättillgänglig. Lagen har strukturerats om men är i stort sett oförändrad i sak. Det har bl.a. förts in definitioner av några nya eller i lagen tidigare beskrivna centrala begrepp.

[33] 4 kap. 5 § PDL.
[34] 2 kap. 6 § PDL.

Öppen och sluten vård

Hälso- och sjukvårdsstrukturen skiljer sedan 1940-talet på sluten och öppen vård. Med sluten vård avses vård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Vad som är en vårdinrättning definieras inte i HSL. I stället anges att det för sådan hälso- och sjukvård ska finnas sjukhus.[35] Vad som är ett sjukhus är däremot inte heller definierat någonstans. Av kravet på en god vård följer dock bl.a. att det i varje verksamhet ska finnas tillräckliga förutsättningar såsom personal, lokaler och utrustning för att kunna bedriva en god vård. Med öppen vård avses annan vård än sluten vård.[36]

När begreppsstrukturen infördes fanns i princip bara vårdinrättningar i form av sjukhus av lasarettstyp. Den traditionella slutna vården tar sikte på längre intagning på sjukhus. På 1960-talet utvidgades begreppet till att även omfatta vissa halvöppna former av vård som utfördes på sjukhusen, såsom dagsjukvård och kortare nattsjukvård. Denna utvidgning av begreppet sluten vård ansågs inte kräva någon lagändring.[37] Traditionellt är begreppet sluten vård alltså kopplat till sjukhusbyggnaden. Därefter har andra typer av vårdinrättningar successivt växt fram och allt mer vård har flyttat ut från sjukhusen. Gränssnittet mellan öppen och sluten vård är därför inte längre lika tydligt.

Till öppen vård räknas dels primärvård, dels övrig öppen vård som ges till någon som inte är intagen på ett sjukhus. Detta utesluter alltså inte att övrig öppen vård faktiskt ges på sjukhus, vilket de facto också sker i hög utsträckning. I övrig öppen vård ingår insatser från andra specialistkompetenser än allmänmedicin. Övrig öppen vård räknas med WHO:s terminologi till den sekundära vårdnivån.[38] Det gör den även i den svenska hälso- och sjukvårdsstrukturen, även om det inte framgår så tydligt av HSL.

Sluten vård är betydligt dyrare för samhället än vård som ges i öppen form. Utredningen har i uppdrag att analysera om uppdelningen mellan sluten och öppen vård fortfarande är ändamålsenlig och återkommer till begreppen i sitt slutbetänkande.

---

[35] 2 kap. 4 § och 7 kap. 4 § HSL.
[36] 2 kap. 5 § HSL.
[37] Prop. 1969:125 *om läkarvårdsersättning*, s. 18–19.
[38] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 72 f och 120 f.; prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 47 och prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 129.

Primärvård

Av 2 kap. 6 § HSL framgår att primärvård är hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

En liknande reglering fanns tidigare i 5 § första stycket 1982 års HSL. De ändringarna som har gjorts i 2017 års HSL är endast språkliga och redaktionella. Någon ändring av vad som avses med primärvård har inte skett.[39] Det innebär att dagens definition bygger på en syn på primärvård som har funnits i snart 40 års tid.

Avsikten med definitionen är att förtydliga att primärvård inte är en organisationsform inom den öppna vården. Det viktiga och avgörande är i stället verksamhetens inriktning, innehåll och kvalitet. Primärvård betecknar en vårdnivå, den första, som ska tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. Det svenska begreppet är därmed avsett att motsvara synen på begreppet internationellt, se avsnitt 2.4.1.[40]

Begreppet primärvård omfattar inte bara landstingets s.k. vårdvalssystem, se avsnitt 5.1.5. Den inkluderar även annan primärvård i landstingets regi och primärvård som utförs av kommuner och privata vårdgivare, oavsett om verksamheten finansieras med offentliga eller privata medel. Vem som bedriver verksamheten, i vilken organisatorisk del eller i vilken form den bedrivs är alltså inte avgörande.[41]

Definitionen är allmänt hållen för att skapa förutsättningar för en flexibel hälso- och sjukvårdsstruktur. Den ska bygga på ett patientcentrerat arbetssätt där verksamheterna organiseras utifrån patienten och dennes behov snarare än utifrån olika specialistfunktioner. Flexibla arbetssätt har länge ansetts vara en förutsättning för att snabbt kunna möta förändrade och nya behov av hälso- och sjukvård.[42]

Primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet och svara för grundläggande medicinsk behandling av alla typer av

[39] Se prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag,* s. 89 och s. 130.
[40] Prop. 1994/95:195, Primärvård, privata vårdgivare m.m., s. 46 f och 80 f.
[41] Se Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 46 f. och 80 f. och prop. 2016/17:43, En ny hälso- och sjukvårdslag, s. 130.
[42] Prop. 1994/95:195, Primärvård, privata vårdgivare m.m., s. 47.

sjukdomar. Den är inte begränsad när det gäller patientgrupper eller ålder på patienten. Primärvården ska därför erbjuda ett brett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster, där olika yrkeskategorier samverkar för att ge den enskilde god vård.[43]

Gränsdragningen mot annan öppen vård görs i dag enligt förarbeten när vården kräver annan specialistkompetens än allmänmedicinsk. Gränsdragningen mot sluten vård dras i dag enligt HSL när det är nödvändigt att vården av särskilda skäl utförs på ett sjukhus. Patientsäkerheten kan kräva att vårdkedjor med flera olika specialistkompetenser upprätthålls dygnet runt. Vissa vårdinsatser kräver särskild medicinsk utrustning som av olika skäl inte kan hållas tillgänglig inom primärvården. Avancerad utrustning kan kräva särskild kompetens av användaren. Viss utrustning kan även vara så kostsam att ekonomiska skäl talar för att användningen koncentreras. Sådana vårdinsatser på den sekundära vårdnivån kommer under lång tid behöva utföras på särskilda vårdinrättningar av sjukhuskaraktär.[44]

Gränsen mellan vilken vård som kan ges i öppen och sluten form är flytande och förändras över tid. På senare år har den medicinska och tekniska utvecklingen inneburit att även många kirurgiska ingrepp kan utföras och utförs utanför traditionell sjukhusmiljö. Motsvarande förändring sker inom andra specialiteter. Det innebär att utbudet inom primärvården likt annan vård kan förändras över tid. Det är därför centralt att definitionen av primärvård i HSL inte hindrar en sådan dynamisk utveckling.

Hemsjukvård

Begreppet hemsjukvård används sedan länge i hälso- och sjukvårdsverksamheten. Uttrycket förekommer även i 2017 års HSL men någon definition av begreppet finns inte i lagen.[45]

I förarbeten till 2017 års HSL anges att hemsjukvård framför allt består av insatser som sker i särskilt eller ordinärt boende, men att även enstaka besök i daglig verksamhet eller dagverksamhet torde

[43] Se Prop. 1994/95:195, Primärvård, privata vårdgivare m.m., s. 44–47 och Prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling*, s. 27.
[44] Se Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 72 f och s. 120 f och prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 46 f och s. 80 f och Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 129.
[45] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 105.

kunna omfattas.[46] Landstinget ansvarar för läkarinsatser i hemsjukvården medan kommunen ansvarar för medicinsk vård av annan personal.[47] Kommunens hemsjukvård ska skiljas från hemtjänst enligt Socialtjänstlagen (2001:453, SoL) som inte utgör hälso- och sjukvård i HSL mening.[48]

Enligt utredningens mening är hemsjukvård en vårdform som kan förekomma såväl inom primärvården som på andra vårdnivåer. Vården kan pågå såväl under en längre tid som avse enstaka insatser. Begreppet är således inte en organisatorisk verksamhet. Basal hemsjukvård (i ordinärt eller särskilt boende) bör utgöra primärvård.

Egenvård

Begreppet egenvård har vuxit fram inom hälso- och sjukvårdsverksamhet. Av 1 kap. 6 § andra punkten lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel följer att egenvård kan avse basala åtgärder som den enskilde själv kan vidta till skillnad från insatser som utförs av hälso- och sjukvården. Basal egenvård utgör åtgärder som enskilda själva kan vidta vid enkla och vardagliga sjukdomar och skador, såsom att använda receptfria läkemedel, lägga om sår, lindra huvudvärk eller annars följa rådgivning från 1177 Vårdguiden.[49] Sådan egenvård ska skiljas från patientens medverkan vid avancerad vård som patienten får utföra efter särskilt beslut.[50] Patienten kan själv eller med hjälp av en närstående utföra viss specialistvård utanför sjukhuset. Patientens möjlighet att medverka i sin egen specialistvård är i viss mån reglerad i 5 kap. PL, men någon rätt till sådan egenvård finns inte. Begreppet egenvård används inte heller i lagen.

Socialstyrelsen har tagit fram närmare föreskrifter som ska tillämpas när patienten medverkar i avancerad vård enligt 5 kap. PL. Socialstyrelsen benämner sådan medverkan för egenvård. Där definieras egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso-

[46] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 105.
[47] Se 12 kap. 1–2 §§ och 14 kap. 1 § HSL.
[48] 2 kap. 1 § HSL.
[49] *Prop. 2014/15:91*, *En ny läkemedelslag*, s. 71–72, se även 2 kap. 6 § lagen (2009:366) *om handel med läkemedel*, Apoteket, *Egenvård – Självval och egenvård moderniserade apoteken.*
[50] 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) *om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.*

och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra.[51] Begreppet egenvård används därför även i forskningssammanhang i motsvarande bemärkelse liksom av andra myndigheter.[52] För att skilja begreppen åt benämner utredningen fortsättningsvis patientens medverkan i vården enligt HSL för avancerad egenvård. Eftersom avancerad egenvård utförs av annan, nämligen patienten själv eller dess anhöriga, än hälso- och sjukvårdspersonal utgör åtgärderna efter ett sådant beslut inte längre hälso- och sjukvård.

5.1.5 Den rättsliga styrningen av primärvården

Primärvårdens uppdrag

Primärvårdens uppdrag framgår i viss mån av definitionen i 2017 års HSL. Regleringen motsvarar i stort sett beskrivningen i 1982 års HSL. Beskrivningen är relativt allmänt hållen och ger därmed landsting och kommun stor frihet att själv dra upp gränserna för hur hälso- och sjukvården organiseras lokalt och regionalt. Under decennier verkar det politiskt ha funnits en samstämmig bild av vilka verksamheter som ska omfattas av primärvårdens uppdrag och ges som förstahandsalternativ inom hälso- och sjukvården. En bild som har tagit sin utgångspunkt i beskrivningen i HSL.

Enligt förarbeten till 1982 års HSL omfattar primärvården enligt en allmänt accepterad beskrivning både miljö- och individinriktad förebyggande verksamhet, all utredande och behandlande verksamhet som kan ges utanför sjukhus av lasarettstyp, samt all omvårdnad som behövs av medicinska skäl och kan ges utanför sådana sjukhus.[53] Primärvården omfattar mottagningsverksamhet vid t.ex. vårdcentral, förebyggande verksamhet t.ex. i form av hälsoupplysning och barn- och mödrahälsovård, sjukvård i hemmet samt hälso- och sjukvårdsservice till bl.a. socialtjänst, skolhälsovård och företagshälsovård. Någon närmare beskrivning av primärvårdens uppgifter ansågs inte behöva komma till uttryck när 1982 års HSL först kom till. Med hänsyn till den medicinska utvecklingen var ambitionen att den vård

[51] 2 kap. 1 § SOSFS 2009:6.
[52] Se t.ex. Skolverket, *Egenvård i förskola och skola*, 2014-02-18.
[53] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 69 f.

som av medicinska skäl inte krävde sjukhusens resurser skulle ges i öppen form, i första hand av primärvården.[54]

I syfte att bl.a. förstärka primärvårdens ansvar och uppgifter infördes på mitten av 1990-talet ovan angivna beskrivning av primärvården i 1982 års HSL, i form av en ansvarsreglering för landstingen. Det framhölls att hälso- och sjukvården ska präglas av närhet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. En nära samverkan med andra service- och vårdgivare och god kännedom om lokala förhållanden var av central betydelse. En god primärvård förutsatte även regelbunden fortbildning. Vikten av att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs på rätt nivå lyftes fram. Det upprepades att det var nödvändigt ur resurssynpunkt att omfördela sjukhusens öppenvårdsutbud för att utveckla primärvården.[55]

Primärvårdens organisering

Ansvarsfördelningen

Landstinget är huvudman för den största delen av primärvården. Som berörts i avsnitt 5.1.4 ansvarar även kommunen för delar av primärvården. Det gäller framför allt primärvårdsinsatser, med undantag för läkarinsatser, inom ramen för kommunens sjukvård i särskilt eller ordinärt boende.[56] Det finns även en mindre del helt privatfinansierad primärvård.

Landstinget ska erbjuda öppen vård på lika villkor oavsett till vilket landsting patienten hör. En utomlänspatient omfattas visserligen inte av vårdgarantin i 9 kap. 1 § HSL, men behovs- och solidaritetsprincipen ska fortfarande styra prioriteringar mellan olika patienter. Det innebär att om en utomlänspatient har större behov av vård ska den få vård först. Det har av samma skäl inte heller någon betydelse vilket vårdval en patient har gjort. Det innebär att det inte är tillåtet att göra skillnad mellan patienter som aktivt har valt att lista sig på en viss vårdenhet och de som inte gjort det.

Landstinget ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos de som omfattas av landstingets ansvar.[57]

[54] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 69 f. och prop. 1984/85:181, *om utvecklingen av hälso- och sjukvården*.
[55] Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 30 f. och 47 f.
[56] 12 kap. 1–2 § och 14 kap. 1 § HSL.
[57] 7 kap. 2 § HSL och 8 kap. 1–2 §§ HSL.

Vårdvalssystemet

Sedan år 2010 är det enligt 7 kap. 3 § HSL obligatoriskt för landstingen att organisera primärvården så att alla de som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få möjlighet att välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystemet).

Vårdvalssystemet innebär att varje landsting preciserar lokalt anpassade krav som varje vårdgivare måste uppfylla för att bli godkända som vårdgivare av offentligt finansierad primärvård. Avsikten är att kraven ska ta utgångspunkt i vad som är primärvårdens övergripande uppgift enligt HSL utan att knytas till en viss yrkesgrupp. Tanken är inte att styra vården med detaljerade regler. Tanken är i stället att kraven ska utgå från vilka insatser primärvården ska kunna fullgöra och vilka kompetenskrav som krävs för uppgiften.[58] Givet regleringen i 7 kap. 3 § HSL är det naturligt att kräva att vårdgivaren ska organisera sin verksamhet så att alla patienter som vill kan få tillgång till en fast läkarkontakt.

Lagstiftningen medger inte att enskildas val begränsas till ett visst geografiskt område inom det egna landstinget. Det innebär att landstinget i dag inte kan hindra enskilda från att göra ett fritt val av utförare eller fast läkarkontakt genom att hänvisa till t.ex. resursbrist hos en viss vårdgivare. I samband med vårdvalsreformen konstaterade den bakomliggande utredningen Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) att det föreslagna systemet aldrig tidigare prövats i svenska förhållanden och på sikt behöver utvärderas och reformeras.[59]

5.1.6 Patientens ställning

Patientbegreppet

Det finns olika åsikter om användningen av ordet patient. Exempelvis upplevs begreppet av vissa vara för snävt, eftersom ”patient” är något man bara är när man är i vården, och i förhållande till vården. Lever man med t.ex. kronisk sjukdom så lever man med och hanterar sin/a sjukdom/ar hela tiden. Inte bara när man är i vården. Vi har i vår utredning valt att använda uttrycket patient eftersom det används

[58] Se Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 31–32.
[59] SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*, s. 13.

i den författningsreglering inom hälso- och sjukvårdens område som är mest relevant vid fullgörandet av vårt uppdrag. Hälso- och sjukvård är också något annat än socialtjänst och det finns därför grund för att använda olika benämningar beroende på vad saken gäller.

Skyldighet att tillhandahålla vård

Den pågående omstruktureringen inom hälso- och sjukvården innebär som tidigare nämnts att vårdens utförande och utformning ska utgå från patienten, inte från hur vården har organiserat sig. Enligt utredningens mening innebär detta att vården ska utgå från patientens behov, förutsättningar och preferenser. Samtidigt ska beaktas att hälso- och sjukvårdslagstiftningen inte är en rättighetslag. Frågan övervägdes av riksdagen senast år 2014 när patientlagen kom till, men medförde ingen ändring jämfört tidigare. Det ska ankomma på samhället – stat, kommun och landsting – att tillhandahålla den vård som befolkningen och enskilda individer behöver. Det är en förutsättning för att etiska principer ska kunna styra tillgången till vård. Om det överlåts till varje patient att ta tillvara sin rätt till vård så finns risken att den som ropar högst får mest och bäst vård, vilket inte nödvändigtvis är den som är i störst behov. En sådan ordning kan också förväntas ha sämre förutsättningar att ge en jämlik vård då alla inte har samma förutsättningar att tillvarata sin rätt.

Även om lagstiftningen är utformad som en skyldighet för samhället att tillhandahålla vård kan och ska patientens preferenser beaktas i den mån det är möjligt. Detta innebär att vården i möjligaste mån ska beakta patientens uppfattning om sitt vårdbehov, men att behovet slutligt avgörs av vården. Det innebär också att den enskilda patientens förutsättningar måste beaktas vid beslut om vårdens utförande. Det finns en mängd faktorer som påverkar den enskilda patientens förutsättningar. Alla patienter ska känna sig delaktiga och involverade i utformningen av sin vård utifrån var och ens egna förutsättningar. En del patienter har närstående som vill stödja patienten, men det bör inte krävas av en närstående eller av patienten. Samtidigt ska de närstående och andra som med patientens samtycke vill involveras i vården också göra det. Vissa patienter har däremot sva-

gare socialt skyddsnät och kan behöva mötas på ett annat sätt. Vården behöver se varje patients unika situation och anpassa vården efter den.

Om vården utgår från patientens behov, förutsättningar och preferenser skapas förutsättningar för patientens delaktighet, självbestämmande och integritet. Det är en grund för att patienten ska känna trygghet och tillit till vården. Att en patient aktivt engagerar sig och deltar i sin sjukvårdssituation och behandling har positiv effekt på både vårdresultatet och patientens hälsa. En mer individanpassad vård bidrar även till en jämlikare vård. Samordning mellan och kontinuitet i vårdkontakter är centralt för att skapa helhetssyn i vården av patienten. Kontinuitet och samordning i vården är viktiga faktorer för att uppnå patientsäkerhet och en god vård. Det leder även till att vården blir mer effektiv.

Tillsammans skapar vi bästa möjliga hälsa och jämlik vård – en lärresa från Region Jönköping

Hur kan vi stödja individer utifrån deras behov och förmåga att själva tillvarata sina egna resurser och nätverk för bästa möjliga hälsa och skapa tjänster där varje vårdtillfälle möter invånarnas behov?

I Region Jönköping har vi haft en lång lärresa som fortfarande i högsta grad pågår där vi bygger förståelse och lärande kring hur vården tillsammans med patienter och närstående kan utveckla partnerskap. Nedan följer ett axplock med några exempel på hur vi gör och lär.

Vad är viktigt för Esther? Den frågan startade ett utvecklingsarbete i slutet av 1990-talet där berättelsen om **Esther** lärde oss att arbeta personcentrerat och samverka mellan olika huvudmän genom hela vårdkedjan.

När patienter började med **självdialys** lärde vi oss att lita till patientens egen förmåga och ändrade vår roll i vården till att bli mer stödjande.

I **Passion för livet** lärde vi oss hur viktigt det är att frigöra och tillvarata invånarkraft som skapas när seniorer själva med hjälp av moderna kvalitetsmetoder arbetar med sina egna livsstilsförändringar som påverkar hälsa och livskvalitet. Vi lärde oss också att verklig folkrörelse startar när invånarna själva sprider sitt koncept vidare och coachar andra.

I **Hälsocafé** lär vi tillsammans med volontärer hur personer med erfarenheter från att leva med kronisk sjukdom kan bli till stöd för varandra i att hantera livet och främja hälsa genom att bygga värdefulla nätverk som också kan ersätta behov av vårdkontakt.

När vi utvecklar nya arbetssätt gör vi det tillsammans med personer från ”**levande bibliotek**” som är ett nätverk med personer med patienterfarenheter som gärna bidrar med sina erfarenheter och kunskaper i olika utvecklingsarbeten.

Värdet av samskapande utifrån patientperspektivet beskriver några personer som deltar i olika grupperingar så här:

> Samarbete mellan vården och patienterna ger en mer komplett bild av allas behov. Vad behöver patienten och hur kan vården leverera detta men också vad krävs av patienten i utbyte för att detta ska fungera på ett tillfredställande sätt.
>
> Med volontärers erfarenheter och kunskaper kan vi göra livet lättare för berörda. Vi är också med och underlättar för vårdpersonalen då vi kan ta emot många besökare på ett enkelt och kostnadseffektivt sätt
>
> Genom dialog sker förbättringar.
>
> Jag önskar att alla kunde våga se värdet och vinsten av att ta del av patienters otroliga erfarenhet och kunskap i sitt utvecklingsarbete.

5.1.7 Tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet i svensk hälso- och sjukvård

Tillgänglighet

Att primärvården upplevs som tillgänglig för patienten kan betyda olika saker för olika patienter. Vanligen tänker man sig tillgänglighet per telefon till rådgivning och tidbokning, samt möjlighet att inom rimlig tid få bedömning och behandling av den yrkeskategori som bäst kan möta patientens behov. Här spelar även öppettider roll och vilken typ av vård som finns tillgänglig kvällar, helger och nätter.

Geografisk tillgänglighet betyder olika saker i olika delar av landet, beroende på vilket avstånd man är van att ha till olika serviceinrättningar. Till viss del kan ett längre geografiskt avstånd kompenseras med tekniska lösningar, som t.ex. möjliggör vissa konsultationer, bedömningar och uppföljningar på distans. Landsting/regioner i norra

Sverige ligger i framkant vad gäller att tillhandahålla sådana möjligheter. Motsvarande lösningar skulle dock med fördel även kunna tillämpas i mer tätbefolkade områden.

Informationstillgänglighet är en annan form av tillgänglighet, som bl.a. innebär att alla relevanta aktörer i vården vid behov och efter patientens samtycke har tillgång till relevant medicinsk information om patienten, inklusive ordinerade läkemedel och hjälpmedel samt i förekommande fall samordnad individuell plan (SIP).

Tillgänglighet kan också handla om anpassning utifrån särskilda förutsättningar hos patienter med olika typer av funktionsnedsättning. Det kan röra sig om fysisk tillgänglighet, men också om möjlighet att kommunicera per telefon eller digitalt för patienter med begränsad förmåga till muntlig kommunikation eller som av andra skäl föredrar dessa sätt att kommunicera.

I 9 kap. 1 § HSL regleras den s.k. vårdgarantin där ett par punkter riktar sig direkt till primärvården. Vårdgarantin reglerar väntetider inom hälso- och sjukvården. En patient ska inom viss tid dels erbjudas kontakt med primärvården dels få besöka läkare inom primärvården, om vårdpersonalen bedömer att patienten behöver träffa läkare.[60]

Den första vårdgarantin infördes redan på 1990-talet. Från och med den 1 januari 2019 förväntas vårdgarantin utvidgas på så sätt att landstingen ska garantera att den enskilde inom en viss tid får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hon eller han får träffa. Samtidigt kommer väntetiden att kortas jämfört med tidigare.[61] Syftet med ändringen är att öka tillgängligheten till primärvården ur ett tidsmässigt perspektiv. Det beräknas även skapa utrymme för ett effektivare resursutnyttjande genom att fler kompetenser inom primärvården nyttjas utifrån patientens behov. Samtidigt införs en ny bestämmelse i 7 kap. 2 a § HSL som innebär att landstingen är skyldiga att organisera sin hälso- och sjukvård så att den kan ges nära befolkningen.[62]

[60] Se 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § HSF. En upplysningsbestämmelse finns även i 2 kap. 3 § PL.
[61] Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvård och en förstärkt vårdgaranti*.
[62] Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvård och en förstärkt vårdgaranti*, s. 6. (Riksdagen förväntas fatta beslut om proposition i slutet av maj.)

Delaktighet

Hälso- och sjukvården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.[63] Patientens medverkan i vården ska alltid utgå från patientens önskemål och egna förutsättningar.[64]

Patienten ses mer och mer som en fullvärdig medlem i vårdteamet och evidensen pekar på att det också ger bättre utfall. Till exempel leder investeringar i patientcentrerad kommunikation till att substantiellt fler patienter följer behandlingsrekommendationer samt ger större nöjdhet hos såväl patienter som vårdens medarbetare.[65]
Patientens ökade delaktighet innebär ett paradigmskifte i vården, ett skifte som ställer krav på ökad lyhördhet från vårdens professioner för patientens behov, förutsättningar och preferenser. Det avser såväl utredning och behandling som val av kontaktvägar, närståendes involvering samt hur patientens egna resurser kan tas tillvara. Slutligen måste vården skapa förutsättningar för att tolka symtomen i ett vidare perspektiv än det strikt medicinska, detta gäller inte minst patienter med medicinskt oförklarliga symptom.[66]

Vissa patienter vill själva ta ansvar för en större del av besluten rörande sin vård, medan andra känner sig tryggare om hälso- och sjukvårdspersonal fattar besluten. Oavsett har vården ansvar för att patienten blir informerad om olika alternativ för utredning och behandling och kan fatta väl avvägda beslut. Avancerad egenvård som en patient utför i hemmet blir ofta en angelägenhet även för dem som patienten lever tillsammans med. Även närstående ska ha möjlighet att medverka vid utformningen.[67] För sådan medverkan gäller särskilda föreskrifter som Socialstyrelsen har tagit fram.[68]

[63] 5 kap. 1 § PL.
[64] 5 kap. 2 § PL.
[65] European Commission, *State of Health in the EU: Companion Report 2017*, 2017, s. 24.
[66] Ekman et al, *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*, 2013, s. 147.
[67] 5 kap. 3 §§ PL.
[68] Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6), *om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*.

Några aktuella initiativ kopplat till ökad delaktighet

SKL har genomfört ett utforskande och kunskapsspridande projekt med målsättningen att främja utvecklingen av innovativa, personcentrerade arbetssätt, kallat Flippen i primärvården[69]. Patienters behov har där beskrivits utifrån personliga behov, egenskaper och beteenden[70]. Dessa har delats in i fyra grupper som beskrivs närmare i avsnitt 9.2.2. Indelningen kan användas som ett verktyg för vården att arbeta mer strukturerat kring olika sätt att möta personer utifrån individens egen utgångspunkt.

För att styra mot en mer personcentrerad vård föreslår ett antal patientföreningar[71] bl.a. ökade möjligheter till hemmonitorering, sammanhållen vårdplanering, hög tillgänglighet till vårdkoordinator, patientutbildningar samt strukturer för uppföljning av vårdplaner.

I ett pågående Vinnovaprojekt[72] har benämningen ”spetspatient” utvecklats och definieras som en patient (eller närstående) som i kontakt med livsomvälvande sjukdom utvecklar strategier och metoder för att maximera må-bra-tiden. Projektet förväntas leda till att fler kunniga patienter blir aktivt engagerade i sin egenvård och vårdens förbättringsarbete. Detta leder till att efterfrågan på vård förändras genom att patienter som kan och vill ta ett större ansvar för sin hälsa får bättre möjligheter att göra det. Detta kommer att leda till kulturförändringar i vården vilket i sin tur leder till ett mer långsiktigt hållbart system för hälsa.

[69] SKL, *Flippen i primärvården – Ett nationellt innovationsprojekt med och för Sveriges primärvård – slutrapport*, 2018.
[70] SKL, *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården.*
[71] Astma- och allergiförbundet, Diabetesorganistaionen i Sverige. Neuroförbundet, Reumatikerförbundet, Riksförbundet HjärtLung och Storstockholms diabetesförening, *Vägen mot världsklass*, 2018.
[72] Vinnova, *Spetspatienter – en ny resurs för hälsa*.

En spetspatients tankar om Patientdelaktighet

Patientlagen, som trädde i kraft 1 januari 2015, syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Detta är en positiv utveckling, en tydlig signal från lagstiftaren och det ger avstamp för den nödvändiga och viktiga omställningen av svensk hälso- och sjukvård som krävs. Dock visar ett flertal utredningar och studier, bl.a. från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att patienter i Sverige är långt ifrån att vara så delaktiga som de vill vara.

Vad menar vi egentligen med patientdelaktighet? Patientdelaktighet kan innebära olika saker i olika sammanhang och det är därför viktigt att vara tydlig vad gäller användningen av ordet. Man kan som patient vara delaktig i det egna vårdmötet och man kan även vara delaktig i organisationen av vården, t.ex. genom att medverka i patientråd eller liknande. Dessa bör ses som distinkt olika typer av delaktighet och båda typerna beskrivs kortfattat nedan.

Patientdelaktighet i det egna vårdmötet

Det är troligen framför allt denna typ av delaktighet som avses i patientlagen och den förekommer i samtliga vårdmöten. En patient som inte har viljan, förmågorna eller förutsättningarna att vara delaktig bör självfallet inte tvingas till att vara det. Patientlagens syfte är dock att i all hälso- och sjukvårdsverksamhet främja patientens självbestämmande och delaktighet och verksamheten behöver därför ställas om från att leverera vård till att i samtliga möten och interaktioner konkret och tydligt stödja patienternas egenvård. Detta kommer att kräva förändringar i bland annat arbetssätt, lagstiftning och styr- och ersättningssystem och detta arbete måste påbörjas omgående. SKL genomförde nyligen en studie som visar att primärvårdens nuvarande system är anpassat efter behoven och beteenden som endast 5 procent av invånarna uppvisar.[73]

[73] SKL, *Rapport Analysuppdrag: Flippen* och SKL, *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården*.

Patientdelaktighet i vårdens förbättringsarbete

Denna typ av delaktighet har förmodligen inte alla patienter intresse av att själva delta i och det är nog inte heller önskvärt. För att man som patient aktivt ska kunna medverka i vårdens förbättringsarbete bör man besitta kunskaper och kompetenser som passar för det specifika sammanhanget. Ett exempel på en framgångsrik modell är arbetet med ”brukarinflytandesamordnare” (BISAM) inom psykiatrin på flera håll i landet.[74] BISAM är tidigare långvariga patienter inom psykiatrin som är anställda inom verksamheterna för att, med utgångspunkt från sina patienterfarenheter, medverka i det kontinuerliga förbättringsarbetet.

Det är av största vikt för framtiden att båda typerna av patientdelaktighet utvecklas och tydliggörs. På detta sätt kan vi alla tillsammans skapa ett långsiktigt hållbart välfärdssystem för att möte framtidens hälsoutmaningar.

Kontinuitet och samordning

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt ska utses om patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Patienten ska få information om möjligheten att få fast vårdkontakt. Det är verksamhetschefens ansvar att säkerställa detta behov och att en sådan utses.[75]

Bestämmelsen infördes i syfte stärka patientens ställning. Funktionen kan finnas i alla hälso- och sjukvårdsverksamheter. Det är patientens egen uppfattning av behovet av en fast vårdkontakt som ska styra om en sådan utses. Om patienten inte önskar en fast vårdkontakt får samordningen av vården lösas på annat sätt. Vem som bör utgöra patientens fasta vårdkontakt ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose det behovet. Så långt möjligt bör även patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses. En fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog. Det kan också vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Beroende

[74] Stockholm Läns Landsting, *Norra Stockholms psykiatri*, 2015-10-09.
[75] 3 kap. 1 § och 6 kap. 1–2 § PL och 4 kap. 1 § HSF.

på vilket behov patienten har i det enskilda fallet kan det finnas en eller flera fasta vårdkontakter. Dessa ska då tillsammans skapa ett samordnat vårdflöde för patienten.[76]

En fast vårdkontakt kan framför allt behövas i vårdprocesser där flera aktörer är involverade. Funktionen kan dels behöva samordna olika vårdinsatser dels erbjuda patienten både informationskontinuitet och relationskontinuitet. Framför allt kroniskt sjuka, äldre och andra med många sjukdomar och patienter med andra långvariga sjukdomar kan behöva ha en läkare som fast vårdkontakt.[77] En fast vårdkontakt ska t.ex. utses i samband med att en patient skrivs ut från sluten vård om patienten bedöms ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården eller den kommunala hälso- och sjukvården.[78] För patienter som bor i särskilt boende är det rimligt att kommunens omsorgsansvariga sjuksköterska är fast vårdkontakt. Bestämmelsen gäller även i helt privatfinansierad verksamhet.

Regleringen om fast vårdkontakt som infördes 2010 ersatte den tidigare regleringen om patientansvarig läkare (PAL) med motivering att den inte fungerat som tänkt. Det ursprungliga syftet med PAL var att en utpekad läkare skulle ansvara för patientens behov av kontinuitet, samordning och säkerhet. För patienter med sammansatta vårdbehov är det viktigt att vården fungerar ur medicinsk synvinkel. Det är då en fördel om en utpekad läkare ansvarar för att samordna vårdinsatser och tillgodose patientens behov av kontinuitet. I primärvården fyller vanligen den fasta läkarkontakten denna funktion.

Kontinuitet och samordning är inte beroende av endast en läkare utan snarare olika professioner tillsammans, ett team. Vårdens insatser behöver samordnas. Det är även viktigt att vårdprocesserna är effektiva och rationella ur patientens perspektiv. Det ansågs därför inte ändamålsenligt att begränsa den fasta funktionen till en viss profession inom den specialiserade sjukvården utanför primärvården. För att underlätta samordning och kontinuitet i vårdens insatser för den enskilde ersattes PAL därför med en fast vårdkontakt. Om en

[76] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 60 f; Prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*, s. 47 f.
[77] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 57, 61–62 och 75.
[78] 2 kap.1 § och 5 § lagen (2017:612) *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*

fast vårdkontakt inte är medicinskt ansvarig för patientens vård, bör det klargöras vem som har det ansvaret.[79]

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska patienter med livshotande tillstånd få en legitimerad läkare som fast vårdkontakt.[80] Även vid andra tillstånd kan den fasta läkarkontakten behöva vara läkare, t.ex. om instabila sjukdomsförlopp kräver flera medicinska bedömningar och behandlingar.[81] Utredningen bedömer att Socialstyrelsens vägledning om vilka uppgifter fast vårdkontakt har framför allt fokuserar på att lyfta fram det administrativa samordningsansvar som funktionen enligt förarbetena kan ha.[82] Att funktionens ansvar i det avseendet sedan 1 januari 2018 även regleras i lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård bidrar också till en sådan förstärkning.

Fast läkarkontakt i primärvården

Landsting ansvarar för att alla som omfattas av deras ansvar både får tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården och att det finns en möjlighet att byta till en annan än den som först utses om relationen inte fungerar. Regleringen om fast läkarkontakt har funnits under lång tid. Den ersatte det tidigare, mycket kortlivade, husläkarsystemet från början av 1990-talet.

För många patienter, speciellt de med hälsoproblem som innebär de ofta behöver ha kontakt med primärvården, är det viktigt att få möta samma person. En god kännedom om patientens olika hälsotillstånd underlättar även läkarens uppgift att diagnostisera och behandla dessa sjukdomsbesvär.[83] Den fasta läkarkontakten ska tillgodose patientens behov av kontinuitet i primärvården. Den fyller i den utsträckningen därmed motsvarande funktion som en fast vårdkontakt.[84] Det finns inget som hindrar att den fasta läkaren också är fast vårdkontakt. Men det kan också vara så att en patient behöver en fast vårdkontakt av mer administrativ karaktär som komplement

[79] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 57 f.
[80] 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7), *om livsuppehållande behandling.*
[81] Socialstyrelsen, *Nationell vägledning om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.*
[82] Jämför Socialstyrelsens meddelandeblad nr 9/2012; Socialstyrelsens vägledning.
[83] Jämför Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m*.
[84] Jämför Prop. 2009/10:67, Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning, s. 57.

till en fast läkarkontakt i primärvården. Som redogjorts för ovan kan en patient ha behov av flera fasta vårdkontakter i olika delar av hälso- och sjukvården. I vissa fall är det lämpligt att den fasta läkarkontakten i primärvården samordnar patientens medicinska kontakter i vården. I andra fall kan patientens behov av kontinuitet bättre tillgodoses av en fast vårdkontakt som är läkare inom annan specialistvård. Det är t.ex. aktuellt om primärvården inte är involverad i patientens vård eller om vårdbehovet inte kan tillgodoses inom primärvården. Beroende på hur omfattande samordningsbehov en patient har kan patienten behöva en fast vårdkontakt av mer administrativ art utöver sin fasta läkarkontakt.

En patient är alltid i ett utsatt och känsligt läge. Möjligheten till kontinuitet i vårdkontakterna gör att patienten inte behöver upprepa sin historia vid varje möte. Det kan även underlätta för patienten att berätta om sina hälsoproblem, inte minst problem såsom psykisk ohälsa, beroendeproblematik eller våld i nära relationer, om hen har fått möjlighet att bygga en förtrolig relation till en viss läkare. Om relationen inte fungerar måste det finnas möjlighet att byta fast läkarkontakt. Att relationen fungerar mellan patient och läkare har även stor betydelse för hur effektiv vården blir.[85]

Patientens ställning förstärktes år 2015 genom att en uttrycklig reglering om att patienten ska få information bl.a. om möjligheten att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. I praktiken måste informationen anpassas efter vad som är aktuellt i det enskilda fallet, men det ansågs vara en självklarhet som inte behöver komma till uttryck i lagtexten.[86]

Det kan noteras att regleringen om fast läkarkontakt, till skillnad mot fast vårdkontakt, bara gäller för primärvård som bedrivs med landsting som huvudman.[87] Landstinget är fortfarande huvudman för offentligt finansierad primärvård även om driften har överlåtits till en privat utförare. Privata vårdgivare utan offentlig finansiering faller däremot utanför regleringen.

Den ursprungliga regleringen innebar att den fasta läkarkontakten skulle vara specialist i allmänmedicin. Det kravet togs bort i vård-

[85] Se Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 41–42.
[86] Prop. 2013/14:106, *Patientlag*, s. 51–52.
[87] Se 1 kap. 2 § andra stycket PL.

valsreformen år 2010. Skälet var framför allt att bristen på specialister i allmänmedicin medförde att skyldigheten i praktiken inte skulle kunna uppfyllas för hela befolkningen. Det ansågs i sig kunna riskera primärvårdens förtroende.[88]

5.1.8 Tidigare övervägande om ett nationellt primärvårdsuppdrag

Vårdvalsreformen

Förslag om ett tydligare nationellt uppdrag för primärvården har förts fram och övervägts tidigare. I samband med riksdagens beslut om riktlinjer för hälso- och sjukvårdens utveckling under 2000-talet lyfte regeringen fram vikten av ett tydligt primärvårdsuppdrag för att uppnå en vård på lika villkor. En nationell reglering ansågs då inte lämpligt med hänvisning till att primärvårdens organisation måste kunna anpassas till lokala förhållanden. [89]

Knappt tio år senare var frågan aktuell igen. I vårdvalsreformen övervägde Utredningen Vårdval i Sverige en nationell vårdvalsmodell för primärvården. Den utredningen föreslog slutligen en regional vårdvalsmodell som i huvudsak skulle utformas av landstingen, men där staten skulle fastställa primärvårdens grunduppdrag med krav som varje utförare måste uppfylla. Med det nationella uppdraget som utgångspunkt skulle landstinget kunna formulera tilläggsuppdrag utifrån lokala förhållanden.[90]

De relativt självklara inslagen i ett enhetligt grunduppdrag motsvarade den sedan länge gemensamma bilden av landstingets primärvårdsuppdrag. Förslaget innebar att grunduppdraget skulle omfatta mottagningsverksamhet, jour, hembesök, individprevention, samverkan med andra vårdgivare och serviceorgan samt kvalitetssäkring och intygsskrivning. Primärvården skulle även ha en samordnande funktion. Innehållsmässigt var Utredningen Vårdval i Sveriges förslag om primärvårdens uppdrag alltså inte kontroversiellt. Den utred-

[88] Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.,* s. 33, 41 f. och s. 81; prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 38.
[89] Se Prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling* och prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*.
[90] SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*, s. 106–107.

ningen ansåg det däremot inte lämpligt att närmare reglera det grundläggande primärvårdsuppdraget i lag. Den främsta anledningen till det var att gränserna mellan vad som är sluten vård, primärvård och annan öppen vård kontinuerligt förflyttas. I stället föreslog Utredningen Vårdval i Sverige att Socialstyrelsen skulle få i uppdrag att specificera grunduppdraget närmare.[91]

Förslaget mötte kritik från remissinstanser och regeringen ansåg att det mot den bakgrunden då inte fanns förutsättningar att gå vidare med förslaget om ett nationellt uppdrag för primärvården.

Många remissinstanser, även vissa landsting och kommuner, stödde visserligen en större enhetlighet i utbudet av vårdtjänster inom primärvården. Dessa ansåg även att Utredningen Vårdval i Sveriges förslag till regional vårdvalsmodell var en bra avvägning mellan statligt inflytande och kommunalt självstyre. Flera av dessa ansåg även att ett nationellt uppdrag skulle skapa bättre förutsättningar för en likvärdig vård i hela landet samt bidra till att garantera en jämn och god kvalitet på de tjänster som erbjuds. Förslaget fick viss kritik för att det inte redogjorde för det närmare innehållet i grunduppdraget eller hur förslaget skulle genomföras. Många avvisade även den delen av förslaget med hänvisning till det kommunala självstyret och landstingens behov av frihet att fullt ut kunna anpassa primärvården efter regionala och lokala behov. Det politiska läget vid denna tid medgav inte att man gick vidare med förslaget om ett nationellt uppdrag. Den oklara gränsen mellan primärvård och annan vård lyftes också fram som ett hinder mot att precisera primärvårdens uppdrag. Kritik framfördes mot att kommunernas roll i primärvården genom den utökade hemsjukvården inte beaktades i förslaget.[92]

Regeringen konstaterade slutligen att det i en vårdvalsmodell i primärvården behöver preciseras vilka krav som utföraren ska uppfylla och att kraven borde utgå från vad som anges om primärvården i HSL. Liksom vid tidigare reformer av primärvården bedömde regeringen att det fanns en relativt samstämmig bild av vad som är primärvårdens övergripande uppgift. Samtidigt ansågs det fortsatt vara bäst att landstingen fick bedöma vilka krav som bör ställas utifrån regionala och lokala förhållanden. Regeringen påpekade samtidigt vikten av att landstingen samverkar för att skapa en så bred gemensam

[91] Se SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*, s. 106–107.
[92] Se Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 29 f.

definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Regeringen avsåg att följa upp arbetet.[93]

Riksrevisionens granskning av vårdvalsreformen och vårdgarantin

Vid sin granskning av vårdvalsreformen och den lagstadgade vårdgarantin rekommenderade Riksrevisionen under år 2013 ett försök att göra vårdvalssystemen mer lika bl.a. genom ett nytt mer enhetligt primärvårdsuppdrag. Det betonades att primärvårdsuppdraget inte bör göras för brett eftersom det riskerar mångfalden i utbudet. Revisionen ansåg att skillnaderna mellan landstingen vad gäller primärvårdens uppdrag och ersättningsvillkor består men utan att vara motiverade av regionala skillnader. Skillnaderna i primärvårdens innehåll bedömdes medföra att hälso- och sjukvårdens grundläggande principer om likvärdig vård för alla och prioritering av de svårt sjukaste inte har uppfyllts. Primärvårdens kostnader har ökat, utan att kostnaderna för den specialiserade vården minskat. Det rekommenderades även att göra ersättningsprinciperna så enkla som möjligt och styra mot hälso- och sjukvårdens etiska principer.

Regeringen konstaterade vid sin beredning av Riksrevisionens rapport att det finns fördelar med ett tydligare formulerat grunduppdrag för primärvården. Ett sådant uppdrag bör ta hänsyn till och respektera det kommunala självstyret, behovet av regionala skillnader samt vara flexibelt i förhållande till den medicinska utvecklingen som innebär att vad som kan utföras i öppen respektive sluten vård varierar över tid.[94] Regeringen gav därefter Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga hur landstingen formulerar sina primärvårduppdrag, se avsnitt 5.2.

Aktuella förutsättningar för ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag

Utredningen konstaterar att landstingen under lång tid har haft möjlighet att samordna sitt arbete med att definiera primärvårdens grunduppdrag. Som framgår av ovan samt avsnitt 5.2. visar såväl Riks-

[93] Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 32.
[94] Regeringens skrivelse 2014/15:72, *Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning*, s. 9, 13 och s. 119–120.

revisionens granskning som både Socialstyrelsens och utredningens kartläggningar att samordningen har uteblivit. Effektiv vård föreslår att primärvårdens uppdrag regleras i författning eftersom andra styrmedel som används för att skapa en mer jämlik primärvård inte har fungerat. Det är en av orsakerna till att vår utredning har fått ett uttryckligt uppdrag att formulera ett tydligare nationellt utformat uppdrag och ansvarsfördelning för primärvård. Under utredningens många dialoger och möten runtom i Sverige har vi fått en i stort sett samstämmig bild av att samtliga berörda aktörer, även huvudmän, nu ser ett mervärde i och ställer sig bakom att staten formulerar ett nationellt primärvårdsuppdrag. Utredningens arbetssätt med en omfattande dialog med samtliga berörda aktörer samt det politiska läget på lokal, regional och statlig nivå borgar alltså för att det nu finns förutsättningar för att föreslå ett nationellt utformat uppdrag för primärvården.

5.2 Dagens primärvårduppdrag

Som tidigare redogjorts för är såväl landsting/regioner som kommuner huvudmän för primärvården. I det följande ges viss översiktlig statistik om vård som bedrivs på primärvårdsnivå i både landsting/region och kommun. Därefter avgränsas texterna till att i huvudsak fokusera på den delen av primärvården som bedrivs med landsting/region som huvudmän, och framför allt den del av deras primärvård som bedrivs inom vårdvalssystem för primärvård.

5.2.1 Omfattning och utformning av primärvårdsuppdragen

Statistik om primärvård

Enligt SKL – Statistik om hälso- och sjukvård[95] – fanns det år 2016 1 144 vårdcentraler i landet, en minskning med 6 stycken jämfört med 2015. Av dessa drevs 658 (58 procent) i offentlig regi och 486 (42 procent) i privat regi.

Antalet läkarbesök i primärvården var totalt 14,4 miljoner, en minskning med drygt 200 000 besök jämfört med 2015. Besök hos övriga personalkategorier ökade med drygt 700 000 till 27,7 miljoner.

[95] SKL, *Statistik om Hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2016.*

Dessa kan delas upp i besök hos sjuksköterska (9,2 miljoner), fysioterapi och arbetsterapi (8,8 miljoner), barnhälsovård (2,4 miljoner), primärvårdsansluten hemsjukvård (2,3 miljoner), mödrahälsovård (2,0 miljoner) och övriga (3,0 miljoner). Även antalet telefonkontakter ökade med cirka 140 000 jämfört med 2015 till drygt 16,3 miljoner.

Sluten primärvård, innebärande observationsplatser, bedrevs enligt statistiken i sex landsting (Norrbotten, Västerbotten, Jämtland, Gävleborg, Värmland och Halland) och hade totalt 3 655 vårdtillfällen under 2016, varav merparten i de två nordligaste landstingen.

Nettokostnaderna för primärvården, exklusive läkemedelsförmånen, var 2016 42,7 miljarder kronor, en ökning med 2,6 procent jämfört med 2015. Primärvårdens andel av de totala nettokostnaderna för hälso- och sjukvård i landstingen låg oförändrat på 17 procent. Genomsnittskostnaden per invånare var 4 271 kronor, en ökning med 1 procent jämfört med föregående år. Kostnaden skiljer sig åt mellan olika landsting.

Enligt Socialstyrelsens statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser[96] var nästan 400 000 personer någon gång under 2016 mottagare av kommunal hälso- och sjukvård. Bland dem var 83 procent 65 år eller äldre. Bland dessa finns en betydande skillnad mellan könen. För hela året 2016 var det över 80 000 fler kvinnor än män och i genomsnitt 58 000 fler kvinnor varje månad som fick kommunal hälso- och sjukvård.

Över 40 procent av alla som fått kommunal hälso- och sjukvård har fått minst en åtgärd varje månad från samma kommun under 2016. Dessa personer är troligtvis i behov av kontinuerlig och regelbunden vård. Andelen som fått kontinuerlig vård är marginellt högre för kvinnor.

Landstingens styrning av primärvårdsuppdragen

Den primära styrningen och organiseringen av den del av landstingens primärvård som utförs under vårdval för primärvård sker i form av förfrågningsunderlag för vårdcentralers verksamhet, (och för andra verksamheter om landstinget valt att ha flera vårdval inom primärvården). Förfrågningsunderlagen ligger sedan till grund för avtal som upprättas med utförare som uppfyller kraven och önskar etablera sig

[96] Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser*, 2017-05-18.

inom landstinget. Samma förfrågningsunderlag gäller som underlag för utförare i offentlig regi. Som redogjorts för ovan är tanken att kraven ska ta utgångspunkt i primärvårdens uppdrag och de skyldigheter som landstinget har som huvudman. I förfrågningsunderlagen anges även enhetliga principer för ersättning till utförare etablerade i det egna landstinget. Kraven och ersättningssystemens konstruktion varierar däremot mellan landsting, se avsnitt 5.2.15.

5.2.2 Landstingens vårdval för primärvård – 21 versioner

Landstingens utformning av primärvårdens uppdrag har kartlagts vid flera tillfällen sedan det 2010 blev obligatoriskt för landstingen att införa vårdval i primärvården. Den senaste är gjord av Socialstyrelsen 2016[97] och bekräftar tidigare kartläggningars bild att primärvården i alla landsting har ett kärnuppdrag, kompletterat med varierad grad av tilläggsuppdrag, inom eller utom vårdvalet för primärvård.

Utredningen har gjort en uppdaterad kartläggning genom att läsa de senaste tillgängliga förfrågningsunderlagen gällande vårdval i primärvården.[98]Utredningen konstaterar att det saknas enhetlig terminologi och underlagen har olika namn i olika landsting, till exempel förfrågningsunderlag, regelbok eller ackrediteringsvillkor, även om Lagen om valfrihetssystem, LOV, (2008:962)) anger att namnet bör vara förfrågningsunderlag[99].

Enligt LOV ska grunderna för den ekonomiska ersättningen till en leverantör framgå av förfrågningsunderlaget liksom samtliga andra villkor för hur ett kontrakt ska fullgöras. I förfrågningsunderlaget ska också anges på vilket sätt ansökan ska ges in samt inom vilken tid den upphandlande myndigheten kommer att fatta beslut om godkännande. Förfrågningsunderlagen skiljer sig åt mellan olika landsting avseende omfattning, disposition och i hur sammanhållna de är. I vissa landsting finns hela underlaget samlat i ett dokument, i andra är det uppdelat i flera dokument. Olika landsting väljer också att låta vårdvalet omfatta olika stora delar av primärvårdens uppdrag.

[97] Socialstyrelsen, *Primärvårdens uppdrag – en kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*.
[98] I de flesta fall är det underlag gällande för 2017 men i några fall har underlag för 2018 funnits tillgängliga.
[99] Lag (2008:962) *om valfrihetssystem.*

I vissa landsting finns flera vårdval inom primärvården, t.ex. rehabilitering, barnhälsovård och mödrahälsovård. Vissa delar av primärvården styrs och organiseras i stället i egen regi eller via upphandling enligt LOU.

Primärvårdens övergripande uppdrag beskrivs i termer som ”basen för hälso- och sjukvården”, ”huvuddelen av människors vardagliga hälso- och sjukvård”, ”75–80 procent av behoven ska tillgodoses lokalt” och ”naturligt förstahandsval”. Ofta används definitionen av primärvård från HSL:

> öppen vård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av en sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

I vissa förfrågningsunderlag finns egna kompletteringar av definitionen, till exempel:

- hälsofrämjande och förebyggande,
- utan avgränsning vad gäller fysiska och psykiska sjukdomar,
- sekundär prevention (i stället för förebyggande),
- patientgrupp efter professionell bedömning, tillgodose och svara för.

5.2.3 Grunduppdrag

I Socialstyrelsens kartläggning från 2016[100] beskrivs att den gemensamma kärnan som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga landsting omfattar:

- mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensområdet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser,
- jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter,
- läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård,

[100] Socialstyrelsen, *Primärvårdens uppdrag – en kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*

- medverkan i landstingets smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.

Medicinskt åtagande

Det medicinska åtagandet beskrivs i förfrågningsunderlagen med olika detaljeringsgrad. En beskrivning som återfinns i flera landsting är att åtagandet omfattar:

- mottagning – akut och planerad (läkare och sjuksköterska),
- hembesök – akut och planerat,
- rådgivning,
- utredning,
- diagnostik,
- behandling,
- uppföljning,
- rehabiliteringsinsatser,
- insatser vid psykisk ohälsa,
- smittskydd,
- sjukskrivning,
- utfärdande av intyg.

Som exempel på mer detaljerade beskrivningar specificeras t.ex. i Landstinget i Kalmar län att utförarna har ett ansvar för läkemedelsbehandling av alkoholmissbruk, att nedtrappning av läkemedel vid läkemedelsberoende ska erbjudas samt att utföraren ska handlägga körkortsärenden vid rattfylleri orsakat av alkohol.

I flera förfrågningsunderlag förtydligas att utförarens mottagning ska vara utrustad så att man kan utföra exempelvis EKG, spirometri, inhalationsbehandling, rektoskopi och audiogram.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa har ett eget avsnitt i samtliga förfrågningsunderlag, men uppdraget skiljer sig i omfattning och beskrivs på olika sätt. Utförarna ska kunna möta psykisk ohälsa där behov av specialistpsykiatri inte föreligger. Gränssnittet gentemot specialistpsykiatrin anges ibland i förfrågningsunderlaget, i andra fall hänvisas till särskilda dokument. Det exakta gränssnittet förefaller också att skilja sig mellan olika landsting.

När det gäller uppdrag för psykoterapi är skillnaderna ännu större. I många landsting beskrivs att ”psykoterapeutiska behandlingar av korttidskaraktär” ingår i grunduppdraget, i andra är det inte lika tydligt. I vissa landsting ska utförarna kunna erbjuda internet-KBT, i andra står det inget om denna lösning i förfrågningsunderlagen. I två landsting (Skåne och Uppsala) finns särskilda vårdval för psykoterapi.

Mer detaljerade beskrivningar kopplade till uppdragen kring psykisk ohälsa återfinns t.ex. i Region Skåne där vårdcentralerna ”ska erbjuda hälsoundersökningar till patienter med psykossjukdomar och bipolär sjukdom”. I Sörmland anges att ”Besökstid hos beteendevetare bör som regel vara kort, 20–30 minuter. Antalet besök bör vanligtvis ligga mellan 1 och 10 besök. Behandlingsmetoderna bör företrädesvis vara FACT, ACT, KBT och motiverande samtal. Behandling i grupp bör erbjudas.”

Kontinuitet och samverkan

Vikten av kontinuitet lyfts i alla landstings förfrågningsunderlag, ofta övergripande formulerat som t.ex. ”vården ska vara tillgänglig, av god kvalitet och tillgodose behovet av kontinuitet”. I flertalet landsting lyfts särskilt vikten av kontinuitet för äldre patienter med sammansatta vårdbehov, kroniskt sjuka, samt personer med funktionsnedsättning.

Den lagstadgade funktionen fast läkarkontakt nämns endast i tolv av förfrågningsunderlagen, uttryckt som att alla patienter ska ”få möjlighet att välja” fast läkarkontakt eller att utföraren ”ska, för de personer som så önskar, erbjuda tillgång till fast läkarkontakt”. Tre landsting har system för listning på fast läkarkontakt/husläkare som komplement till listning på vård/hälsocentral och ger också möjlighet för läkaren att avgränsa antalet patienter på sin lista, uttryckt som

t.ex. ”full lista”. I två av dessa landsting finns möjlighet för patienten att ställa sig i kö till önskad läkare, se även 10.2.2.

Samverkan lyfts som viktig i samtliga förfrågningsunderlag, ibland brett angivet som ”samverkan med olika organisationer kring hälso- och sjukvårdsfrågor”, men ofta med mer konkreta exempel. Det kan vara samverkan med kommunerna, specialistpsykiatrin, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen kring personer med psykisk ohälsa. Andra områden där samverkan lyfts är sjukskrivning, rehabilitering, våld i nära relationer, barn som far illa, vårdplanering och kring äldre.

I en del landsting är samverkansuppdraget i vissa frågor knutet till ett särskilt geografiskt områdesansvar. Detta gäller till exempel ansvar för dödsbevis, vårdintyg, befolkningsinriktat folkhälsoarbete, jour och beredskap, familjecentral, hälsoundersökningar av asylsökande, stöd till hemsjukvård, krisberedskap och smittskydd som inte rör enskilda individer. I några fall har varje utförare ansvar för sitt närområde, i andra är hela eller delar av områdesansvaret formulerat som ett tilläggsuppdrag till vissa utförare. Enheterna som får tilläggsuppdrag kan vara utsedda av uppdragsgivaren eller utsedda efter ett ansökningsförfarande.

Endast i ett fåtal förfrågningsunderlag formuleras ett reellt samordningsuppdrag, där det är tydligt att vårdcentralen ska vara patientens samordnare och lots i en sammanhållen hälso- och sjukvård. Detta uppdrag är tydligare beskrivet i de underlag som vid kartläggningen fanns tillgängliga för 2018, då med hänvisning till lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård[101] som trädde i kraft 1 januari 2018.

Tilläggsuppdrag

Vissa delar av primärvårdsuppdraget kan ges som tilläggsuppdrag till vissa utförare. Dessa uppdrag kännetecknas antingen av att uppdraget omfattar samverkan med andra aktörer eller att det är ett försök att flytta vård från den specialiserade vården till primärvården. Även forskningsvårdcentral, studierektor för AT- och ST-läkare[102] och verksamhetsförlagd utbildning är i vissa landsting formulerade som tilläggsuppdrag.

[101] Lag (2017:612), *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*
[102] AT-läkare = läkare under allmäntjänstgöring; ST-läkare = läkare under specialiseringstjänstgöring.

Exempel på samordningsuppdrag är det geografiska områdesansvar som finns beskrivet ovan. Här finns också äldrevårdsmottagningar, familjecentraler, mottagning för unga vuxna, mottagning för personer med flera funktionsnedsättningar och riskbruk/missbruk.

I några landsting finns möjlighet att få tilläggsuppdrag för olika specialistmottagningar, såsom hjärtsviktsmottagning, gynekologisk specialistmottagning och mottagning med specialist i öron-, näs- och halssjukdomar.

Gemensamt för tilläggsuppdragen är att de ofta är mer i detalj beskrivna avseende öppettider, kompetenskrav och aktiviteter för att man ska erhålla den särskilda ersättningen för uppdraget.

5.2.4 Akutuppdrag för primärvården

Akutuppdraget i primärvården så som det är beskrivet i förfrågningsunderlagen, är ett annat uppdrag än det akutuppdrag som akutsjukhusen har. Primärvårdens akutuppdrag innefattar tillstånd som ska bedömas inom 24 timmar, men som inte är akut livshotande. Även akut livshotande tillstånd kan uppstå när en patient vistas på vårdcentralen. Vårdcentralen ska då kunna ge livsuppehållande behandling i väntan på att ambulans anländer för vidare transport till akutsjukhus. I glesbygd kan akutuppdraget vara mer omfattande.

Uppdraget beskrivs på olika sätt i de olika landstingen, men kan delas upp i tre olika områden – akutuppdrag när vårdcentralen är öppen, akutuppdrag jourtid samt vårdintyg och konstaterande av dödsfall.

Generellt beskrivs uppdraget som att utföraren ska kunna svara för första linjens sjukvård för alla som vistas i vårdcentralens närområde. Det är tydligt att akutuppdraget gäller lika för listade och olistade patienter. Ibland specificeras krav på tillgång till akuta hembesök, främst till särskilt boende eller patienter med hemsjukvård i ordinärt boende, men också till exempelvis häkten.

Akutuppdrag under vårdcentralens ordinarie öppettider

Landstingen har olika krav på öppethållande i sina uppdrag för vårdcentraler. I vissa landsting anges klockslag under vilka man minst måste hålla öppet, vanligen kl. 8–17, måndag–fredag. I andra anges antal timmar, t.ex. minst 45 timmar i veckan. I ytterligare något är

kraven mindre specificerade, t.ex. att vårdcentralen ska ”uppfylla triagehandbokens hänvisningsnivå öppenvård akut – senast inom 24 timmar ska bedömning och eventuell behandling kunna ske” och utföraren får själv avgöra öppettider utifrån sina patienters behov.

Akutuppdrag utanför vårdcentralens ordinarie öppettider, dvs. på jourtid

Som regel är uppdraget formulerat så att vårdcentralen har uppdraget dygnet runt, alla dagar i veckan, men hur man löser det uppdraget ser olika ut.

Den vanligaste lösningen är att landstinget har definierat jourområden med en jourmottagning som har öppet helger och ofta även vardagkvällar. I uppdraget ingår att utföraren är skyldig att bemanna med läkare, ibland även med sjuksköterskor från vårdcentralen. Ofta har dock jourmottagningarna egna sjuksköterskor för att hålla kontinuitet i bemanningen och säkra rutiner. I Stockholms läns landsting finns sedan 2018 närakuter som en mellanform mellan primärvårdens vanliga jourmottagningar och akutsjukhusens akutmottagningar.

I vissa landsting överlåter man i stället åt utförarna att avgöra hur man ska samarbeta jourtid. I ytterligare något landsting har man en lösning, där man kan få särskild ersättning för att driva jourmottagning på ett sätt som landstinget har definierat som önskvärt, till exempel i närheten av sjukhusets akutmottagning. Andra speciallösningar finns också, anpassade till lokala förhållanden.

Vårdintyg och konstaterande av dödsfall

Det vanliga är att utförare med avtal i landstingens vårdval för primärvård har ansvar för att dödsbevis utfärdas för avlidna som är listade på vårdcentralen eller som vistas i närområdet, om de avlider i hemmet eller på någon annan plats utanför sjukhus. Vårdgivaren ska i dessa fall också tillse att intyg om dödsorsak utfärdas.

Samma ansvar gäller som regel för vårdintygsbedömningar[103], utfärdande av vårdintyg samt begäran om polishandräckning i samband med sådant.

[103] Vårdintyg = läkarintyg enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Jourtid brukar detta ansvar ligga på en läkare i beredskap, som då också ofta är ansvarig för läkarstöd till sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvård i ordinärt och på särskilda boenden.

I ett landsting omfattas hela detta ansvarsområde av en upphandling enligt LOU och drivs av en privat enhet, som vårdcentralen kan använda sig av i stället för att fullgöra uppgiften själva. I något annat landsting ansvarar ambulanssjukvården för oplanerade hembesök nattetid.

5.2.5 Kompetenser och arbetssätt

I primärvården arbetar sedan länge specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor. Båda kompetenserna innebär en bred generalistkompetens med förmåga att möta olika typer av behov och även att arbeta förebyggande. Innan införandet av obligatoriskt vårdval inom landstingens primärvård organiserades arbetet ofta i vårdlag läkare/distriktssköterska med ansvar för patienter inom ett visst geografiskt område.

Alltfler legitimerade yrkeskategorier har successivt tillkommit för att kunna utföra primärvårdens allt större och mer komplexa uppdrag. Det är t.ex. arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, psykologer och i viss mån även farmaceuter. Därutöver kuratorer, undersköterskor och medicinska sekreterare.

Kompetenskraven för utförare är beskrivna med olika detaljeringsgrad. En vanlig skrivning är: ”Vårdgivaren ansvarar för att personalen har för uppdraget adekvat utbildning och legitimation samt är lämplig för sin uppgift”. Utöver denna allmänna skrivning anges alltid att utföraren ska bemanna med specialist i allmänmedicin, men kraven vad gäller miniminivå och omfattning varierar. Alla landsting/regioner utom fyra ställer krav på att utföraren har tillgång till distriktssköterska, i olika omfattning.

Utöver dessa centrala kompetenser anges i vissa underlag att utföraren ska ha tillgång till barnmorska (MVC), arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist, medicinsk fotvård, psykolog, kurator eller annan särskild kompetens, till exempel sjuksköterska med annan specialistkompetens än distriktssköterska. I vissa landsting kan utföraren också få tilläggsuppdrag om man har tillgång till viss annan specialist-

kompetens för läkare, t.ex. specialist i psykiatri, öron-, näs- och halssjukdomar, kardiologi eller gynekologi.

Teamarbete, ibland kallat vårdteam, lyfts fram i många uppdrag, men oftast utan att närmare definiera vad man menar med dessa begrepp. Ibland avses interprofessionellt teamarbete inom vårdenheten, ibland samarbete med andra aktörer, till exempel personal inom kommunal hälso- och sjukvård.

I dag vanligt förekommande yrken i primärvården

Arbetsterapeut

Arbetsterapeutens uppgifter är att utreda och bedöma personers aktivitetsförmåga samt vid behov vidta åtgärder för att öka förmåga till aktivitet och delaktighet. Förebyggande och rehabiliterande insatser kan genomföras vid en primärvårdsenhet, i personens hem, arbete eller i annan för personen aktuell miljö. Inom primärvården arbetar arbetsterapeuten vanligen med patienter som har aktivitetsnedsättningar relaterade till t.ex. sjukdomar och skador i rörelseorganen, långvarig smärta, stress, kognitiv svikt och demens, kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa och sjukdom. Arbetsterapeuten har förskrivningsrätt för hjälpmedel och kan utfärda intyg exempelvis inför bostadsanpassning. Arbetsterapeuten kan även göra aktivitetsbedömning i försäkringsmedicinska ärenden samt ha uppdrag som rehabkoordinator.

Barnmorska

Barnmorskor är verksamma inom Sexuell och reproduktiva hälsa med ett brett verksamhetsområde. Inom primärvården omfattar detta arbete inom mödravården, barnmorskemottagningar, och på ungdomsmottagningar. Även rådgivning inom sexologi, obstetriskt ultraljud och urologi i både privat och offentlig regi.

Biomedicinsk analytiker

Biomedicinsk analytiker är verksamma inom laboratoriemedicin eller klinisk fysiologi. I primärvården arbetar biomedicinsk analytiker främst inom laboratoriemedicin, med att ansvara för den analytiska processen på vårdcentralens laboratorium, kvalitetssäkring och delta i provtagnings- och analysarbetet.

Dietist

Dietisten behandlar och förebygger nutritionsrelaterade tillstånd med mål att optimera patientens näringsstatus. I primärvården kan det handla om nutritionsbehandling till patienter vid olika symptom eller sjukdomstillstånd som t.ex. födoämnesintoleranser, mag-tarmsjukdomar, diabetes, KOL, ät- och sväljsvårigheter, undernäring och obesitas. Det kan också innebära stöd för mer hälsosamma matvanor. Kompetensen innefattar såväl teoretisk kunskap om olika nutritionsterapier som förmåga att vägleda människor i hur näringsrekommendationerna skall omsättas i praktiken genom medvetna val av livsmedel och matlagningsmetoder.

Distriktssköterska

Distriktssköterskan är sjuksköterska med specialistutbildning som omfattar ett hälsofrämjande arbetssätt för att möta, stödja, hjälpa, förebygga, råda, vårda samt behandla en person och dennes familj i livets alla skeenden utifrån fysisk, psykisk, social, kulturell och existentiell hälsa och sjukdom. Inom primärvården kan distriktssköterskan arbeta med bl.a. självständig mottagningsverksamhet, barnhälsovård, hemsjukvård, vård av äldre och eller funktionshindrade i särskilt boende, specialmottagning riktad mot sjukdomstillstånd som till exempel diabetes, inkontinens, hjärtsvikt, astma eller infektion, palliativ vård och rådgivning. Distriktssköterskan utfärdar också vissa intyg samt ordinerar och förskriver medicinsktekniska produkter, vissa läkemedel och vaccinationer.

Farmaceut

Farmaceut är ett samlingsnamn för receptarier och apotekare. Skillnaden mellan dem är utbildningens omfattning (tre år respektive fem år). Inom primärvården arbetar framför allt apotekare, många gånger som expertstöd i läkemedelsgenomgångar för patienter inom hemsjukvården eller på särskilda boenden. Apotekarna kan också arbeta med att ta fram läkemedelslistor, följa upp läkemedelsförskrivning, leda utbildningsinsatser till övriga medarbetare och bidra med specifik kunskap om t.ex. läkemedelsinteraktioner.

Fysioterapeut

Fysioterapeuten har kompetens att självständigt undersöka, diagnostisera och behandla patienter. I primärvården lämpar sig kompetensen för bedömning av patienter med symptom från bl.a. rörelse- och stödjeorganen. Utöver detta kan fysioterapeuten hjälpa människor att förbättra sin hälsa, förebygga sjukdomar och skador samt rehabilitera dessa för att bättre kunna möta livets krav inom skilda områden såsom äldres hälsa, smärta, psykisk hälsa, neurologi, andning och cirkulation, idrottsmedicin och kroniska sjukdomar.

Hälso- och sjukvårdskurator

Hälso- och sjukvårdskuratorn kan inom primärvård arbeta med kvalificerat självständigt psykosocialt behandlingsarbete enskilt och i grupp. Målet med patientarbetet är att stärka individers och gruppers förmåga att hantera inre och yttre påfrestningar. En psykosocial aspekt kan läggas på alla olika sjukdomstillstånd och patientgrupper. Hälso- och sjukvårdskuratorns breda kunskap även inom juridik och socialförsäkringsområdet är en viktig kompetens i samverkan med andra aktörer internt och externt. Områden som hälso- och sjukvårdskuratorn särskilt inriktat sig på är kristillstånd, lätta och medelsvåra tillstånd av depression, ångest, oro och sömnbesvär, arbetsrelaterade problem som inte kan tillgodoses inom företagshälsovården, beroendeproblematik på primärvårdsnivå och stressrelaterade sjukdomstillstånd.

Medicinsk sekreterare

Medicinska sekreterare arbetar med vårddokumentation och administration i vården. Medicinska sekreterare ansvar främst för att skriva journalanteckningar från diktat men hanterar också remisser och uppföljningsdokumentation. Vanliga arbetsuppgifter är också att bemanna reception, boka patientbesök, ansvara för statistik, vara chefsstöd samt arbete med personaladministration, it-support och ekonomirutiner.

Psykolog

Psykologen kan bedöma och diagnostisera frågeställningar kring psykisk ohälsa och funktion. Bedömning kan ske initialt i vårdkedjan utan föregående triagering eller remittering, eller senare som del i vårdteamsinsats. Arbetet kan omfatta psykologisk behandling, rådgivning, hälsofrämjande insatser (t.ex. stress, sömn, ångest), handledning av andra professioner och vårdflödesansvar för området psykisk ohälsa.

Sjuksköterska

Sjuksköterskor har en viktig roll såväl inom landstingens/regionernas som kommunens hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan arbetar inom särskilda boenden och på landstingens/regionernas vårdcentraler. På dessa arbetar sjuksköterskor vid mottagningar och i triage per telefon. Sjuksköterska med specifik utbildning inom t.ex. astma/KOL, diabetes, hjärtsvikt eller demens kan arbeta självständigt inom ramen för sitt specifika kompetensområde.

Specialist i allmänmedicin

Allmänläkaren har specialistutbildning i allmänmedicin och är utbildad för att känna igen, utreda och behandla de flesta medicinska, psykiatriska och kirurgiska tillstånd som kan uppträda hos patienter i alla åldrar. Patienter med flera olika sjukdomar eller symtom kan tas om hand. Om tillståndet kräver bedömning av annan specialist eller vård på sjukhus remitteras patienten vidare. En viktig del i uppdraget är att följa individen över tid vilket gör att allmänläkaren står för kontinuitet för patienten och helhetssyn i vården. Allmänläkare har god kunskap om samsjuklighet och om risk för överdiagnostik och överbehandling. Allmänläkare deltar i förebyggande arbete. Arbetet sker huvudsakligen på mottagning men kan ske på distans, i patientens hem, på särskilt boende och på BVC.

Specialist i barn- och ungdomsmedicin

Specialistområdet barn och ungdomsmedicin innefattar breda kunskaper om sjukdomstillstånd, tillväxt och utveckling hos barn och ungdomar 0–18 år. Specifika kunskaper inom de barnmedicinska subspecialistområdena som exempelvis barn- och ungdomsneurologi, allergologi, kardiologi, endokrinologi och neonatologi ingår. Barnläkaren har även en mer generaliserad kompetens kring utredning, diagnostik, behandling och bemötande av barn och ungdomar i relation till ålder och mognad. Inom primärvården arbetar barnläkare främst inom barnhälsovården och bidrar med andra preventiva insatser exempelvis inom elevhälsan i samverkan med flera aktörer och huvudmän.

Specialist i geriatrik

Specialistområdet omfattar bl.a. kunskaper och färdigheter i att självständigt kunna utreda, diagnostisera, behandla och följa upp akuta och kroniska sjukdomar hos äldre samt kunskaper om det normala åldrandet och dess konsekvenser för funktionsförmåga och sårbarhet. Geriatrik innebär ett fokus på patientens hela situation: medicinskt, funktionellt, psykologiskt och socialt. Kompetensområdet kännetecknas dessutom av ett tvärprofessionellt förhållningssätt där det krävs samordning av insatser mellan olika vårdformer och huvudmän. Inom primärvården kan specialist i geriatrik främst arbeta som generalistläkare för äldre patienter samt i hemsjukvård, mobila team och på särskilda boenden.

Undersköterska

Undersköterskans kompetens i hälso- och sjukvården kan sammanfattas i tre punkter: omvårdnad och stöd till patient och närstående; logistik- och materialansvar och provtagning samt att samarbeta med andra yrkesgrupper i vårdteamet. Undersköterskor har i dag ingen yrkeslegitimation men står i sin yrkesutövning under tillsyn av Socialstyrelsen Utredningen Reglering av yrket undersköterska (S 2017:07) har fått i uppdrag att överväga och lämna förslag till hur yrket undersköterska kan regleras i syfte att öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen. Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2019.

5.2.6 Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Primärvården omfattar ett mycket brett kunskapsområde, vilket gör att behovet av kunskapsstöd är särskilt stort i primärvårdens verksamheter.

I förfrågningsunderlagen beskrivs kunskapsstyrning ofta i allmänna ordalag, såsom att vårdenheten ska följa för uppdraget tillämpliga nationella riktlinjer samt relevanta regionala och lokala vård- och handlingsprogram. Det ställs krav på att vårdenheterna ska följa anvisningar från läkemedelskommittéer och STRAMA[104] samt ofta också att man systematiskt ska förbättra sin verksamhet och i många landsting ska man årligen beskriva hur detta går till.

Antalet kvalitetsregister som vårdcentralerna ska rapportera till varierar mellan olika landsting. De kvalitetsregister som är vanligast förekommande är Nationella diabetesregistret, RiksSvikt, Luftvägsregistret, SweDem, Senior Alert och Palliativa registret.

PrimärvårdsKvalitet (se vidare avsnitt 5.3), som SKL tagit fram särskilt för att rapportera och följa kvalitetsparametrar i primärvården, nämns inte i underlagen. Detta beror sannolikt på att PrimärvårdsKvalitet ännu inte är tillräckligt etablerat.

5.2.7 E-hälsa och digitalisering

Digitaliseringen är ett verktyg för verksamhetsutveckling. Det handlar om allt från medarbetarnas tillgång till rätt information i möten med patienter till hantering av data för uppföljning och jämförelser av verksamheternas resultat. För medarbetare och företag öppnas även möjligheter att skapa nya lösningar som kan effektivisera verksamheterna, bidra till nya och innovativa arbetssätt, utveckla verksamhetsprocesserna samt öka möjligheterna för forskning och utveckling.

Enligt förfrågningsunderlagen ska utförarna vara anslutna till 1177 Vårdguidens e-tjänster och erbjuda för uppdraget relevanta tjänster. Leverantören ska under 2017 fortsätta påbörjat arbete med att utveckla och erbjuda patienter e-hälsotjänster genom bland annat virtuella vårdmöten/distansbesök.

[104] Samverkan mot antibiotikaresistens.

5.2.8 Förebyggande arbete

Svensk grundlag fastslår att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa[105]. För att leva upp till detta åtagande krävs åtgärder från flera av samhällets sektorer, varav en central sektor är hälso- och sjukvården. Enligt HSL ska sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Primärvården ska – i enligheten med definitionen i HSL – svara för förebyggande arbete som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.[106]

Förebyggande åtgärder definieras enligt Socialstyrelsens termbank som åtgärder för att förhindra uppkomst av, eller påverka förlopp av, sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem. Förebyggande åtgärder delas in i primär- och sekundärprevention. Man brukar även tala om tertiärprevention men Socialstyrelsen avråder i sin termbank från denna term och hänvisar i stället till termerna behandling och rehabilitering.

Med primärprevention avses förebyggande åtgärder för att förhindra uppkomst av sjukdomar, skador eller problem. De kan användas inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst och kan vara riktad till individ (ex. rökslut), grupper (rökslut i grupp) eller samhällsstrukturer (rökförbud i vissa miljöer). Vaccination är en form av primärprevention liksom olika typer av profylax, t.ex. avseende trycksår, antibiotika, och kariesprofylax.

Med sekundärprevention avses förebyggande åtgärder för att i tidigt skede förhindra negativ utveckling, återinsjuknande eller latent sjukdomstillstånd att utvecklas till klinisk sjukdom. Åtgärderna kan också användas inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst och vara riktade till individ eller grupper, t.ex. screening (mammografi, gynekologiska cellprover) eller rökslutarstöd efter hjärtinfarkt.

I april 1997 fattade riksdagen beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.[107] I riktlinjerna delas vården in i fyra prioriteringsgrupper:

I prioriteringsgrupp I ingår vård av livshotande akuta sjukdomar, sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död, svåra kroniska sjukdomar, vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi.

[105] Regeringsformen 1 kap. 2 §.
[106] HSL, 2 kap. 6 §, 3 kap. 1 §.
[107] Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

I prioriteringsgrupp II ingår prevention och habilitering/rehabilitering, i grupp III, vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar och i grupp IV, vård av andra skäl än sjukdom och skada.

Prevention finns således i prioriteringsgrupp två och ska därmed prioriteras före t.ex. vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Den första upplagan av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kom 2011. Riktlinjerna lyfter fram vilka metoder som utifrån evidens rekommenderas för vårdens arbete med att förbättra levnadsvanorna rökning, alkohol, kost och fysisk aktivitet. En utvärdering gjordes 2014[108], då det konstaterades att landstingen kommit olika långt i implementeringen av riktlinjerna och att det utifrån vad som dokumenterats endast var en liten andel av patienterna som fått åtgärder för att förbättra sina levnadsvanor. I utvärderingen lyfter Socialstyrelsen fram förslag på förbättringsområden såsom fortsatta satsningar på arbetet med levnadsvanor, utveckling av samverkan mellan olika aktörer, uppmärksammande av personer med psykisk sjukdom, behov av kompetensutveckling för personalens samt bättre kunskap om och rutiner för att minska riskbruk av alkohol. En ny remissversion av riktlinjerna har därefter tagits fram[109] som stöd för det fortsatta arbetet.

Det individpreventiva arbetet för den listade befolkningen finns beskriven i samtliga landstings förfrågningsunderlag, ofta med hänvisning till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor[110]. Riktlinjerna omfattar levnadsvanorna matvanor, fysisk aktivitet, tobak och alkohol.

Beskrivningar som ”hälsofrämjande förhållningssätt” och ”proaktiv hälsostyrning” används. I något förfrågningsunderlag är det tydligt att vårdcentralen på individnivå, ska arbeta såväl primär- som sekundärpreventivt. I andra underlag nämns särskilt ”mest sköra äldre” som en prioriterad grupp för förebyggande arbete, då främst att förebygga fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa. I ett fåtal förfrågningsunderlag ingår också i uppdraget att erbjuda hälsosamtal till särskilt utvalda åldersgrupper. Vilka och hur många åldersgrupper varierar mellan de landsting som har detta i uppdraget.

---

[108] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Utvärdering, 2014 Sjukdomsförebyggande metoder*, 2015.
[109] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, remissversion*, 2017.
[110] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, remissversion*, 2017.

5.2.9 Egenvård och stöd till egenvård

Begreppet egenvård beskrivs närmare i avsnitt 5.1.3.

I samtliga landstings förfrågningsunderlag för vårdval i primärvården framgår att det ingår i utförarnas uppdrag att ge rådgivning till patienter med upplevda hälsoproblem. Ofta är detta i form av egenvårdsråd. Man kan också hänvisa till 1177.se eller till att man kan ringa 1177 Vårdguiden för egenvårdsråd.

1177 Vårdguiden håller på att utveckla verktyg för ”egentriagering”, så att patienten själv genom att fylla i ett antal frågor, kan få besked om hen behöver söka vård och i så fall på vilken nivå. Detta utan att behöva ha personlig kontakt med 1177 Vårdguiden eller vårdcentralen.

5.2.10 Hemsjukvård

Hemsjukvård består framför allt av insatser som sker i särskilt eller ordinärt boende, men även enstaka besök i daglig verksamhet eller dagverksamhet kan omfattas, (se avsnitt 5.1.4). I samtliga landsting utom Stockholms läns landsting är kommunerna huvudman för sjukvårdsinsatser i hemmet upp till och med sjuksköterskenivå. I flertalet landsting, men inte alla, innebär det att även rehabiliteringsinsatser ligger inom ramen för kommunernas ansvarsområde. I Stockholms läns landsting är landstinget huvudman för den samlade hälso- och sjukvården förutom gällande särskilda boenden där landstinget endast svarar för läkarinsatsen.

I förfrågningsunderlagen för landstingens vårdval i primärvården i övriga landsting framgår att vårdcentralerna ska bistå med läkarstöd till den kommunala hemsjukvården. Till hemsjukvården räknas som regel både vård i ordinärt boende, särskilt boende och korttidsboende.

I vissa landsting är uppdraget kopplat till den utförare, där patienten är listad. I andra är läkarstödet till hemsjukvården områdesindelat och utförs av särskilda utförare, i synnerhet gäller detta särskilt boende och korttidsboende. Ibland utförs uppdraget enbart av utförare i egen regi, ibland är det uppdrag som vilken utförare som helst kan få som tilläggsuppdrag. I flera förfrågningsunderlag betonas vikten av kontinuitet i uppdraget.

Utöver läkarstödet i individärenden finns ofta särskilda uppdrag kring utbildning, råd och stöd till kommunens hemsjukvårdspersonal.

5.2.11 Rehabilitering

Enligt Socialstyrelsens termbank är rehabilitering ”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”.

I flertalet landsting ingår rehabilitering i vårdcentralernas grunduppdrag. I två landsting, Västra Götaland (fysioterapi och arbetsterapeuter) och Värmland (enbart fysioterapeuter) är rehabilitering ett eget vårdval. Olika lokala överenskommelser finns också när det gäller vem som gör vad kring äldre patienter, där rehabilitering kan ske antingen från primärvården eller kommunen.

I förfrågningsunderlagen beskrivs rehabiliteringsuppdraget på olika sätt. Vanligast är att man kopplar uppdraget till tillgång till specifika kompetenser, oftast fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Ibland nämns även psykologer/kuratorer i rehabiliteringsuppdraget, men ofta särskiljs det psykosociala uppdraget i särskilt avsnitt.

Rehabiliteringsuppdraget kan också vara kopplat till diagnosgrupper. Landstinget Kronoberg skriver ”Diagnosgrupper som kan vara aktuella i primärvårdens rehabilitering är bland annat hjärtsvikt, KOL, stroke samt besvär från rörelseorganen.” I Skåne anges att man ska kunna erbjuda rehabilitering i varmvattenbassäng och i Dalarna, med flera, att man ska kunna erbjuda multimodal rehabilitering.

Utöver grunduppdraget finns i några landsting särskilda vårdval för mer specialiserad rehabilitering, t.ex. i Skåne och i Stockholm. I Halland och Gävleborg drivs viss specialiserad rehabilitering på enheter i egen regi, utanför vårdvalet. Utöver detta bedrivs rehabilitering på sjukhus och det saknas ofta tydliga riktlinjer om vilken typ av rehabilitering som ska bedrivas i de olika delarna av hälso- och sjukvården.

I flera landstings förfrågningsunderlag nämns att utföraren ska ha tillgång till rehabiliteringskoordinator för samordning i rehabiliteringsärenden, främst kopplade till sjukskrivning.

I några förfrågningsunderlag nämns särskilt att utföraren ska ha personal som kan stå för utprovning av hjälpmedel och ortoser.

Habilitering

Habilitering nämns i några av förfrågningsunderlagen, i så fall oftast som ett primärvårdsuppdrag som inte ingår i grunduppdraget för vårdcentralerna. I Västernorrland står det att vårdcentralen ska erbjuda re-/habilitering, utan att närmare specificera vilken del av habiliteringsuppdraget som åligger utföraren. Även i Norrbotten nämns att habilitering ingår i grunduppdraget, utan närmare specifikation.

Utredningen har för avsikt att återkomma med frågor relaterade till habilitering i slutbetänkandet, kopplat till samverkan mellan olika aktörer.

5.2.12 Forskning

I dag upplevs forskningskulturen av många som svag inom primärvården, enligt vår erfarenhet även på många av de vårdcentraler som har ett särskilt akademiskt uppdrag, kallade Akademiska vårdcentraler eller liknande. Uppdragen för denna typ av vårdcentraler skiljer sig avsevärt åt mellan olika regioner och landsting. Ofta är en forskare, som arbetare på vårdcentralen, knuten till allmänmedicinsk enhet vid närmsta universitet och har i sitt uppdrag att stödja forskningsinsatser på vårdcentralen och i närområdet. I praktiken är det dock svårt att få tillräckligt med tid och resurser att bedriva forskning i primärvården, då ersättningssystemen i landstingens vårdval för primärvård inte stödjer detta arbetssätt. Det är inledningsvis heller inte lätt för primärvårdens enheter att få en tydlig plats i det nya begreppet universitetssjukvård, se särskilt avsnitt nedan. En bidragande faktor är också avsaknad av tillgång till individdata i primärvården, till följd av att patientregistret inte omfattar primärvården och att alla vårdcentraler ännu inte är anslutna till PrimärvårdsKvalitet (se avsnitt 5.2.6 om kunskapsstyrning).

För primärvården är det av värde att ha personer med forskningserfarenhet knutna till verksamheten, även om dessas akademiska område inte är direkt knutet till primärvårdens patienter. Detta då dessa personer bidrar positivt till forskningsklimatet på arbetsplatsen.

Effektiv vård föreslår att regeringen ska lämna ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård samt att hälso- och sjukvårdslagen bör ses över i syfte att förtydliga kopplingen mellan forskning och utveckling och ansvaret för detta. Utredningen har för avsikt att återkomma med en djupare analys av FoUU-frågorna i slutbetänkandet.

I förfrågningsunderlagen till landstingens vårdval för primärvård nämns forskning som regel under rubrik ”Forskning och utveckling” och inbegriper även regionalt och lokalt utvecklingsarbete. De vanligaste formuleringarna är att utföraren ska ”underlätta för forskning och kliniska prövningar” genom att ”tillhandahålla relevant patientdata och material till forskning”. Utförare kan också delta i forskningsarbete som bedrivs inom primärvården, ofta genom att ansöka om särskilt avsatta medel vid FoU-enhet eller motsvarande.

Akademiska vårdcentraler

I några landsting finns tilläggsuppdrag för forskning för vissa utförare. Dessa har olika namn och uppdrag i olika landsting. I Sörmland definieras till exempel Akademisk vårdcentral som ett ”tilläggsuppdrag att i interprofessionell miljö stärka klinisk patientnära forskning, utbildning, utveckling och fortbildning” samt ta emot forskarstudenter.

Ett annat exempel är Stockholms läns landsting där uppdraget för utbildning, forskning och utveckling i primärvården samlas i Akademiskt primärvårdscentrum. Det finns åtta Akademiska vårdcentraler som beskrivs som motorn i arbetet. Forsknings- och utvecklingsarbetet omfattar allt från små utvecklingsprojekt nära primärvårdens vardag till omfattande, långsiktiga projekt om stora folksjukdomar och hälsoproblem – exempelvis diabetes, hjärt-/kärlsjukdom, smärta, psykisk ohälsa, astma och KOL, infektionssjukdomar, stroke, fysisk inaktivitet och mag-/tarmsjukdomar. Likaså ingår att ta fram kunskap om hälsofrämjande och förebyggande insatser.[111]

[111] Stockholms Läns Landsting, *Akademiskt Primärvårdscentrum, För en starkare primärvård!*.

Allmänmedicinska enheter

Det finns allmänmedicinska enheter/sektioner inom ramen för större medicinska institutioner, vid samtliga sju universitet som bedriver läkarutbildning.[112] Totalt finns 13 professorer i allmänmedicin anställda vid enheterna samt ytterligare några som på annat sätt är anknutna till enheterna eller är professor emeriti. Antalet lektorer är ungefär lika många. Därutöver finns ett stort antal till enheterna knutna docenter. Många av uppdragen är på deltid. Vid enheterna produceras drygt tio avhandlingar årligen.

Universitetssjukvård enligt ALF-avtalet[113]

Socialstyrelsen har utvärderat universitetssjukvården i förhållande till ALF-avtalet, i första hand inriktat på strukturer och processer.[114] I utvärderingen ingår en fördjupad granskning inom några områden, bl.a. allmänmedicin/primärvård. Samtliga universitet som bedriver läkarutbildning har universitetssjukvårdsenheter i primärvården. Universitetssjukvårdsenheterna har enligt utvärderingen en påfallande stor variation i uppbyggnad, från att de omfattar samtliga primärvårdsenheter i området till enbart enstaka mindre universitetssjukvårdsenheter. Rapporten uppmärksammar särskilt att en förhållandevis låg andel av doktoranderna är allmänläkare/ST-läkare i allmänmedicin samt att det kan vara svårt att få tid för forskning på grund av den stora mängden läkarstudenter och personalbrist i den kliniska verksamheten. Noterbart är också att medan primärvårdens utbildningsuppdrag motsvarar cirka 10 procent av ALF-medlen för grundutbildning, står allmänmedicin/primärvård endast för 1–2 procent av ALF-medlen för forskning.

I en annan utvärdering[115], fokuserad på den kliniska forskningens kvalitet vid de landsting som omfattas av ALF-avtalet framhålls att det i Västerbotten finns en etablerad struktur för forskning inom primärvården och även Centrum för primärvårdsforskning i Skåne lyfts i rapporten fram som ett initiativ av enastående kvalitet.

[112] Umeå, Uppsala, Stockholm, Örebro, Göteborg, Linköping och Lund.
[113] ALF-avtalet = avtal mellan staten och vissa landsting om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.
[114] Socialstyrelsen, *Utvärdering av universitetssjukvård*, 2018.
[115] Vetenskapsrådet, *Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de landsting som omfattas av ALF-avtalet, 2018.*

Nationella forskarskolan i allmänmedicin[116]

Vetenskapsrådet utlyste 2009 medel för stöd till etablering av forskarskolor inom ett flertal ämnesområden och däribland en forskarskola i allmänmedicin. Vetenskapsrådets mål med stödet var att: skapa livskraftiga kliniska forskningsmiljöer och vetenskapligt mervärde, stimulera och förstärka forskarutbildning och därigenom främja rekrytering inom det kliniska forskningsområdet; skapa grund för nätverksbygge och handledning samt tid för forskning och utbildning för forskare med klinisk frågeställning; stimulera mång- och tvärvetenskap samt att bidra till samverkan nationellt och internationellt. Umeå universitet fick uppdraget att, i samarbete med Linköpings och Göteborgs universitet, koordinera och administrera den Nationella forskarskolan i allmänmedicin. Forskarskolan har under åren fått ekonomiskt stöd (utöver det från Vetenskapsrådet) från samtliga medicinska fakulteter och medicinskt universitet. Härtill har de Allmänmedicinska enheterna i landet stött forskarskolan med lärare. Samtliga yrkesgrupper i primärvården kan delta i nationella forskarskolan.

Nationella forskarskolan i allmänmedicin har under åren 2010–2017 i konkurrens tagit in 89 doktorander, vilket hittills resulterat i 35 stycken genomförda disputationer. År 2018 har man inte tagit in några nya doktorander då forskarskolans långsiktiga finansiering ännu inte är säkrad.

Enligt Socialstyrelsens utvärdering[117] upplevs den nationella forskarskolan i allmänmedicin av alla universitetssjukvårdsenheter i allmänmedicin som ett mycket värdefullt bidrag till doktorandernas möjligheter att utveckla allmänmedicinsk klinisk forskningskompetens samt nationella forskningsnätverk.

5.2.13 Utbildning och fortbildning

Verksamhetsförlagd utbildning

Som regel är det enligt förfrågningsunderlagen ett krav att utföraren ska kunna ta emot studenter för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för de professioner man har som är verksamma på vårdcentralen och

[116] Nationella forskarskolan i allmänmedicin, *Målsättning med Nationella forskarskolan i allmänmedicin*.
[117] Socialstyrelsen, *Utvärdering av universitetssjukvård*, 2018.

att man kan garantera erforderlig handledarkompetens. I verkligheten har dock inte alla utförare möjlighet att handleda studenter, antingen p.g.a. brist på handledarkompetens eller brist på lokaler. Utredningen uppfattar också att utförare ibland nekar till att ta emot studenter då man upplever att ersättningen för handledning är för låg för att täcka produktionsbortfall för verksamheten.

AT/ST-utbildning

Även när det gäller utbildning och handledning av AT- och ST-läkare, är det oftast ett krav att utföraren ska kunna ta emot utbildningsläkare. Samtidigt ställs krav på studiemiljön och tillgång till utbildade handledare, varför alla vårdcentraler i praktiken inte har AT- och ST-läkare. AT-läkarna är oftast anställda på närliggande sjukhus eller centralt i landstinget, medan ST-läkarna oftast är anställda på vårdcentralen, men i vissa fall centralt.

Studierektorsuppdraget är ett tilläggsuppdrag för vissa individer, som på deltid är kopplade till en central studierektorsenhet.

Fortbildning

Endast ett fåtal landsting ställer krav på att utförare ska redovisa den fortbildning som medarbetarna fått. Ett av dem är Kalmar som också hänvisar till riktlinjer för kompetensutveckling för läkare respektive för övrig vårdpersonal. Annars är formuleringen som regel mer allmänt hållen, till exempel som i Dalarna: ”Vårdgivaren ska ansvara för att personalen får den fortbildning och vidareutbildning som fordras för att upprätthålla kompetensen och tillhandahålla god och säker vård”.

5.2.14 Uppföljning

I förfrågningsunderlagen anges vilka indikatorer landstingen följer upp avseende utförarnas verksamheter. Antalet indikatorer och detaljeringsgraden skiljer sig stort mellan olika landsting liksom måltal för enskilda indikatorer. Vissa indikatorer kan vara föremål för målrelaterad ersättning, se 5.2.15.

5.2.15 Ersättningssystem

Samtliga landsting och regioner har sedan år 2010 infört vårdvalssystem i primärvården. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska enligt HSL[118] följa den enskildes val av utförare. Landstingen ska också utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Hur villkoren och principerna för vårdvalen bestäms av respektive landsting. Det betyder att uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter utformats på olika sätt. Målsättningar och prioriteringar när vårdvalssystemen konstruerats har varierat, liksom förutsättningar och traditioner när det gäller primärvårdens organisation. Beroende på hur vårdvalssystemen utformas kommer utförare att påverkas av olika villkor och ekonomiska incitament. Det kan i sin tur leda till att vårdval i primärvården får olika effekter för befolkning och patienter i olika landsting och regioner. Det svenska systemet med kommunalt självstyre, där landsting och kommuner har ansvar för att organisera och finansiera merparten av hälso- och sjukvården, gör att Sverige i vissa avseenden mer liknar federala länder. Givet detta fattar landsting/regioner självständigt beslut om vilka ersättningsprinciper som ska gälla i sitt/sina vårdval inom primärvården. Enligt Vårdanalys[119] innebär det att ersättningsprinciperna kan ändras snabbt utan att vårdgivarna kan påverka beslutet, vilket har både för och nackdelar. En fördel är att det ger snabbare möjlighet till anpassning till ändrade yttre förutsättningar, en nackdel att det skapar osäkerhet och ryckighet i planeringsvillkoren för utförarna.

Samtliga 21 landsting/regioner tillämpar enligt förfrågningsunderlagen för vårdval i primärvården en kombination av kapitering (fast ersättning per listad individ), rörlig ersättning kopplat till besök eller åtgärder samt målrelaterad ersättning baserat på indikatorer som återspeglar kvalitet och effektivitet, eller särskilda aktiviteter såsom läkemedelsgenomgångar. Dessutom finns särskilda ersättningar för tilläggsuppdrag. Det finns många studier om för- och nackdelar med olika former av ersättningsprinciper i primärvården. Sammantaget visar studier att det inte finns några optimala lösningar, varför litteraturen ofta rekommenderar en kombination av principer samt att

[118] 7 kap., 3 § HSL.
[119] Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017, s. 157.

aktiviteter bland utförare följs upp. Sammanfattningsvis kan sägas att kapitering riskerar ge incitament till undervård medan ersättning för enskilda aktiviteter riskerar styra mot övervård.[120]

Förändringar i ersättningsmodellerna under senare år syftar till att finna nya vägar att nå mål som etablerats tidigare, snarare än att nya mål införs. Viktiga övergripande mål är rättvisa i fördelningen av resurser mellan utförare med avseende på patientgrupper med olika behov, prioritering av insatser för patientgrupper med högst prioriterade medicinska behov samt att främja en utveckling mot att en större andel av öppenvårdsbesöken ska ske i primärvård.

Kapitering

Den fasta ersättningen viktas i flertalet landsting utifrån sjukdomsbörda och utgår huvudsakligen utifrån ACG, Adjusted Clinical Groups. Ett så kallat ACG-värde räknas ut av patientens diagnos/er, genus och ålder och är ett mått på det samlade vårdbehovet för alla listade patienter på vårdcentralen. Sambandet mellan vårdcentralens resursbehov och patientens vårdbehov är högre om ACG används som underlag för ersättning. Att endast använda ålder och genus ger ett lägre samband.[121]

Ett annat sätt att vikta den fasta ersättningen är via Care Need Index (CNI) som används som grund för att mäta socioekonomisk tyngd bland listade patienter. CNI bygger på data från SCB och kan omfatta ålder över 65 år och ensamstående, utlandsfödd, arbetslös eller i åtgärd 16–64 år, ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, person ett år eller äldre som flyttat in i området, lågutbildad 25–64 år och ålder yngre än fem år.

Andelen av ersättningen per individ som justeras utifrån socioekonomiska förutsättningar varierar. Ofta används en kombination av viktning med ACG och CNI, med varierande proportioner mellan de två viktningsmodellerna, men även andra viktningar förekommer. Flera landsting justerar också den fasta ersättningen utifrån vårdenheters geografiska lokalisering. En extra ersättning utgår t.ex. till vårdenheter i särskilda orter eller baserat på avstånd till närmaste

[120] Anell, Anders, *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt – rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4)*, 2015.
[121] SKL, *ACG, Adjusted Clinical Groups, nätverk*, 2018-04-06.

sjukhus kombinerat med andra faktorer som återspeglar gles befolkning i närområdet. Storleken på ersättningen utifrån vårdenhetens lokalisering varierar.

Målbaserad ersättning

De flesta landsting använder sig av någon form av målbaserad ersättning. Principerna varierar stort avseende både antalet mål och ersättningens storlek och konstruktion. Landstingen avsätter mellan en och fem procent av den totala ersättningen till målrelaterad ersättning. Exempel på mål som kan ge ersättning är telefontillgänglighet, hälsofrämjande åtgärder och medverkan i Nationella diabetesregistret. En annan typ av målbaserad ersättning är kopplad till enskilda aktiviteter, t.ex. läkemedelsgenomgångar. Trenden går generellt mot en mindre andel målbaserad ersättning, men det varierar stort mellan olika landsting. Även om målbaserad ersättning endast omfattar en liten del av den totala ersättningen kan marginaleffekten leda till oönskade undanträngningseffekter.[122]

Besöksersättning

De flesta landsting ersätter för icke-listades besök enligt bestämd taxa, alternativt att vårdenheter själva får komma överens om belopp i samverkan. Detta gäller även utomlänsbesök. Beloppen som regleras av landstingen varierar mellan 200–700 kronor per läkarbesök. När det gäller besöksersättning för listade patienter finns en stor variation, liksom för ersättning för andra typer av vårdkontakter.

Justering utifrån täckningsgrad

I flertalet landsting justeras ersättningen till vårdenheter utifrån så kallad täckningsgrad, dvs. hur stor andel av den listade befolkningens besök som sker på primärvårdsnivå och/eller på den vårdcentral där patienten är listad. Ersättning för täckningsgrad innebär att vårdcentralens ersättning ökar om de personer som har valt vårdcentralen

[122] Regeringskansliet, Finansdepartementet, *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, 2010.

som utförare i vårdvalet, gör en större andel av sina öppenvårdsbesök inom den verksamhet som vårdcentralen har kostnadsansvar för alternativt i primärvården som helhet. I de flesta landsting omfattas i princip listade individers samtliga besök i öppen vård oavsett typ av vård och vårdnivå.

Täckningsgraden är oftast högre ju längre ifrån ett sjukhus vårdcentralen ligger, vilket gör ersättning enligt täckningsgrad till en variant av glesbygdstillägg. Syftet med justering utifrån täckningsgrad är att styra mot att individer ska konsumera en större andel av den öppna vården i primärvården. Avdrag och tillägg för täckningsgrad utgår i de flesta fall från den fasta ersättningen per listad individ. Justering utifrån täckningsgrad blir på så sätt en justering av den fasta ersättningen per listad individ utifrån utförarens faktiska ansvar för listades individers totala konsumtion av öppen vård

Kostnadsansvar

Ersättningssystemen omfattar inte bara intäkter utan även vilka kostnader en utförare har ansvar för. Det gäller främst områden som läkemedel, medicinsk service[123], hjälpmedel och listade patienters vård på annan primärvårdsenhet eller på jourcentral.

Utförarnas kostnadsansvar för medicinsk service samt hjälpmedel och förbrukningsartiklar är svåröverblickbart med olika definitioner, avgränsningar och ”gråzoner”. Oftast omfattar kostnadsansvaret undersökningar som utföraren själv beställt, oavsett om det gäller patient som är listad på enheten eller ej. I vissa fall finns undantag eller högkostnadsskydd för dyra undersökningar, främst inom bilddiagnostik (röntgen och liknande). När det gäller kostnadsansvar för hjälpmedel och förbrukningsartiklar är det främst gränsdragningar gentemot kommunernas kostnadsansvar som varierar. I ett flertal landsting är tekniska, personliga aktivitetshjälpmedel som är allt från enkla vardagshjälpmedel till tekniskt avancerad utrustning, generellt undantagna från kostnadsansvar.

För allmän/basläkemedel finns i de flesta landsting ett relativt omfattande kostnadsansvar. De flesta landsting utgår från principen att vårdenheter ansvarar för kostnader för listade patienters allmän/

[123] Medicinsk service = laboratorieprover, röntgen och andra undersökningar.

basläkemedel oavsett förskrivare. Definitionen av allmän/basläkemedel och gränsdragningar mellan primärvårdens och specialistvårdens ansvarsområde kan variera mellan olika landsting.

I flertalet landsting har utföraren också kostnadsansvar för besök en listad patient gör vid en annan primärvårdsmottagning. Ofta sker detta enligt fast taxa, vid besök i annat landsting enligt utomlänstaxan, som enligt nuvarande regelverk även omfattar digitala besök. Huruvida utföraren har kostnadsansvar för digitala besök hos andra utförare i det egna landstinget varierar också mellan olika landsting.

Enligt en rapport från Vårdanalys[124] skiljer Sverige ut sig i internationell jämförelse, i det att primärvårdsmottagningarna har ett så omfattande kostnadsansvar. Detta kostnadsansvar innebär att svenska mottagningar har ett betydligt större finansiellt ansvar än mottagningar i andra länder, i synnerhet i kombination med en hög andel fast ersättning per listad individ.

Patientavgifter

Avgiften som patienten får betala vid besök på vårdcentralen, varierar i landstingen mellan 0 och 300 kronor. Det är endast Sörmland som har avgiftsfri primärvård, detta sedan 2017.

I mars 2018 beslöt SKL att rekommendera landstingen att tillämpa en gemensam lägsta avgift för digitala vårdkontakter om 100 kronor per besök för att skapa en enhetlig och konkurrensneutral prissättning för vårdtjänster som är platsoberoende.

[124] Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017, s. 160.

Avgiftsfri primärvård i Sörmland

Sörmland införde avgiftsfri primärvård 2017. Orsaken var att göra primärvården mer tillgänglig för samtliga invånare. Ytterligare ett skäl var att barn och äldre redan hade avgiftsfri vård och att administrationen för att hantera patientavgifter därför inte var motiverad utifrån intäkter. Som beskrivits i kapitel två är avgiftsfri primärvård vanligt förekommande i andra hälso- och sjukvårdsystem.[125]

Samtidigt som avgiftsfrihet i primärvården infördes, utökade man också öppettiderna. Under 2017 har man gjort 41 000 fler besök i primärvården än tidigare, på en befolkning om 295 000, en ökning med 4,7 procent. Samtidigt sågs en minskning i antal besök på länets akutmottagningar med cirka 1 000 besök. Utfallet av den administrativa besparingen är inte känd.

5.3 Primärvårdens uppföljning på aggregerad nivå

Som vi redogjort för i kapitel 2 har Sverige, liksom de flesta andra jämförbara länder, mycket knapphändig information om vår primärvård i jämförelse med övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. I nuläget saknas lagstöd för att samla personnummerbaserade individuppgifter om primärvården på nationell nivå. I detta avseende skiljer sig därmed primärvården från övrig öppen vård samt sluten vård. Det innebär att majoriteten av de vårdinsatser som ges inom hälso- och sjukvården i Sverige inte följs upp på samma systematiska sätt som övrig vård.[126]

Övrig öppen vård samt sluten vård följs upp i patientregistret (förvaltas av Socialstyrelsen). Både den öppna och den slutna vården har lagstadgad uppgiftsskyldighet till patientregistret – primärvården undantagen. Detta gäller både privat och offentlig vård. Patientregistret innehåller:

– alla avslutade vårdtillfällen i sluten vård,
– uppgifter om patienter som behandlats av läkare i den delen av den öppna vården som inte är primärvård (sedan 2001),
– diagnoser och åtgärder för patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV,

[125] Se även bilaga 4, *Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård.*
[126] Socialstyrelsen, *Patientregistret.*

– Patientregistret innehåller sedan mars 2017 även andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrin. Inom psykiatrin finns även pågående vårdtillfällen inom den slutna vården registrerade i patientregistret.

Syftet med patientregistret är att följa hälsoutvecklingen i befolkningen, förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar samt bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling. Registret tillhandahåller data för bland annat statistik, forskning och utvärdering. Patientregistret samlar in uppgifter som kan delas in i fyra huvudkategorier:

– Uppgifter om patienten.
– Uppgifter om vårdenheten.
– Administrativa uppgifter om vårdkontakten.
– Medicinska data.

Patientregistret ger alltså en helhetsbild av vården som utförs i Sverige medan de olika kvalitetsregistren fokuserar på enskilda områden. Olika lagrum styr också registernas verksamhet och sekretess. Inrapporteringen till patientregistret är lagstadgad enligt Lag om hälsodataregister (SFS 1998:543), Offentlighets- och sekretesslagen (1980:100), Dataskyddsförordningen (tidigare personuppgiftslagen (1998:204), PUL) och Förordning om patientregister hos Socialstyrelsen (SFS 2001:707). Inrapporteringen till de nationella kvalitetsregistren är frivillig att delta i för både patient och rapportör, och regleras enligt Patientdatalagen 2008:355 och dataskyddsförordningen (tidigare personuppgiftslagen (1998:204), PUL). Vissa av kvalitetsregistren, såsom Nationella diabetesregistret, RiksSvikt, Luftvägsregistret, SweDem, Senior Alert och Palliativa registret inkluderar också relevanta data från primärvården.

Nationell datainsamling i primärvården – förslag till utökning av patientregistret

Den 4 november 2010 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen ett uppdrag att påbörja ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården.[127] Socialstyrelsen avrapporterade uppdraget den 29 mars 2012. I sin rapport konstaterar Socialstyrelsen att om ett bredare underlag för statistik och forskning samt uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring finns tillgängligt kan en större del av den vård som bedrivs synliggöras. Vidare kan möjligheterna för uppföljningen av en god vård på lika villkor förbättras. Socialstyrelsen föreslog därför att patientregistret skulle utökas till att omfatta även primärvården samt gav förslag på utvecklingsarbete och tidsplan för hur förslaget skulle kunna realiseras. Förslaget innebär att man, liksom för övrigt öppen vård, initialt skulle begränsa sig till läkarbesök och rapportera in individuppgifter (personnummer, kön, födelseår, folkbokföringsort), administrativa uppgifter (besöksdatum, vårdenhet, form av öppenvårdskontakt) samt kliniska uppgifter (diagnoser, yttre orsaker till sjukdom och död, åtgärder).[128]

Regeringen gav 2017 Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera vissa uppgifter som redovisats i rapporteringen 2012. Socialstyrelsen överlämnade i november 2017 promemorian ”kompletterande underlag om nationell datainsamling avseende primärvården”. I denna lyfter Socialstyrelsen fram två huvudsakliga aspekter för varför det är av vikt att patientregistret även kan omfatta primärvården:

- Möjligheten att följa patientens hela vårdkedja och på så sätt kunna utvärdera vårdens sammantagna innehåll, tillgänglighet och funktionssätt.
- Möjligheten att beskriva och utvärdera medicinsk praxis, kvalitet, effektivitet och utveckling av vården som helhet.

Enligt den enkätundersökning som Socialstyrelsen gjort skulle vissa landsting redan i dag kunna leverera framför allt individdata och administrativa data utan alltför stora behov av bearbetningar. Vad gäller användandet av diagnos och åtgärdsklassifikationer samt kodverk behöver dessa dock utvecklas och förbättras. Socialstyrelsen

[127] Regeringskansliet, *Uppdrag att påbörja ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården.*
[128] Socialstyrelsen, *Nationell datainsamling i primärvården – förslag till utökning av patientregistret.*

konstaterar att det varierar i vilken omfattning diagnoskodning används i primärvården, något som troligtvis beror på att det hittills inte finns något krav i författning på att rapportera detta. Deras enkät visar vidare på att användningen av åtgärdskodning i primärvården är mycket begränsad. Socialstyrelsen lyfter också behovet av att vidareutveckla befintliga nationella klassifikationer så att de utgör ett bättre stöd för dokumentation och beskrivning av primärvårdens verksamhet. Trots utvecklingsbehoven menar Socialstyrelsen dock att en insamling skulle kunna påbörjas.

I promemorian gör Socialstyrelsen också en analys av hur en utökning skulle förhålla sig till dataskyddsförordningen som träder i kraft den 25 maj 2018. Sammantaget gör Socialstyrelsen bedömningen att patientregistret kan utvidgas till att omfatta även primärvården givet att man bedömer att behandlingen är proportionell mot de legitima mål som eftersträvas. En utvidgning av patientregistret skulle innebära att Socialstyrelsen kommer att föra ett utökat antal uppgifter om enskilda. Rapporteringen till patientregistret är en skyldighet för vårdgivare och enskilda skulle alltså inte kunna välja att neka vårdgivaren att lämna uppgifter vidare till Socialstyrelsen. Detta kan uppfattas som integritetskränkande och ställer därmed särskilda krav på att väga nyttan med utökad uppgiftslämning mot skyddet av den personliga integriteten. Socialstyrelsen bedömer att de nya analyser som skulle möjliggöras genom en utökning av patientregistret till att även omfatta primärvården är mycket viktiga för att kunna följa patientens väg genom vården, vilka insatser som ges samt för att följa vårdens utveckling på nationell nivå. De föreslagna behandlingarna bedöms ha ett högt samhälleligt intresse, inte minst för patientsäkerheten och vårdens jämlikhet. Man framhåller vidare att de uppgifterna ej används för att följa enskilda medborgares hälsa och att de analysmöjligheter som man redogör för enbart avser aggregerad nivå.[129]

Dialog förs mellan Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Socialstyrelsen kring förutsättningarna att utöka patientregistret till att omfatta även primärvården.

[129] Socialstyrelsen, *Kompletterande underlag om nationell datainsamling avseende primärvården.* 2017.

Rekommendation från SCB för Sveriges genomförande av Agenda 2030

Regeringen gav 2017 Statistiska centralbyrån (SCB) i uppdrag att genomföra en statistikbaserad analys av Sveriges genomförande av Agenda 2030. Slutredovisningen, som lämnades till regeringen i oktober 2017, innehåller förslag kring en nationell indikatorlista, förslag kring rapporteringsmekanismer och styrning samt förslag till integrerade analyser.

I slutrapporten framhålls bl.a. att flera av de globala indikatorerna inte går att ta fram i Sverige trots att uppgifterna finns i primärvården. Skälet till detta är att lagstiftningen är utformad så att information från primärvården inte kan användas för statistikframställning. SCB rekommenderar därför regeringen att se över lagstiftningen för att utöka möjligheten att göra statistik av information från primärvården. SCB menar att en lagändring avsevärt skulle förbättra möjligheten att producera dessa indikatorer med hög kvalitet och samtidigt ge utrymme för långtgående analyser av hur olika fenomen korrelerar.[130]

PrimärvårdsKvalitet

Ett annat initiativ för att stärka möjligheten att följa primärvården är projektet PrimärvårdsKvalitet, som sedan hösten 2015 samordnas av SKL. PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården. Det är ett stöd för vårdcentralerna att följa upp och förbättra sitt arbete. De anslutna vårdcentralerna kan se alla uppgifter om sin egen verksamhet och även följa upp vården av enskilda patienter. Genomsnittsvärden från hela landet visas som referensvärden.

Genom att ansluta sig till PrimärvårdsKvalitet åtar sig landsting/regioner att rapportera, återkoppla och använda data. Varje landsting/region och privat aktör bestämmer själv hur de utformar sina arbetsformer och it-lösningar. Cirka 50 procent av alla vårdcentraler i Sverige är i dag anslutna till PrimärvårdsKvalitet. I Västra Götalands Regionen pågår t.ex. ett utvecklingsarbete på regionnivå för att införa PrimärvårdsKvalitet i hela regionen. Målet för 2017 var att 70 procent av vårdcentralerna i landet, både de privata och landstingsdrivna, använder uppföljningen och att data används i det lokala förbättringsarbetet. Till skillnad från ett eventuellt inkluderande av

[130] SCB, *Om statistikbaserad uppföljning av Agenda 2030*, 2017, s. 8.

primärvården i patientregistret syftar PrimärvårdsKvalitet främst till att just stödja förbättringsarbete hos de anslutna vårdgivarna/huvudmännen.

5.4 Kunskapsstyrning

Utvecklingen av kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården sker i dag på tre nivåer.

Statlig nivå

Flera statliga myndigheter bidrar till att utveckla kunskapsstöd för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen tar fram olika icke bindande kunskapsstöd riktade till hälso- och sjukvården, bland dem nationella riktlinjer. Riktlinjerna tas fram utifrån en värdering av befintlig kunskap. Medicinsk kunskap byggs oftast utifrån studier på gruppnivå. Denna kunskap kan vara vägledande när det gäller val av diagnostisk metod eller behandling, men individens speciella förutsättningar och preferenser, liksom vårdgivarens erfarenhet är också viktiga delar i en evidensbaserad medicin. Studier tar sällan hänsyn till multisjuklighet, och olika riktlinjer för enskilda sjukdomar riskerar därför bli svåra att tolka utifrån en enskild patients behov. Komplexiteten och den snabba utvecklingen gör också att riktlinjer snabbt blir inaktuella.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) utvärderar etablerade och nya metoder som bl.a. används i hälso- och sjukvården. De oberoende utvärderingarna ska användas som stöd av alla som på olika nivåer i samhället bestämmer hur hälso- och sjukvården ska utformas. Utöver dessa två aktörer tar bl.a. Läkemedelsverket och Folkhälsomyndigheten fram behandlingsrekommendationer och andra kunskapsunderlag till hälso- och sjukvården. Sedan den 1 juli 2015 samverkar nio myndigheter i Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst för att myndigheternas styrning ska vara samordnad, effektiv och behovsanpassad och till stöd för huvudmän och professionen.

I Sverige finns ett stort antal nationella kvalitetsregister. Dessa är oftast ursprungligen framtagna av professionen. Flertalet kvalitetsregister är diagnos- eller åtgärdsspecifika, men några senare register

omfattar vårdförlopp av mer komplexa tillstånd, såsom Palliativregistret och Senior Alert.

Patientregister för hälsodata från primärvård saknas i dag. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att bedriva ett utvecklingsarbete avseende datainsamling i primärvården[131] (jfr avsnitt 5.3).

I december 2015 gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Utredningen om kunskapsbaserad och jämlik vård lämnade sitt betänkande i juni 2017. I betänkandet lyfts särskilt balansen mellan behov av en centraliserad struktur för kunskapsstyrning/stöd och huvudmännens och verksamheternas behov av att själva äga de processer man är ansvarig för. Förslagen bereds för närvarande i regeringskansliet.

Regional nivå

På regional nivå bedrivs historiskt ett omfattande arbete med framtagande av olika typer av riktlinjer och vårdprogram. Arbetet sker dels via exempelvis läkemedelskommittéer, professionsföreningar, patientföreningar eller i samverkan mellan olika vårdgrenar och specialiteter inom en region/landsting. På senare tid har landsting/regioner i större utsträckning samverkat gällande kunskapsstyrning. Det finns en överenskommen samverkan mellan olika regionala strukturer såsom regionala cancercentrum (RCC) eller kvalitetsregistercentrum (QRC) i samverkan. Huvudmännen (SKL) har utarbetat en modell för kunskapsstyrning och under 2018 etablerar landsting och regioner, med stöd av SKL, ett nationellt system för kunskapsstyrning, se även avsnitt 4.1.3. Syftet är att göra det enklare att på ett effektivt sätt samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården, att de tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda i mötet med patienten. Förutom kunskapsstöd ingår också stöd till uppföljning och analys, samt stöd till verksamhetsutveckling och till ledarskapet i systemet för kunskapsstyrning. Arbetet kopplar också till utvecklingen av kvalitetsregister.

Sedan tidigare finns nationella programråd inom områdena Astma/KOL, Diabetes, Stroke, ADHD, Barn och ungas psykiska hälsa,

[131] S2010/7914/HS.

Depression och ångest, Antibiotikaförebyggande arbete, Biobanker, Internetbaserad stöd och behandling, Levnadsvanearbete i hälso- och sjukvården och Primärvård. Dessa finns kvar i väntan på att det nya systemet med 18 nationella programområden byggs upp. Arbetet leds av en styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan (SKS).

Som beskrivits i föregående stycke finns också Primärvårds-Kvalitet, ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården, samordnat av SKL (jfr avsnitt 5.3).

Tillsammans med SKL tar landsting och regioner fram ett gemensamt kunskapsstöd för vårdpersonal i primärvården, Nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården. Kunskapsstödet består av mer än 350 nationella rekommendationer för utredning, behandling och uppföljning.

Lokal nivå

För att kunskap ska implementeras och utvecklas så att det ger bästa möjliga nytta för patienterna, krävs att relevanta kunskaps/beslutsstöd finns tillgängliga i den lokala digitala miljön på ett smidigt sätt.

Verksamheter och enskilda medarbetare behöver också ha möjlighet att följa sina egna patienters data över tid, såväl på grupp- som individnivå. Det är huvudmännens ansvar att skapa förutsättningar för detta genom såväl system för att tillgängliggöra data, som metodstöd för verksamhetsutveckling och uppföljning. Data kan vara medicinska uppgifter, förskrivning av läkemedel, uppgifter om medicinsk service, liksom uppgifter om produktivitet och effektivitet.

5.5 E-hälsa och digitalisering

2016 beslutade regeringen om en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om ”Vision e-hälsa 2025”. Den övergripande visionen är att Sverige år 2025 *ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet*. En ökad digitalisering ska stödja brukarnas, klienternas och patienternas situation samt ge mer ändamålsenliga stöd för medarbetarna. Visionen klargör den grundläggande ansvarsfördelningen

mellan parterna och fastslår även tre insatsområden: regelverk, enhetligare begreppsanvändning och standardiseringsfrågor.[132]

Sverige har goda förutsättningar att tillgodogöra sig digitaliseringens möjligheter. Invånarna är bland de mest digitalt mogna i världen och näringsliv och offentlig sektor har i stor utsträckning digitaliserat sin verksamhet. Sverige har också världsledande företag inom informations- och kommunikationsområdet som drivit utvecklingen framåt internationellt. Det pågår en digitalisering inom samtliga samhällssektorer och tillämpning av nya tekniker som både ökar tillgänglighet, kvalitet och effektiviserar offentliga samhällsuppgifter.

En ny digitaliseringsmyndighet ska inrättas från och med den 1 september 2018. Myndigheten inrättas i syfte att säkerställa styrning, säkerhet och effektivitet i digitaliseringen av den offentliga förvaltningen. Myndigheten ska stötta andra myndigheter, kommuner och landsting i digitaliseringsarbetet.

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården är välfärdsområden där digitaliseringen bär med sig stora möjligheter. Dessa sektorer står för en stor del av de offentliga utgifterna och är också sektorer som de flesta invånare någon gång kommer i kontakt med. För socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens målgrupper innebär digitaliseringen helt nya möjligheter till självständighet, delaktighet och inflytande. De allra flesta människor vill vara oberoende och delaktiga samt ha inflytande och kontroll över frågor och beslut som rör hälsan och den sociala livssituationen. För att kunna möta dessa behov behövs verktyg för kommunikation inom och mellan verksamheterna samt mellan verksamheterna och patienterna. Digitaliseringen medför goda möjligheter att förbättra insatser som rör barn, ungdomar, äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Digitaliseringen ger nya möjligheter till kommunikation vilket kan stärka delaktighet och självbestämmande då beslut i högre utsträckning kan fattas i samråd med den berörda personen. Det är viktigt att digitalisering och utvecklingen av it-stöd är inkluderande och sker utifrån olika gruppers behov och förutsättningar. I grunden handlar det om att stödja ett individanpassat arbetssätt där verksamheterna tar tillvara och utgår från individens resurser vilket kan leda till såväl bättre hälsoresultat som ökad delaktighet och en effektivare verksamhet.

[132] Regeringskansliet, *Överenskommelse om Vision e-hälsa 2025*, 2016-03-14.

En snabb tillämpning av digitala tekniker börjar nu ske inom hälso- och sjukvården. I dag kan alla vårdgivare erbjuda digitala tjänster. Utveckling sker t.ex. avseende videofunktioner, appar och digitala vårdplaner. Sedan 2016 är alla landsting och regioner anslutna till den nationella tjänsten Stöd och behandling via 1177 Vårdguiden. Tjänsten kan erbjudas av alla vårdgivare i landstingens regi samt privata vårdgivare. Arbete pågår med att utveckla tjänsten på 1177 Vårdguiden.

Landstingen har kommit olika långt i sina satsningar med att erbjuda digital vård som ersättning för och komplement till fysiska vårdkontakter. Vissa landsting erbjuder läkarbesök med video eller chatt för förstagångsbesök, andra erbjuder digitala besök vid återbesök. Utvecklingen påverkas i och med etableringen av nya privata utförare och tjänster av digital vård. 2016 etablerades de första utförarna som endast erbjuder digitala vårdtjänster med chatt och video.

Utredningen Styrning för en jämlik vård (S 2017:08) fick i mars 2018 ett tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.[133]

5.6 Prehospital och mobil vård

Den prehospitala vården har på senare år utvecklats i en snabb takt till följd av såväl praktiska behov som ökad teoretisk kunskap inom området. Den ambulanssjukvård som en gång i tiden fokuserade på akut transportverksamhet har utvecklats till ett aktivt omhändertagande, med möjlighet till avancerade sjukvårdsinsatser som med självklarhet inleds redan på en skadeplats och under transporten till en vårdinrättning. Ett flertal utredningar på senare år har adresserat området, inte minst vad gäller samordningen av alarmeringsinsatser.[134] [135] Området adresseras också i den rapport om den svenska traumasjukvården som Socialstyrelsen genomfört på uppdrag av regeringen.[136] Slutbetänkandet Träning ger färdighet, om organiseringen av den högspecialiserade vården, föreslog också att den prehospitala

[133] Dir 2018:14, *Tilläggsdirektiv till Ordning och reda i vården*.
[134] SOU 2013:33, *Alarmeringstjänstutredningen*.
[135] SOU 2018:28, *En nationell alarmeringstjänst*.
[136] Socialstyrelsen, *Traumavård vid allvarlig* händelse 2015.

vården, tillsammans med området regional akutsjukvård, var i behov av en särskild utredning.[137]

Den svenska prehospitala vården har under lång tid inte varit i samma nationella fokus som i många andra länder med delvis jämförbara geografiska förhållanden, såsom till exempel i Norge. Där finns ”Luftambulanestjenesten” nationellt utvecklad sedan slutet av 1980-talet och ett rikstäckande ambulanshelikopternät. Området mobil vård är i dag större än enbart det traditionella prehospitala uppdraget, och omfattar många varierande vårdgrenar, som tillhandahålls såväl med landsting som kommun som huvudman. Den mobila vården kan ha sin organisatoriska tillhörighet inom såväl primärvård inom landsting och kommun som utgående från den traditionella akutsjukvården. Ett av flera nyliga exempel på organisatorisk samordning av olika typer av traditionell akut prehospital vård och annan mobil vård, är Sjukvårdens larmcentral i VGR, lokaliserad inom Närhälsan.[138]

Utredningens uppfattning är att olika former av prehospital och mobil vård står inför en omfattande utveckling, att den utvecklingen delvis behöver samordnas nationellt men också ske regionalt och lokalt. Detta kommer att ställa krav på ökad samordning och ibland samorganisering av vårdgrenar och vårdformer som historiskt organiserats i parallella spår och var för sig, med allt vad detta innebär av egen historik, traditioner och organisationskulturer.

[137] SOU 2015:98, *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa*.
[138] Västra Götalandregionen, *Sjukvårdens Larmcentral VGR (SvLc)*.

Behov av utvecklad samverkan inom mobil vård, reflektioner från lednings- och verksamhetsnivå

Om mobil sjukvård

”Om vi ska nå målet att sluta transportera medborgare och patienter till akuten med vårdbehov som skulle kunna tas om hand i kommunens och landstingens primärvård måste en omfördelning av resurser från dagens slutenvård till den mobila vården göras. Motsvarande resurser för omhändertagande måste finnas inom olika delar av första linjens sjukvård dygnet runt, t.ex. vårdteam med undersköterska, sjuksköterska och tillgång till läkare. I dag finns i allt för liten utsträckning operativa läkare inom den mobila sjukvården. Men det förekommer – till exempel projekt där patienter med cancer vid behov kan få blodtransfusion i hemmet med stöd av mobila prehospitala läkare och ambulanssjukvården”.

Ledning och dirigering av mobil vård

”Den mobila sjukvården är under utveckling och i både utförande och synen på den behövs regelstöd av myndigheter gällande ansvar, logistik och samverkan. Vi behöver tydliggöranden av hur sjukvårdens resurser bäst dirigeras och samordnas. Det vore bra om olika dirigenter av sjukvård har möjlighet till samverkan och kan göra vårdnivåbedömningar innan mobil sjukvård kontaktas, till exempel när medborgaren trycker på sitt trygghetslarm så finns möjlighet för mottagande larmoperatör att samverka med 112, 1177, 114 14, kanske direkt med en vårdcentral eller jourläkare eller ett helt mobilt team.”

Ambulanssjukvården är en del av den moderna mobila vården

”Även om en stor del av den mobila vården historiskt utgjorts av den traditionella ambulanssjukvården tror jag behoven ser annorlunda ut i framtiden. Exempel på kompetenser inom den mobila vården kanske är hemtjänstpersonal, distriktssköterska, psykiatrisjuksköterska, räddningstjänst, jourläkare från primärvården, bedömningssjuksköterska i ambulans, trygghetsteam från kommunen, psykiatrisjuksköterska i ambulanssjukvård. Vi behöver börja betrakta ambulanssjukvården som *en* resurs i den mobila vården, med grunduppdrag akutsjukvård. För att ambulansen ska kunna fortsätta ge akutsjukvård i rätt tid måste övriga vårdgivare som har medborgare med sjukvårdsbehov i den nära vården vara tillgängliga dygnet runt med mobil kompetens.

Ambulanssjukvården, tillsammans med övriga aktörer i den mobila vården, ska kunna ge vård på rätt nivå, då behöver vi utveckla standardiserade bedömningsstöd och likartad kommunikationsteknik. Kunna nå den information om patienten eller brukaren som behövs vid tillfället.”

Både vardagsnära och högspecialiserad mobil vård behövs

”Vården måste bli bättre på att beskriva och redovisa vilken tillgänglighet till vård vi får, och hur den tillhandahålls, beroende på var vi väljer att bosätta oss. Kommuner och landsting har olika geografiska förutsättningar. Den mobila vården blir en viktig del i nivåstruktureringen av sjukvårdssystemet. I dag är mobila insatser, kanske än mer än andra hälso- och sjukvårdsinsatser, uppdelade i olika stuprör, och de som arbetar i verksamheterna styrs av olika organisationsformer och regelverk och kommer från olika arbetssätt och organisationskulturer. I ett tydligare nivåstrukturerat sjukvårdssystem måste landstingen utveckla sin samverkan när det gäller användningen av högspecialiserade resurser och transporter för högspecialiserad vård. Vårdgivare som tar ansvar för högspecialiserad vård måste även beskriva transportprocessen till och från den nära vården, för att tillgodose samma höga kvalitet i hela vårdkedjan, inklusive under transporter. I dag mäter vi till exempel hur bra vi lyckas med vårdhygien och trycksårsprofylax inom sluten vård. Men när vi planerar för transport av de svårast sjuka patienterna under många timmar gör vi det ibland under omständigheter som absolut skulle kunna förbättras avseende planering av trycksårsprofylax och utifrån vårdhygieniska aspekter. Vi måste förstå att den mobila vården, oavsett var och när den utförs, är en viktig och ofta avgörande del i sjukvårdssystemet.”

6 Fördjupad analys av förslag för ändamålsenlig administration

6.1 Utfärdande av intyg i vården

6.1.1 Utredningens uppdrag

Det finns en omfattande efterfrågan på medicinska bedömningar från olika aktörer i samhället. Intygshanteringen är därför resurskrävande för hälso- och sjukvården. Det är viktigt att en begäran om medicinskt underlag eller intyg är motiverad. Eftersom många intyg får långgående konsekvenser för samhället och för enskilda är det även angeläget att intyg utfärdas av den som har tillräcklig kompetens och erfarenhet.

Effektiv vård gör gällande att det finns många omotiverade rättsliga krav på att just läkare ska upprätta vissa intyg. Effektiv vård gör även gällande att vården får ägna för mycket tid åt många intyg.

Hälso- och sjukvården utfärdar cirka 200 stycken olika intyg.[1] Det finns ett 70-tal reglerade krav enligt lag och förordning på att läkare ska utfärda intyg. Effektiv vård har föreslagit att det utreds i vilken utsträckning nuvarande rättsliga reglering kan göras professionsneutral. Vår utredning har inom ramen för detta delbetänkande inte möjlighet att generellt utreda om kompetenskraven är motiverade i varje enskilt fall eller om andra intyg som vården upprättar omfattas av hälso- och sjukvårdens uppdrag. Hälso- och sjukvårdens centrala roll i dessa sammanhang och de diskussioner som uppstått om den ökade administrativa bördan i vården medför att det finns anledning för vår utredning att bidra till att klargöra det styrande regelverket. Vi ser att det finns skäl för oss att redovisa en sammanställning av vilka krav på läkarintyg som regleras i lag och förordning samt klargöra enskild vårdpersonals skyldighet att utfärda vissa intyg.

[1] Inera, *Kartläggning intyg*, 2013.

Effektiv vård föreslår även att regeringen initierar ett myndighetsöverskridande arbete med syfte att samordna och begränsa kraven på intyg som berörda myndigheter ställer. Kommuner uppmanas att se över sina intygskrav. Vår utredning kan konstatera att flera myndigheter därefter ser över sina intygskrav, se avsnitt 6.1.3. Hälso- och sjukvårdens roll i sjukförsäkringsprocessen uppfattas som den enskilt mest betungande intygshanteringen. Det pågår när detta skrivs våren 2018 omfattande arbete på flera håll för att bl.a. utveckla vårdens roll i den processen. Regeringen har i april 2018 beslutat om en proposition om att hälso- och sjukvårdens roll i försäkringsmedicinska utredningar lagregleras.[2] Flera andra aktörer har också uppdrag som bl.a. syftar till att minska hälso- och sjukvårdens administrativa börda i den processen, se närmare beskrivning av pågående initiativ i avsnitt 6.1.3. Vår utredning kommer därför inte utreda frågan om hälso- och sjukvårdens roll i sjukförsäkringsprocessen närmare.

6.1.2 Den rättsliga regleringen av intyg

Samhällets behov av intyg

Från samhällets sida kan det av olika skäl finnas behov av intyg om en persons hälsostatus, vårdbehov, genomförda behandlingar m.m. Intygen kan motiveras av rättssäkerhetsskäl, olika trafiksäkerhetsskäl eller andra skäl för liv och hälsa eller liknande. En persons hälsostatus kan också ha stor betydelse för andra frågor än hälso- och sjukvård. Samtliga intyg som grundar sig på en rättslig reglering kan få långtgående konsekvenser. Även överväganden om intygshantering som inte grundar sig på ett rättsligt krav kan få konsekvenser för enskilda.

Effektiv vård efterfrågar en översyn om vården upprättar många onödiga intyg. SKL kartlägger för närvarande vilka intyg som vården utfärdar. Vår utredning kan bidra med en översyn av de rättsliga regleringar om intyg som finns. Att göra en uttömmande sammanställning över alla rättsliga regleringar som innebär att det behövs en medicinsk undersökning och ett intygande av en medicinsk bedömning är däremot inte görligt eller meningsfullt inom ramen för vår utrednings uppdrag.

[2] Se Prop. 2017/18:224, *Lag om försäkringsmedicinska utredningar*, *SOU 2015:17*, *För kvalitet – Med gemensamt ansvar* och Ds 2016:41, *Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna*.

Hälso- och sjukvårdens uppdrag

Av 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) följer att hälso- och sjukvårdens uppdrag bl.a. är att fullgöra åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvårdens uppdrag styrs även av de mål verksamheten ska uppfylla enligt HSL, se avsnitt 5.1.2. I hälso- och sjukvårdens uppdrag ryms därmed även att göra medicinska bedömningar som kan utgöra en del av det förebyggande eller utredande arbetet. Vissa sådana medicinska bedömningar behöver intygas i förhållande till andra aktörer i samhället. Hälso- och sjukvårdens uppdrag innefattar alltså även att utfärda intyg om olika medicinska bedömningar. Det finns en mängd rättsliga regleringar som innefattar behov av att en medicinsk bedömning görs av hälso- och sjukvården. Det finns ett fåtal rättsliga regleringar som innebär en skyldighet för enskild vårdpersonal att på begäran av vissa särskilt angivna myndigheter eller patienten själv att utfärda ett visst intyg. Det rör sig om intyg som lagstiftaren ansett att vården måste prioritera med hänsyn till att behovet av medicinska bedömningar som andra samhällsaktörer har i dessa fall bedöms vara akut. Det behövs t.ex. beslutsunderlag innan ett barn, personer med missbruk eller beroende eller en psykiskt sjuk person kan omhändertas. Ett körkort för en person med missbruk eller beroende kan behöva återkallas snabbt för att undvika trafikolyckor. En påföljdsbedömning måste kunna göras i en rättegång utifrån den misstänktes behov av vård. Patienten har alltid rätt att få ut viss information från sin patientjournal.

Enskild vårdpersonals skyldighet att utfärda vissa intyg och andra utlåtanden

Att utfärda intyg och att avge utlåtanden är ett viktigt inslag i hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning. Den som är skyldig att föra patientjournal är enligt 3 kap. 16 § patientdatalagen (2008:355, PDL) även skyldig att på patientens begäran utfärda intyg om vården. Utöver den som har legitimation eller är särskilt förordnad att utöva ett visst yrke är även vissa yrkeskategorier utan legitimation skyldiga att föra patientjournal över den vård som de ger en patient. Regleringen är en naturlig följd av det medicinska ansvaret.[3]

[3] Se 3 kap. 3 § PDL, 4 kap. och 6 kap. 2 § PSL.

En verksamhetschef ansvarar enligt 4 kap. 3 § första stycket första punkten hälso- och sjukvårdsförordningen, (2017:80, HSF) för att den som varit intagen på sjukhus på begäran avgiftsfritt får ett intyg om orsaken till intagningen och tiden för intagning och utskrivning.

I 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL) regleras skyldighet för läkare att utföra undersökningar och upprätta utlåtanden. Regleringen innebär att läkare som huvudsakligen är verksamma inom öppen vård, på begäran av länsstyrelsen, domstol, åklagarmyndighet, Polismyndigheten eller överförmyndare, är skyldiga att göra en bedömning av och intyga en patients hälsostatus. Andra läkare i offentligt bedriven hälso- och sjukvård har motsvarande skyldighet i den omfattning övriga skyldigheter i yrkesutövningen inte hindrar det eller det annars inte finns särskilda skäl mot det. Alla läkare är däremot utan begränsning skyldiga att göra undersökningar och lämna utlåtanden om alkoholpåverkan. I lagen (2005:225) om rättsintyg i anledning av brott finns särskilda bestämmelser om utlåtanden i vissa fall som innefattar särskilda kompetenskrav hos intygsgivaren. Regleringen innebär bl.a. att läkare, men inte tandläkare, är skyldiga att under vissa omständigheter utföra kroppsbesiktning på begäran av polisman.[4] Att regleringen skiljer på om läkare arbetar i öppen eller sluten vård ligger i linje med den ansvarsfördelning och kompetens som sedan länge har utgjort lagstiftarens avsikt om hur hälso- och sjukvården ska struktureras, se avsnitt 5.1.4.

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns rutiner som säkerställer att de nyss nämnda skyldigheterna att upprätta intyg fullgörs.

Utöver de fall som nyss redogjorts för finns ingen lagstadgad skyldighet för en enskild läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal att utfärda ett intyg. Att det finns en reglerad skyldighet för de aktuella intygen är huvudsakligen en rättssäkerhetsfråga. För att även andra delar av samhället ska fungera finns däremot även i vissa andra fall ett stort behov av och en stor förväntan på medicinska bedömningar och intygande om diverse hälsotillstånd, se ovan om samhällets behov av intyg. Det är upp till varje enskild vårdgivare att besluta om vilka intyg, utöver de som ansvarig vårdpersonal är skyldig att utfärda, som ska utfärdas på någons begäran.[5]

[4] Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 210.
[5] Se 3 kap. 1 och 2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) *om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.*

Rättslig kartläggning av krav på läkarintyg

Effektiv vård efterfrågar även en översyn om huruvida krav på att vissa intyg upprättas av läkare kan göras professionsneutrala. Som vi angett inledningsvis har vi inte heller möjlighet att ta oss an ett sådant uppdrag. Vi har i stället valt att redogöra för de regleringar i lag och förordning som innebär att ett *läkarintyg* ska inhämtas för att styrka vissa fakta eller påståenden.

De rättsliga regleringar som omfattas av sammanställningen innefattar krav på att en läkare i egenskap av sakkunnig ska göra en undersökning och medicinsk bedömning av sina iakttagelser. Det kan även innefatta att friskförklara en person. I många fall krävs att en legitimerad läkare eller en läkare med viss specialistkompetens intygar en patients hälsostatus eller hälsotillstånd.[6]

Socialstyrelsen föreskriver i några fall ytterligare krav på viss specialistkompetens hos läkaren eller krav på legitimation. Efter ansökan från en verksamhetschef kan Socialstyrelsen även medge undantag från kravet på läkares legitimation i vissa fall.[7]

Det finns ett 70-tal regleringar i lag och förordning som innefattar krav på läkarintyg. En del läkarintyg som regleras i lag eller förordning rör intyg som påverkar val av påföljd för brott, har betydelse för utredning av brott eller bedömning om behov av tvångsvård. Intygen kan även ligga till grund för att frånta någon dess rättsförmåga på olika sätt (se 7 och 9 §§ lag om särskild personutredning i brottmål m.m., 3 § förordning [1963:194] om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställighet av straff m.m., 11 kap. 17 § föräldrabalken, 11 § lagen [1994:261] om fullmaktsställning, 4 och 11 §§ lagen [1991:1128] om psykiatrisk tvångsvård, 5 § lagen [1991:1129] om rättspsykiatrisk vård, 4 § lag [1991:1137] om rättspsykiatrisk undersökning, 9 och 11 §§ lagen [1998:870] om vård av missbrukare, 32 § lagen [1990:52] om vård av unga, 2 kap. 3 § och 4 kap. 2 § begravningslagen [1990:1144]). I dessa fall kan kraven på intygen framför allt motiveras av rättssäkerhetsskäl. I fall intygen begärs av någon av de myndigheter som anges i 6 kap. 9 § PSL är läkare

[6] Se t.ex. 13 § förordning (1992:289) *om särskild rättsutredning i brottmål* m.m., lagen (2005:225) *om rättsintyg med anledning av brott*, 4 och 11 §§ lagen (1991:1128) om *psykiatrisk tvångsvård* och 5 § lagen (1991:1129) *om rättspsykiatrisk vård.*

[7] Se t.ex. 14 § förordningen (1991:1472) *om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* och 5 kap. 4 § SOSFS 2005:29.

inom öppen vård skyldiga att utfärda dem. Som redogjorts för ovan finns visst utrymme att ta hänsyn till övrig arbetsbelastning.

En del läkarintyg är arbetsrelaterade intyg. De krävs för att få eller behålla viss anställning eller för att kunna bli uppsagd från vissa tjänster. Intygen kan även vara en förutsättning för att få tillstånd att bedriva viss verksamhet (se t.ex. 5 § anställningsförordningen [1994:373], 13 § lagen [2017:310] om framtidsfullmakter och 9 § livsmedelsförordningen [2006:813]). Sjöpersonal omfattas av särskilda krav på återkommande läkarundersökning, som har sin grund i EU-rättsliga krav (se 7, 18 och 20 §§ mönstringslagen [1983:929] och förordning [1979:38] om läkarintyg för sjöfolk samt förordning [2007:237] om behörigheter för sjöpersonal, 2 kap. 1 § och 3 kap. 3 § förordning [2011:1533] om behörigheter för sjöpersonal, 7 kap. 4 § fartygssäkerhetslagen [2003:364], 4 kap. 18 § fartygssäkerhetsförordning [2003:438]). Även för andra yrkesgrupper inom transportområdet ställs krav på läkarundersökning för att få utöva sitt yrke (5 kap. 3, 18 och 20 §§, 8 kap. 1 § och 10 kap. 6 § körkortslagen [1998:488], 3 kap. 1 §, 3 kap. 6 §, 5 kap. 2 §, 5 kap. 11 §, och 6 kap. 7 § körkortsförordningen [1998:980], 3 kap. 6 § taxitrafiklagen [2012:211]). Intygen kan i dessa fall framför allt motiveras av rättssäkerhets- och trafiksäkerhetsskäl samt av EU-rättsliga krav. Dessas intyg begärs sannolikt av enskilda privatpersoner, i många fall efter uppmaning av arbetsgivaren. Enskilda behöver intygen för att t.ex. få anställning eller utöva visst yrke eller för att kunna få eller behålla ett körkort.

Det finns även krav på läkarintyg som har betydelse för enskildas rätt till olika former av ekonomisk ersättning från staten (se 2 § förordning [2017:819] om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser, 2 kap. 19 § förordning [2010:407] om ersättning till vissa nyanlända invandrare, 19 c § förordning [1997:835] om arbetslöshetsförsäkring, 2 kap. 20 § och 3 kap. 32 b § studiestödsförordningen [2000:655], 14 f § förordning [1996:1100] om aktivitetsstöd, artikel 17 förordning [1977:740] om tillämpningen av en konvention den 27 februari 1976 mellan Sverige och Förbundsrepubliken Tyskland om social trygghet, artikel 10 förordning [1984:555] om tillämpningen av en konvention den 4 februari 1983 mellan Sverige och Spanien om social trygghet, 27 kap. 25 § och 110 kap. 55 § socialförsäkringsbalken, 2 § förordning [1995:1051] om skyldigheten att lämna läkarintyg m.m. i vissa sjukpenningärenden i vissa fall, 19 och 21 §§

förordning [2016:706] om utbildningsbidrag för kompletterande pedagogisk utbildning som leder till ämneslärarexamen för personer som har en examen på forskarnivå). Intygen kan i dessa fall förutom av rättssäkerhetsskäl även motiveras av kontroll- och rehabiliteringsskäl.

Försäkringskassan har möjlighet att föreskriva om de undantag som behövs från bestämmelser om läkarintyg i sjukpenningärenden i vissa fall.[8] Försäkringskassan har meddelat föreskrifter om sådana undantag.[9]

Rättsliga krav vid upprättandet av intyg

Det är av flera skäl viktigt att intygen från hälso- och sjukvården är objektiva och håller en hög medicinsk standard. Eftersom det som intygas i vissa fall kan få långtgående konsekvenser är det inte minst viktigt av rättssäkerhetsskäl.

Den som i sin yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården utfärdar ett intyg om någons hälsotillstånd eller vård, ska enligt 6 kap. 10 § PSL utforma det med noggrannhet och omsorg. Detta gäller oavsett vilket intyg som upprättas. Det ligger i sakens natur att endast kända fakta kan intygas av intygsgivaren. En intygsgivare med tillräcklig kompetens och erfarenhet kan även göra ett utlåtande om dennes bedömning av vissa kända fakta.

Socialstyrelsen har tagit fram allmänna föreskrifter om upprättande av intyg som ska tillämpas av hälso- och sjukvårdspersonal i verksamhet som omfattas av HSL.[10] Föreskrifterna gäller vid upprättande av alla typer av intyg i vården, även sådana som inte upprättas med anledning av ett rättsligt krav i lag eller förordning. De ska tillämpas på intyg, utlåtande och liknande handlingar, oavsett hur de benämns, som grundas på en bedömning av någons hälsotillstånd, behov, förmåga eller annat förhållande orsakat av hälsotillståndet och som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonalen i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125). Föreskrifterna ska även tillämpas på intyg om någons

[8] 3 § förordning (1995:1051) *om skyldigheten att lämna läkarintyg m.m. i sjukpenningärenden i vissa fall.*
[9] Riksförsäkringsverkets föreskrifter (1998:13) *om kontroll i sjukpenningärenden och ersättning för merutgifter vid resa till och från arbetet, m.m.*
[10] Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29), *om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.*

vård. Föreskrifterna ska i tillämpliga delar även gälla i den verksamhet som bedrivs av Rättsmedicinalverket enligt lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m. och lagen (2005:225) om rättsintyg i anledning av brott.

I föreskrifterna regleras i princip inte vilken personalkategori som får upprätta ett intyg utan endast att intygsgivaren ska ha tillräcklig kompetens och erfarenhet att intyga de förhållanden som det aktuella intyget avser. Verksamhetschefen ansvarar för att den som utfärdar ett intyg har tillräcklig kompetens och erfarenhet att intyga det som intyget gäller.[11]

Som redogjorts för tidigare ställs däremot i vissa fall krav i lag och förordning på att läkarintyg ska utfärdas av en legitimerad läkare. I några fall kan vårdgivaren hos Socialstyrelsen ansöka om undantag från kravet på legitimation eller viss specialistkompetens. Undantag är möjligt att begära i t.ex. ärenden om förordnande av godmanskap och förvaltarskap enligt 11 kap. 17 § föräldrabalken och om fullmaktsanställning enligt 11 § lagen om fullmaktsanställning, lagen om rättspsykiatrisk underökning och intyg enligt 7 § första stycket andra meningen lagen om särskild personutredning i brottmål m.m.[12]

För att säkerställa att läkarintygen innehåller den information som begärande myndighet behöver i sin beslutsverksamhet har flera myndigheter tagit fram kompletterande föreskrifter och särskilda intygsblanketter som gäller för just deras intyg.

Att läkarintyg i ärenden om anordnande av godmanskap och förvaltarskap, dödsbevis och dödsorsaksintyg ska upprättas på särskilt föreskrivna intygsblanketter framgår av Socialstyrelsens föreskrifter. Verksamhetschefen ansvarar även för att det finns rutiner för att intygsblanketter från andra myndigheter används.[13]

Även Försäkringskassan och Transportstyrelsen har tagit fram föreskrifter och blanketter som ska användas när intygen utfärdas.

[11] 3 kap. 1 § och 5 kap. 1 § SOSFS 2005:29.
[12] 5 kap. 2–6 §§ SOSFS 2005:29.
[13] 8 kap. 1 § SOSFS 2005:29.

Övriga intyg

Utöver de fall som utredningen redogjort för tidigare kan andra regleringar medföra att en aktör begär ett läkarintyg för att styrka enskilds hälsotillstånd. Kommunerna har möjlighet att meddela lokala tillämpningsföreskrifter för att t.ex. kunna bevilja tillstånd av olika slag. Det kan därför även finnas reglerade krav på läkarintyg i kommunala föreskrifter. För att nämna några exempel behöver t.ex. adoptivföräldrar enligt 6 kap. 12 § socialtjänstlagen (2001:453) visa sin lämplighet som föräldrar genom att styrka sitt hälsotillstånd. Något lagkrav på att en läkare ska intyga sökandens hälsotillstånd finns däremot inte. För att beviljas färdtjänst eller parkeringstillstånd behöver sökanden också styrka att dennes hälsotillstånd uppfyller kraven för det. Det förekommer att skolor kräver intyg om kostvanor för att barnen ska ha rätt till särskild kost i skolan. Enligt Effektiv vård kräver kommuner ofta läkarintyg i dessa fall.[14]

Enligt uppgift som utredningen fått från SKL, och som stöds i dialogen vid våra besök i landsting/regioner runtom i landet, har kommunernas begäran om intyg om behov av specialkosten ökat markant på senare år. Enligt utredningen är det i och för sig en förståelig konsekvens av ett ökat fokus på kostvanor och alternativ kosthållning. Mot den bakgrunden kan det däremot övervägas om det är rimligt att kräva läkarintyg för att barnen ska få rätt till specialkost. Det förekommer även att enskilda måste styrka uppenbar eller medfödd funktionsnedsättning för att få färdtjänst eller ett parkeringstillstånd trots att kommunens handläggare bedöms kunna konstatera behovet av sådant bistånd utan ett läkarintyg. I vissa fall är det andra yrkesgrupper än läkare som utför den medicinska undersökningen eller på annat sätt bidrar till bedömningen. Enligt Effektiv vård och SKL är det få kommuner som har en digitaliserad process för sin intygshantering vilket i sig skapar merarbete för vården i samband med upprättande av intyg.

6.1.3 Några pågående initiativ

Den intygshantering som upplevs ta mest resurser från vården är utfärdande av sjukintyg som Försäkringskassan ytterst är mottagare av. Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har inte alltid samma

[14] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 309–310.

bild av vad det är som ska anges i intygen och hur de ska tolkas. Detta leder till återkommande kontakter mellan vården och Försäkringskassan, vilket upplevs som administrativt tungt av båda parter. Regeringen har nyligen föreslagit att hanteringen av försäkringsmedicinska utredningar lagregleras.[15] Det pågår ett omfattande arbete dels för att trygga sjukförsäkringen för enskilda människor dels för att effektivisera intygshanteringen som sådan.

Regeringen aviserade den 23 januari 2018 ett omfattande åtgärdsprogram för en tryggare sjukförsäkring bl.a. för att utveckla hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen och skapa en mer rättssäker och effektiv administration av sjukförsäkringen.[16]

Försäkringsmedicinska utredningar lagregleras

I en proposition från april 2018 lämnar regeringen förslag som syftar till att skapa en sammanhållen lagstiftning om försäkringsmedicinska utredningar. Förslagen innebär att landstingen blir skyldiga att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar på begäran av Försäkringskassan. Försäkringsmedicinska utredningar ska däremot inte utgöra hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. När försäkringsmedicinska utredningar utförs enligt den föreslagna lagen ska ändå patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patientskadelagen tillämpas. Försäkringsmedicinska utredningar ska utföras av legitimerad läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal inom en hälso- och sjukvårdsverksamhet. Iakttagelser och bedömningar av den försäkrades funktions- och aktivitetsförmåga ska sammanställas i ett skriftligt utlåtande och skickas till Försäkringskassan. Ett landsting ska få ingå avtal med ett annat landsting eller någon annan vårdgivare om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt den föreslagna lagen.[17]

[15] Prop. 2017/18:224, *Lag om försäkringsmedicinska utredningar*.
[16] Regeringskansliet, *Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum – Åtgärdsprogram 3.0*, 2018-01-24.
[17] Prop. 2017/18:224, *Lag om försäkringsmedicinska utredningar*, SOU 2015:17, *För kvalitet – Med gemensamt ansvar* och Ds 2016:41, *Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna*.

Försäkringskassans beslut ska bli tydligare

I Försäkringskassans regleringsbrev för år 2018 har förtydligats att Försäkringskassan ska verka för att enskilda förstår myndighetens beslut. Försäkringskassan får även i uppdrag att förstärka arbetet med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Regeringen har uppdragit åt en särskild utredare att analysera och – om det bedöms nödvändigt – lämna förslag om sjukpenningen. Meningen med uppdraget är att säkra en mer ändamålsenlig och rättssäker sjukförsäkring. Utredaren ska bl.a. se över tillämpningen av begreppet ”normalt förekommande arbete” och vad som utgör ”särskilda skäl”. Uppdraget ska delredovisas den 30 januari 2019 och slutredovisas senast den 15 oktober 2019.[18]

Under hösten 2018 ska en översyn av regelverket för sjukersättning redovisas. Bestämmelser om SGI-skydd ska ses över för att skapa ett rådrum för de individer som inte har ett arbete att återgå till efter en avslutad sjukperiod.

En permanent koordineringsfunktion

Socialdepartementet har utrett om en obligatorisk funktion som rehabiliteringskoordinator ska finnas inom hälso- och sjukvården. En arbetsgrupp har haft i uppdrag att utreda formerna för en permanent koordineringsfunktion inom vården som ska syfta till att främja enskildas återgång i arbetslivet. Arbetsgruppen föreslår att en sådan funktion regleras i en ny lag om koordineringsinsatser. Funktionen ska ge patienten stöd i såväl vårdens interna processer som med externa kontakter med arbetsgivare och myndigheter.[19] Se närmare om arbetsgruppens förslag i avsnitt 3.2.1.

Nationell samordnare för sjukförsäkringen

Sedan den 27 april 2017 har en särskild utredare i uppdrag att se över förutsättningarna för en finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården. Uppdraget ska redovisas den 30 november 2018.[20]

[18] Dir. 2018:26, *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum*.
[19] Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser.*
[20] Dir. 2017:44, *Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*.

En nationell samordnare ska säkerställa en välfungerande sjukförsäkring. Samordnaren ska även främja samverkan mellan inblandade aktörer samt skapa en smidigare process för den enskilda individen.[21] Se närmare om uppdraget i avsnitt 3.2.1.

Myndigheternas utvecklingsarbete

I december 2017 lanserades Försäkringskassans nya medicinska underlag inom sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning. Av de nya underlagen framgår det tydligare vilken information Försäkringskassan behöver från hälso- och sjukvården för att kunna fatta beslut om ersättning. De medicinska underlagen kommer att göras tillgängliga elektroniskt vilket gör det enklare för läkaren och handläggaren på Försäkringskassan att utbyta information.

Under år 2016 har Socialstyrelsen arbetat med att förbättra det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Bland annat har Socialstyrelsen med hjälp av medicinska experter sett över och uppdaterat rekommendationerna för psykiska sjukdomar.[22]

Under år 2016 har samtliga landsting integrerat det försäkringsmedicinska beslutsstödet i sina elektroniska journal- och intygshanteringssystem, vilket innebär att läkare har möjlighet att få stöd direkt när intyget skrivs. Målet har varit att höja kvaliteten på intygen och bidra till en kvalitetssäker, effektiv och jämlik sjukskrivningsprocess över landet och mellan olika läkare.[23]

Samverkan mellan statliga myndigheter och hälso- och sjukvården ska förbättras

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har fått i uppdrag att gemensamt se över hur övergången mellan myndigheterna fungerar.

Socialstyrelsen och Försäkringskassan har fått i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen. I uppdraget ingår att fördjupa analysen av det faktiska

[21] Dir 2018:27, *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*.
[22] Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*.
[23] Socialstyrelsen, *Utvärdering av hälso- och sjukvården*, 2017.

behovet av kompletteringar i inlämnade läkarintyg, inklusive eventuell förekomst av omotiverade kompletteringar. Eventuella skillnader mellan faktiska sjukskrivningstider och rekommendationer i det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska analyseras. Samsjuklighet ska särskilt uppmärksammas. Myndigheterna ska även analysera hur försäkringsmedicinskt beslutsstöd kan bidra till en bättre kommunikation mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt lämna förslag hur beslutsstödet kan utvecklas. Uppdraget ska genomföras i samråd med Läkarförbundet, landstingen och Sveriges Kommuner och Landsting. Det ska delredovisas i juni 2018 och slutredovisas i juni 2019.

Sedan april 2017 pågår ett utvecklingsarbete inom Sveriges Kommuner och Landsting om vårdens intyg. I uppdraget ingår att i samverkan med Arbetsförmedlingen se över Arbetsförmedlingens behov av intyg. Intygen berör i många fall etablering och integration för de asylsökande, samt arbetssökande som inte längre förmår att utföra sitt tidigare arbete. Ett viktigt syfte med utvecklingsarbetet är att öka kvaliteten i medicinska utlåtanden till Arbetsförmedlingen. I uppdraget ingår även att kartlägga kommunens begäran om intyg och medicinska underlag. Målet med uppdraget är att kvalitetssäkra och effektivisera förfrågningar om medicinskt underlag som ställs till hälso- och sjukvården av olika aktörer. Där det är möjligt ska begäran om medicinska underlag minska. Samordning och samverkan ska förbättras på nationell och regional nivå ur ett verksamhets-, ekonomiskt och juridiskt perspektiv. Ett långsiktigt mål är även att möjliggöra digitalisering inom ramen för det nationella arbetet kring informationsutbyte.

Statskontorets utvärdering av rättsintygsreformen

Statskontoret har utvärderat rättsintygsreformen som infördes år 2006. Huvudsyftet med reformen var att höja kvaliteten på rättsintygen och att stärka rättssäkerheten i rättsprocessen, genom att rättsintyg i högre grad utfärdas av rättsläkare vid Rättsmedicinalverket.[24]

[24] Statskontoret, Rapport (2018:4), *Utvärdering av rättsintygsreformen, 2018.*

Riksrevisionen pågående granskning

Riksrevisionen har en pågående granskning om Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd fungerar ändamålsenligt vid Försäkringskassans handläggning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa. Inriktningen på granskningen är läkares försäkringsmedicinska roll och deras erfarenheter och synpunkter på arbetet med arbetsförmågebedömningar vid sjukskrivningar. Granskningens syfte är att undersöka om läkare har förutsättningar att bedöma enskilda patienters arbetsförmåga, både med hänsyn till medicinsk diagnos och till individens unika förhållanden i övrigt, t.ex. arbetsuppgifter. Myndigheter som ingår i granskningen är Försäkringskassan och Socialstyrelsen. Granskningen omfattar även statens styrning på området och de förutsättningar som getts myndigheterna och sjukskrivande läkare. Resultatet av granskningen kommer att presenteras i en rapport med planerad publicering i maj 2018. [25]

6.2 Signeringskrav

6.2.1 Utredningens uppdrag

Ett av förslagen i Effektiv vård var att signeringskravet borde avskaffas. I den delen hänvisades till det förslag som Utredningen rätt information i rätt tid (SOU 2014:23) lämnat. I enlighet med vårt uppdrag att fördjupa analysen av förslag i betänkandet Effektiv vård har vår utredning valt att se över om ett sådant förslag bör genomföras.

Inledningsvis kan vår utredning konstatera att det finns en tendens att blanda samman signeringskravet av journalanteckningar med andra krav på underskrift i samband med beställning av provtagning, röntgen m.m. samt kvittering i samband med mottagning av remisser och provsvar. Det verkar råda enighet om behovet av underskrift i dessa sistnämnda sammanhang. Däremot kritiseras behovet av ytterligare verifiering av vidtagna åtgärder i samband med att vissa journalhandlingar tillförs patientjournalen.

[25] Riksrevisionen, *Läkares förutsättningar för att bedöma arbetsförmåga (15 maj)*, 2017-04-05.

6.2.2 Den rättsliga regleringen

Behandling av personuppgifter

I avsnitt 5.1.3 redogörs för EU:s dataskyddsreform som innebär att EU:s dataskyddsförordning[26] och en ny dataskyddslag med kompletterande nationella bestämmelser ska tillämpas på behandling av personuppgifter från och med den 25 maj 2018 då personuppgiftslagen upphör att gälla. Regeringen har föreslagit vissa anpassningar av patientdatalagen (2008:355, PDL) med anledning av dataskyddsreformen.[27] Regeringens förslag innebär t.ex. att bestämmelser om rättelse och skadestånd ska tas bort eftersom detta kommer att regleras av dataskyddsförordningen. Lagändringarna i PDL föreslås träda i kraft 25 maj 2018. Vid behandling av personuppgifter i vårdgivares verksamhet som omfattas av brottsdatalagens (2018:000) tillämpningsområde ska den lagen tillämpas i stället (jfr SOU 2017:29 s. 183).

Den bakomliggande utredningen till översynen av PDL har bedömt att nedan berörda bestämmelser kan behållas oförändrade.[28]

Patientjournalen

När en patient vårdas ska det föras en patientjournal över patientens vård. Det grundläggande syftet med patientjournalen är att tillgodose patientens intresse av en god och säker vård. Att vidtagna åtgärder dokumenteras kan vara helt avgörande för patientsäkerheten. Journalen är därför ett viktigt arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonalen för planering, genomförande och uppföljning av vården. Det är därför viktigt att innehållet i journalen är pålitligt. Därutöver är journalen en informationskälla för patienten. Den utgör även underlag för verksamhetsuppföljning och forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det är därför viktigt att uppgifterna i journalen är korrekta. Patientjournalen används även i samband med kontroll, tillsyn och i rättsliga sammanhang. Uppgifterna i journalen kan alltså

[26] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679, *av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG* (allmän dataskyddsförordning).
[27] Prop. 2017/18:171, *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning.*
[28] Jämför SOU 2017:66, *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning.*

få både rättslig och ekonomisk betydelse för patienter och yrkesutövare. Journalen måste därför föras på ett sådant sätt att den även tillgodoser kraven på rättssäkerhet och integritet.[29]

Journalföring

Journalanteckning och journalhandling

Vad som är en journalhandling definieras i 1 kap. 3 § PDL. En journalhandling är i princip en skriftlig handling, en bild eller en ljudupptagning. Det kan vara t.ex. en röntgenbild, ett laboratoriesvar, en tekniskt upptagen diktamen, en beställning av prover, en remiss till annan vårdenhet eller en anteckning om patientens hälsotillstånd efter ett besök m.m. Det som avses är alltså detsamma som en handling i 2 kap. tryckfrihetsförordningens mening. En journalanteckning är alltså även en typ av journalhandling. Vad som är en journalanteckning framgår delvis indirekt av 3 kap. 6–8 §§ PDL. Där anges vilka uppgifter som ska föras in i journalen så fort som möjligt. Dessa uppgifter kan dokumenteras i en tjänsteanteckning antingen i en särskild fysisk handling eller direkt i ett fritextfält i en pappersjournal eller en digitaliserad journal.

Dokumentationen ska göras så snart som möjligt

I 3 kap. PDL finns bestämmelser om bl.a. vad en patientjournal ska innehålla. De uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten samt följer av andra rättsliga krav ska föras in i journalen så snart som möjligt. Vad som avses med uttrycket ”så snart som möjligt” får avgöras i varje enskilt fall. Behovet av uppgiften och patientsäkerheten är avgörande för den bedömningen.[30] Detta kan variera mellan olika verksamhetsområden. Det ska alltid framgå vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när den gjordes. Bestämmelserna ska tillämpas oavsett om journalen förs elektroniskt eller manuellt.[31]

[29] 3 kap. 1–4 §§ PDL, Prop. 1984/85:189, *om patientjournallag m.m*, s. 12 f och Prop. 2007/08:126, *Patientdatalag m.m*, s. 88 f.
[30] Se *Socialstyrelsens tillsynsbeslut* 2008-11-24, dnr 44-9129/08.
[31] 3 kap. 6 § tredje stycket och 9–11 §§ PDL

Ansvaret för uppgifter i journalen

Vilka som är skyldiga att föra patientjournal regleras i 3 kap. 3 § PDL. Utöver den som har legitimation eller är särskilt förordad att utöva visst yrke är även vissa yrkeskategorier utan legitimation skyldiga att föra patientjournal över den vård som de ger en patient. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Den som för patientjournal är också ansvarig för sina uppgifter i journalen. Journalanteckningen ska återge på vilket sätt yrkesutövaren fullgjort sina arbetsuppgifter. Regleringen om skyldighet att föra journal är alltså en naturlig följd av det medicinska ansvaret.[32]

Av nämnda bestämmelse framgår att en kurator i den allmänna hälso- och sjukvården är skyldig att föra journal. Även den som utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller som utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare, omfattas av journalföringsplikten.

Uppgiften att föra journal kan delegeras till någon annan om det är förenligt med god och säker vård.[33] Det personliga yrkesansvaret gäller då för den till vilken uppgiften har delegerats. Den som delegerar uppgiften måste försäkra sig om att den som ska utföra uppgiften har förutsättningar att fullgöra uppgiften.[34] Socialstyrelsen har meddelat ytterligare föreskrifter som gäller vid delegering av medicinska arbetsuppgifter. Ett beslut om delegering måste då vara personligt och arbetsuppgiften som delegeras ska vara tydligt definierad.[35] Socialstyrelsen har även tagit fram en vägledning om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården.[36]

[32] 3 kap. 3–4 §§ PDL, 4 kap. och 6 kap. 2 § PSL.
[33] 6 kap. 3 § PSL.
[34] *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*, prop. 1993/94:149, s. 70.
[35] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14), *om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.*
[36] Socialstyrelsen, *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?*.

Vårdgivarens övergripande ansvar

Det är vårdgivaren som har det övergripande ansvaret för att journalföringen fullgörs på ett sådant sätt att god och säker vård säkerställs, att patientens integritet beaktas och rättssäkerheten tillgodoses.[37] Det framgår av att vårdgivaren enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL) har ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen uppnås. Det övergripande kravet att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att god vård uppnås innebär även t.ex. krav på att det där det bedrivs vård ska finnas den personal, de lokaler och den utrusning som behövs för att nå detta mål.[38] Det är naturligt att den som bedriver och ansvarar för verksamheten också ansvarar för hanteringen och förvaringen av journalerna.[39]Av 2 kap. 6 § PDL framgår att vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för den behandling som vårdgivaren utför.

Signeringskrav för vissa journalanteckningar

Enligt 3 kap. 10 § PDL ska en journalanteckning, om det inte finns något synnerligt hinder, signeras av den som är ansvarig för uppgiften. Såsom kravet är formulerat ställer lagstiftaren höga krav på det föreliggande hindret. Kravet gäller inte andra journalhandlingar än journalanteckningar. Socialstyrelsen har rätt att meddela föreskrifter om bl.a. undantag från signeringskravet och om journalhandlings innehåll och utformning.[40] Socialstyrelsen har föreskrivit att vårdgivaren ska säkerställa att det finns tillräckligt säkra rutiner för signering av journalanteckningar och för bekräftelse av åtgärder som gäller en patients vård och behandling. Vårdgivaren har möjlighet att besluta om undantag från kravet på signering avseende journalanteckningar som inte rör väsentliga ställningstaganden om vård och behandling,

[37] 5 kap. 1 § HSL, 2 kap. 6 § PDL och 3 kap. PSL, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) *om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.*
[38] 5 kap. 1–2 §§ HSL.
[39] Prop. 1984/85:181, *om utvecklingen av hälso- och sjukvården*, Prop. 1991/92:104, *om ändring i patientjournallagen (1985:562) m.m.*, s. 9.
[40] 3 kap. 12 § PDL.

förhållningsregler enligt smittskyddslagen (2004:168) eller slutanteckningar eller sammanfattningar av genomförd vård.[41] Vilka slags uppgifter som kan undantas från signering får varje vårdgivare själv bedöma och anpassa efter verksamheten utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Rättelse av journalanteckning

Personuppgifter i patientjournalen måste vara korrekta, aktuella och nödvändiga för något av de ändamål för vilka journalen förs. Om felaktiga personuppgifter uppmärksammas ska dessa ändras. På vilket sätt ändringen får göras påverkas däremot av vid vilken tidpunkt felaktigheten uppmärksammas. Korrigering av felaktigheter i en journalanteckning kan ske formlöst fram tills anteckningen har förts in i journalen. Felaktiga uppgifter som upptäcks vid en senare kontroll kan och ska givetvis rättas, men får bara rättas eller förstöras i enlighet med bestämmelser om behandling av personuppgifter. Motivet till bestämmelserna är att det måste finnas en spårbarhet ur tillsyns-, integritets- och patientsäkerhetssynpunkt. Om en uppgift rättas ska det därför framgå av vem och när uppgiften rättades. Det ska därefter tydligt framgå vilken anteckning som ska gälla.[42] Detta är förklaringen till varför anteckningar låses efter en viss tidpunkt. Att en anteckning är låst i journalsystemet innebär däremot inte att signering inte längre behövs.

Historiken bakom signeringskravet

Signeringskravet infördes i den tidigare gällande patientjournallagen (1985:562) av patientsäkerhetsskäl. Den bakomliggande Journalutredningen ansåg visserligen att ett generellt krav på genomläsning och signering av varje journalanteckning vore önskvärt av patientsäkerhetsskäl, men lämnade av bl.a. kostnadsskäl inget sådant förslag.[43] Flera remissinsatser lyfte fram att skrivfel och otydlig skrift beträffande dosering lett till ett inte ringa antal anmälda skador och dödsfall. I propositionen infördes därför en bestämmelse om att den som

[41] Se 6 kap. 4–5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) *om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.*
[42] 3 kap. 14 § och 8 kap. 4 § PDL och artikel 5 allmänna dataskyddsförordningen.
[43] SOU 1984:73, *Patientjournalen, huvudbetänkande*.

för journal ansvarar för att uppgifterna han eller hon för in är riktiga.[44] Socialutskottet ansågs däremot att det inte var motiverat att låta administrativa och ekonomiska hänsyn gå före grundläggande krav på hälso- och sjukvården och ett signeringskrav fördes in i lagen. Det betonades att den som signerar en anteckning bekräftar dess riktighet, dvs. att hen har kontrollerat innehållet så att hen kan gå i god för det. I speciella undantagssituationer när det är närmast praktiskt omöjligt att uppfylla kravet på kontrolläsning ansågs det inte rimligt att kräva signering. Skälen för att avstå skulle dock vara mycket starka. Generella undantag för vissa typer av vård ansågs vid den tiden inte acceptabelt. Det framhölls bl.a. att det ofta finns skäl till särskild noggranna journalrutiner inom akutsjukvården, där det är fråga om omfattande medicinska ingrepp med flera olika personer som är involverade i vården.[45]

När patientdatalagen infördes ansågs tidigare anförda skäl alltjämt vara gällande. Dessa skäl bedömdes vara än viktigare när anteckningar förs in i större eller kompatibla journalsystem där anteckningarna kan komma att läggas till grund för behandlingsåtgärder och medicinering av andra vårdenheter än den där anteckningen gjorts. I dessa fall ansågs det vara av särskild vikt att uppgifterna dessförinnan har kontrollästs så att risken för missförstånd och felskrivning kan minimeras. Det lagstadgade kravet på signering, om inte synnerliga skäl möter hinder, skulle därför finnas kvar. Socialstyrelsen fick däremot möjlighet att meddela generella undantag från signeringskravet när kravet inte är befogat av patientsäkerhetsskäl. Regleringen är ett svar på tidigare kritik mot att signeringskravet i alla lägen inte är befogat av patientsäkerhetsskäl, dvs. nyttan av signeringen för vissa journalanteckningar kan inte motiveras av det merarbete det innebär. Vid bedömningen av när undantag kan medges ska risker för patientsäkerheten och andra viktiga faktorer som talar för signeringen övervägas.[46]

[44] Prop. 1984/85:189, om patientjournallag m.m., s. 20.
[45] Socialutskottets betänkande 1984/85:SoU33 om patientjournallag m.m., s. 9.
[46] Prop. 2007/08:126, *Patientdatalag m.m.*, s. 89 f.

6.2.3 Den praktiska hanteringen

Den praktiska journalföringen

Journalanteckningar kan i princip föras in i patientjournalen på två sätt. Antingen skriver den medicinskt ansvarige själv in den i journalen eller så skriver en medicinsk sekreterare eller motsvarande funktion in anteckningen efter diktamen. I det första fallet kontrolleras och signeras journalanteckningen i direkt anslutning till att texten förs in av den som är ansvarig. Eventuella felaktigheter upptäcks därmed omedelbart och kan korrigeras innan anteckningen formellt förs in i journalen. I det andra fallet kontrolläser och signerar den medicinskt ansvarige anteckningen först vid ett senare tillfälle. Hur lång tid som hinner passera beror på om vårdgivaren har tydliga rutiner för journalföring, säkerställt att det finns ändamålsenliga it-verktyg eller i övrigt skapat förutsättningar för personalen att uppfylla kraven vid journalföring. Om vårdgivaren inte uppfyllt sitt övergripande ansvar kan det medföra att yrkesutövare senare i vårdkedjan får grunda sina antaganden på osignerade anteckningar.

Det finns vad utredningen känner till ingen djupare studie som visar vilken ordning som är vanligast förekommande. Utredningen anser att det är rimligt att utgå ifrån att båda ordningarna är lika vanliga. Det finns i vart fall inget som indikerar att diktamen endast sker i undantagsfall.[47]

Den praktiska hanteringen färgas även av förekomsten av tydliga rutiner liksom funktioner och ändamålsenligheten i befintliga it-system och vilken hälso- och sjukvårdsverksamhet det är fråga om.

Tidigare kritik mot signeringskravet

Utredningen om rätt information i vård och omsorg

Utredningen om rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:23) bedömer att signeringskravet inte fyller den funktion som lagstiftaren avsett. Signeringen ger inte längre uttryck för att en kontroll har skett. Den utredningen anser att kravet att kontrollera journalanteckningar bättre kommer till uttryck genom att förtydliga det övergripande

[47] Se SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid*, s. 250–251.

ansvaret för anteckningen. Det viktigaste är att anteckningen kontrolleras, inte att det syns att en sådan kontroll har skett.[48] Den utredningen synes grunda sina slutsatser på en enkätundersökning som gjordes under år 2013. Fem frågor som tar sikte på signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL gick ut till 50 stycken läkare. En närmare granskning visar däremot att de flesta synpunkter rör andra administrativa krav.

Få vårdgivare beslutar om undantag

Få vårdgivare verkar ha beslutat om undantag från signering. Tydliga rutiner om journalföring verkar inte heller finnas på alla vårdenheter. En stor osäkerhet bland vårdpersonal rör därför signeringen och möjligheten att göra undantag. Det finns även en osäkerhet om vilken yrkesgrupp som ska dokumentera vad.[49] Behovet att ur patientsäkerhetssynpunkt signera olika journalanteckningar varierar beroende på vilken typ av information som noteras och vilken vårdverksamhet som avses. Avsikten med att Socialstyrelsen har överlåtit till vårdgivaren att fatta beslut om ytterligare undantag är att skapa förutsättningar att anpassa signeringskraven till verksamheten. Samtidigt kan det konstateras att det krävs mycket starka skäl enligt lagen för att avvika från signeringskravet. Detta i kombination med att det saknas tydliga rutiner medför att personalen dokumenterar och signerar mer än vad som är nödvändigt, för säkerhets skull.[50] Socialstyrelsen har anfört att signeringskravet bör ersättas med ett tydligare ansvar för vårdgivaren att ta ställning till i vilka situationer en tydlig kvittering behövs.[51]

It-stöd behöver vara ändamålsenliga

Många vittnar om att arbetets planering många gånger inte tillåter tid för administration. Det framförs även att datoriseringen snarare upplevs ha bidragit till en ökad administrativ börda än att underlätta den. En hel del kritik från personalen rör olika brister i befintliga it-

[48] SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid*, s. 272–273.
[49] Vårdanalys, *Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*, 2013, s. 49 f och s. 56 f; Sjukhusläkaren, *Använd möjligheten till undantag från signeringstvånget*, 2013-02-20.
[50] *Vårdanalys, Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens, 2013*, s. 56 f.
[51] *Socialstyrelsens yttrande över Effektiv vård* (SOU 2016:2), Socialdepartementets diarienummer: S2016/00212/FS.

stöd. It-stödens utformning medför i vissa fall att allt som tillförs journalen måste signeras. Effekten blir att de journalanteckningar som skulle behöva signeras av patientsäkerhetsskäl försvinner i mängden. En del system godkänner automatiskt journalanteckningar efter en viss tid, vilket i så fall uppenbart strider mot lagstiftarens intentioner. Andra vittnar om krångliga system som kräver flera moment och inloggningar innan signering kan ske. Dessa tidskrävande moment bidrar i sig till en onödig administrativ börda för personalen.[52] Det bör även beaktas att vårdgivare förutom investeringar i själva systemen även behöver investera i tillräckliga utbildningar rörande dessa för att personalen ska kunna tillgodogöra sig deras funktionalitet.

En del it-stöd låser numera anteckningar efter 14 dagar. För att rätta felaktigheter måste anteckningen då låsas upp. Det kan innebära att fler ser till att kontrollera de anteckningar som de anser behöver kontrolleras innan den tiden.

Bekräftelse av vidtagna åtgärder

Den främsta kritiken riktas framför allt mot den dubbelsignering av journalhandlingar som måste göras i samband med att remisser, laboratorieresultat och beställningar m.m. förs in i patientjournalen.[53] Enligt utredningens bedömning omfattas dessa journalhandlingar inte av signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL. Detta är i stället ett annat administrativt krav som motiveras av patientsäkerheten. Kravet följer av Socialstyrelsens föreskrifter om krav på vidimering för att bekräfta vidtagna åtgärder som gäller en patients vård och behandling.[54] Dessa bekräftelser innebär i flera fall en dubbelsignering av vissa journalhandlingar. Signeringskravet och vidimeringskravet regleras i samma paragraf och benämns båda som signering. Det förefaller ha medfört att vården uppfattat det som att alla åtgärder som regleras i Socialstyrelsens bestämmelse också omfattas av regleringen i 3 kap. 10 § PDL. Det kan i sig vara orsaken till den dubbelsignering som görs.

[52] *Vårdanalys, Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens, 2013,* s. 63 f., Sjukhusläkaren, *Signering: Så tyckte läkare från norr till söder*, 2013-02-19.
[53] Sjukhusläkaren, *Signering: Så tyckte läkare från norr till söder*, 2013-02-19.
[54] 6 kap. 4 § HSLF-FS 2016:40.

Nya EU-krav om behandling av personuppgifter

Att det överdokumenteras i patientjournalen är inte bara ett problem för att det orsakar en onödig administrativ börda. EU:s nya allmänna dataskyddsförordningen innebär bl.a. att det inte är tillåtet att behandla fler personuppgifter än vad som är nödvändigt för det aktuella ändamålet. Personuppgifter måste även vara korrekta och aktuella. Det innebär att felaktiga personuppgifter i patientjournalen måste rättas. Bestämmelserna motsvarar i och för sig vad som även gällt enligt PUL. Skillnaden är nu att Datainspektionen i egenskap av tillsynsmyndighet över behandling av personuppgifter har rätt och i vissa fall även skyldighet att besluta om omfattande sanktionsavgift för överträdelser mot bestämmelserna. Vårdgivare behöver därför i egenskap av personuppgiftsansvarig ta ett ökat ansvar för hur journalföringen fullgörs.

6.2.4 Finns behov av kontroll?

Vad talar för att kravet behålls?

Det finns en enighet om att vissa anteckningar behöver kontrolleras och signeras av den medicinskt ansvarige och att kontrollen blir synlig för andra.[55] Vårdpersonal senare i vårdkedjan behöver veta om viss information är kontrollerad eller inte. Signeringen fyller därför en funktion även om osignerade uppgifter i vissa fall måste läggas till grund för vårdinsatser. På så sätt kan personalen hantera informationen med vederbörlig försiktighet. Att inte veta om information är kontrollerad av den medicinskt ansvarige eller inte kan innebära stora risker för patientsäkerheten samt påverka arbetsmiljön negativt då det skapar osäkerhet hos personalen om uppgiften är korrekt eller inte.

Viss vårdpersonal anser inte att signeringen är tidskrävande. Den uppfattningen förefaller finnas på enheter som har tydliga rutiner för hur journalföring och signering ska gå till. Vissa menar att undantag

[55] *Läkarförbundets yttrande över Effektiv vård*, Genom 2016/0100; *Socialstyrelsens yttrande över Effektiv vård;* SOU 2014:23 s. 264 f och s. 271 f, Patientdatautredningen SOU 2006:82 s. 266 f; *Vårdanalys, Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens, 2013*, s. 38 f.

från signeringskravet skulle innebära så små tidsbesparingar att vinsterna skulle bli obefintliga.[56]

Signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL förefaller i sig inte orsaka en stor administrativ börda. Det kan konstateras att få vårdgivare har tagit sitt ansvar att besluta om undantag från signeringskravet. Det saknas ofta även tydliga rutiner för hur journalföringen ska gå till. Inom många vårdenheter signerar vårdpersonal därför all information som tillförs journalen vilket skapar en onödig administrativ börda. Det förefaller även som att funktionaliteten i befintliga it-stöd brister. Vissa it-system saknar funktioner som skiljer på information som måste signeras enligt lag och sådan som inte behöver signeras. Kritik mot signeringskravet blandas även samman med kritik mot andra administrativa krav. Den dubbelsignering som mycket av tidigare kritik från vårdpersonal kan hänföras till är snarare kopplat till krav i Socialstyrelsens föreskrifter om verifiering av vidtagna åtgärder.

Eftersom den största administrativa bördan egentligen rör annan administration kommer den bördan inte minska om signeringskravet tas bort.

Vad talar för att kravet tas bort?

Flera landstingsföreträdare tvivlar på att signeringskravet verkligen bidrar till en högre patientsäkerhet. Dessa uttrycker tveksamhet inför om läkare i detalj verkligen kontrollerar sina uppgifter i samband med signeringen. Detta har medfört att Myndigheten för vårdanalys har ifrågasatt om värdet av bl.a. signeringskravet står i relation till den arbetsinsats som åtgärden kräver.[57]

Journalanteckningar som inte har kontrollästs eller signerats används i stor utsträckning redan i dag som underlag för vård och behandling. Kravet på kontrolläsning av vissa anteckningar tillgodoses bättre med tydligare ansvarsreglering och utbildning av vårdpersonal.[58] Om vårdgivaren tar fram tydliga rutiner och riktlinjer för kontroll av anteckningar kommer personalen att kontrollera den information som behöver kontrolleras. Att kontrollen har skett behöver inte synliggöras.

[56] Sjukhusläkaren, *Färre signeringar ger obefintliga vinster*, 2013-02-20.
[57] *Vårdanalys, Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens, 2013,* s. 44 f.
[58] Jämför SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid*, s. 248 f.

7 Samverkan mellan huvudmännen

7.1 Utredningens uppdrag

Den 21 september 2017 fick utredningen ett tilläggsdirektiv i två delar, där den ena delen tar sikte på en förbättrad samverkan mellan huvudmännen. Denna del, som ska redovisas i slutbetänkandet, innebär att utredningen ska *"utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut."* I direktiven framhålls också att vår utredning i denna del särskilt förväntas beakta införandet av den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.[1]

I enlighet med tilläggsdirektiven kommer utredningen att ta sig an uppgiften att lämna förslag på detta område i vårt slutbetänkande. I detta delbetänkande kommer vi kort att redogöra för vissa grundläggande utgångspunkter vad gäller samverkan mellan huvudmännen och utmaningar som identifierats i vårdkedjorna som spänner över bägge huvudmännen, och som på olika sätt drabbar patienter och brukare.

7.2 Utgångspunkter för samverkan mellan huvudmännen

7.2.1 Vad är samordnad vård och omsorg?

I sin rapport "Från medel till mål- att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv" fastslår Myndigheten för vård och omsorgsanalys (härefter Vårdanalys) att det saknas en vedertagen definition av vad det innebär att

[1] Det bör samtidigt noteras att regeringen gett Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att följa upp införandet av lagstiftningen. En delredovisning av uppdraget ska lämnas till regeringen senast den 1 december 2018 och uppdraget ska slutredovisas senast den 1 april 2020.

vården och omsorgen är samordnad på ett ändamålsenligt sätt. Vårdanalys konstaterar att begreppet ”samordning” används på olika sätt, och med olika innebörd, ofta utgående från ett organisatoriskt eller professionellt perspektiv. I dessa fall är ”samordning” främst att förstå som organisationers eller professioners gemensamma arbetssätt. Vårdanalys väljer i stället att betrakta samordnad vård och omsorg som ett resultat för patienten/brukaren. Utifrån detta synsätt definierar de vården och omsorgen som samordnad ”*när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser*”.[2] Detta kan t.ex. ta sig utryck som att patienter slipper upprepa information i onödan, att man får hjälp att ta nästa steg i vård och omsorgsprocesserna, och att patienten/brukaren så långt det är möjligt erbjuds kontinuitet inom vården och omsorgen. Utredningen ansluter sig till detta synsätt och angreppssättet att utifrån detta analysera vilka olika samordningsmedel som kan bidra till en sådan samordnad vård och omsorg, och dess effekter på människors hälsa. Som Vårdanalys själva framhåller är samordning med detta synsätt en ren kvalitetsaspekt. Den måste sedan i analyser vägas mot andra kvalitetsaspekter, samt kostnaderna för detta.

Huvudmännens ansvarsområden, krav på samordning samt samordnings- och samverkansformer

Ädelreformen 1992 innebar att kommunerna övertog viss typ av vård från landstingen. Både landstingen och kommunerna är därmed huvudmän för hälso- och sjukvård. Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilt boende, dagverksamheter och – i de fall man har avtal med landstinget – även hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. I alla landsting utom ett har skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende överlåtits till kommunerna. I och med detta har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård ökat.

[2] Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017, s. 43.

Enligt såväl socialtjänstlagen (SoL, 2001:453) som HSL har kommunerna och landstingen skyldighet att samverka både på övergripande nivå och på patientnivå. 16 kapitlet i HSL handlar specifikt om samverkan mellan huvudmännen och fastslår bl.a. att:

– Landstinget ska till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende, om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.
– Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om
    1. personer med psykisk funktionsnedsättning, och
    2. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

– När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå:
    1. vilka insatser som behövs,
    2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
    3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
    4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (motsvarande bestämmelse återfinns i 2 kap. 7 § SoL).

Ett annat exempel på samordningskrav återfinns i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612). I den fastslås att om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen." (4 kap. 1 § första stycket) (se vidare i avsnitt 7.4).

7.2.2 Utmaningar med bristande samordning mellan vården och omsorgen

Samordning och samverkan mellan huvudmännen, och mellan olika enheter hos huvudmännen utgör, befintliga författningskrav till trots, fortsatt stora utmaningar i hälso- och sjukvården, och omsorgen. Detta tenderar att drabba de mest utsatta/de med mest komplexa vårdbehov som samtidigt har sämst förutsättningar att samordna sin egen vård och föra sin egen talan i vården.[3] Till exempel kan bristande samordning mellan vården och omsorgen resultera i att äldre får för många olika läkemedel – många som är direkt olämpliga att kombinera – eller upplever sig otrygga och får en ökad risk för fallskador. Dessutom kan det medföra att det förebyggande och rehabiliterande arbetet brister.[4] En grupp som också i hög grad drabbas av bristande samordning är personer med funktionshinder som har insatser beviljade enligt LSS. Det finns få studier gjorda på hur samordningen för denna grupp fungerar men Riksrevisionen (2011) visar att samordningen ofta brister och att ansvaret för samordningen då ofta läggs på anhöriga.[5] Av såväl utvärderingen som intervjuer genomförda av Vårdanalys framgår även att det verkar finnas problem vad gäller den samlade ansvarsfördelningen av insatserna. Det finns inte någon aktör som anser sig ha ett uttalat mandat att driva samverkan

[3] Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, 2016, och *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017.
[4] Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017, s. 78.
[5] Riksrevisionen, *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning (RiR 2011:17)*, 2011.

och ingen som ser sig som huvudansvarig för samordning av insatser. I Vårdanalys intervjuer, liksom i utredningens egna dialoger med företrädare för här aktuella verksamheter och patientföreträdare, lyfts också att barnhabiliteringen och barnsjukvården ofta tar en stor roll i att samordna insatser. Det stödet försvinner dock i och med övergången till vuxenhabiliteringen och den ordinarie vårdcentralen, vilket gör att övergången ofta blir problematisk.[6]

Utmaningen med att samordna vård och omsorg är inte unik för Sverige, detta är – utifrån ökad specialisering och fragmentisering – högaktuella frågor i de flesta hälsosystem. Samtidigt kan konstateras att Sverige kommer dåligt ut i många internationella undersökningar och jämförelser när det gäller hur patienter uppfattar samordningen (det saknas i dagsläget undersökningar som på motsvarande sätt belyser brukares erfarenheter av socialtjänsten). Som exempel kan nämnas att OECD 2013 identifierade den bristande samordningen mellan svenska sjukhus, primärvård och socialtjänst som den största utmaningen för vår förhållandevis goda vård och omsorg.[7] Även resultaten från de årliga IHP-undersökningarna pekar mot detta.[8] 2016 års undersökning visade t.ex. att andelen patienter som upplever att man får hjälp att planera och koordinera sin vård var lägst i Sverige av de 11 medverkande länderna. Positivt är att vi ser en ökande trend där andelen som uppfattar att de får hjälp i denna del ökat från 38 procent år 2010 till 56 procent år 2016 (detta kan dock jämföras med 82 procent i Schweiz, som låg i topp). Sverige är också ett av de länder i studien där störst andel patienter (24 procent, enbart Norge kommer ut sämre med 30 procent) år 2016 angav att deras ordinarie läkare inte verkar vara uppdaterad om den vård patienten fått från annan specialistläkare. På den positiva sidan har det dock även här skett en förbättring sedan föregående mättillfälle.[9] Även frågor i den nationella patientenkäten pekar på behov av samordning som inte möts. Till exempel visar den att cirka 30 procent av patienterna som besökt

[6] Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017, s. 70.
[7] Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, Stockholm, 2017, s. 33.
[8] International Health Policy survey (IHP) baseras på enkäter som utformas av den oberoende sjukvårdsstiftelsen The Commonwealth Fund i USA. Vårdanalys publicerar varje år den svenska delen av IHP-undersökningarna. Totalt omfattar undersökningarna för tillfället 11 länder. Läs mer här: https://www.vardanalys.se/pagaende-projekt/international-health-policy-survey-svensk-halso-och-sjukvard-i-internationell-jamforelse/
[9] Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017, s. 34, 37.

primärvården under 2015 och 2016 inte anser att personalen samordnar deras kontakter med vården i den utsträckning som behövs.

7.2.3 Olika patient- och brukargruppers behov av samordning

Vårdanalys utvecklade 2016 ett ramverk för att identifiera generella patient- och brukargrupper som kännetecknas av att de har ett behov av samordning. Ramverket innehåller fem olika grupper enligt följande:

- Grupp 1: Individer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 2: Nyinsjuknade individer som snabbt kräver insatser av flera aktörer och där det snabba förloppet påverkar individens förutsättningar att vara delaktig i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 3: I huvudsak somatiskt friska individer med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 4: Individer med komplexa behov, men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 5: I huvudsak psykiskt och somatiskt friska individer.

Utifrån detta ramverk gjorde Vårdanalys sedan en översikt av de generella patient- och brukargruppernas storlek och kostnader. Denna visade att uppskattningsvis har cirka en miljon människor i Sverige komplexa behov av insatser från olika aktörer inom vård och omsorg, samtidigt som de har små förutsättningar att vara delaktiga i sin egen vård. Kartläggningen indikerar även att totalt cirka 2 miljoner individer har små förutsättningar att själva vara delaktiga i samordningen av sin vård- och omsorg (grupp 1–3). Tidigare intervjuer och studier från Vårdanalys visar att samordningen ofta brister för dessa grupper och att det i många fall leder till en sämre vård och omsorg samt en otrygg situation för patienten/brukaren i fråga. Dessutom läggs ofta ett stort ansvar på de anhöriga att ta en samordnande roll. I sammanhanget bör också noteras att kartläggningen pekar på att en majoritet av befolkningen (cirka 60 procent) är i huvudsak somatiskt frisk och inte möter några större problem vad gäller samordning av vård och omsorg.[10]

[10] Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, Stockholm, 2016, s. 62.

7.3 Förslagen i Effektiv vård

Betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framhöll att för att åstadkomma nödvändiga förändringar inom den svenska hälso- och sjukvården så behövs en starkare och mer enhetlig styrning på strukturnivå. I detta framhölls bl.a. att huvudmännen, dvs. landsting/regioner och kommuner, i högre grad behöver ta ett gemensamt ansvar för den hälso- och sjukvård som i allt större utsträckning behöver ske gränsöverskridande. Fler av förslagen i Effektiv vård tog också sikte just på samverkan mellan huvudmän, bl.a. förslaget om att dela primärvården i allmän respektive riktad primärvård. Den riktade primärvården föreslogs utföra primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov gemensamt med kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst (vår utredning väljer att inte gå vidare med förslaget om riktad primärvård, se vidare i avsnitt 9.2.2). Detta och andra förslag utvecklades i kapitel 9 i Effektiv vård ”Sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst” och man kan där framför allt notera:

9.2 En juridisk ram för den verksamhet som måste hänga ihop

I denna del föreslogs ändringar i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen som innebar att en kommun och landsting skulle organisera den riktade primärvården, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänsten för äldre med omfattande behov så att den utfördes gemensamt. Den gemensamma verksamheten skulle syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utredningen konstaterade att det redan med befintlig lagstiftning i hög grad var möjligt att skapa den integrerade vård som bestämmelserna syftade till men att det av olika anledningar inte skedde. Det krävdes ju att bägge huvudmännen ville samma sak om något skulle utvecklas och detta var enligt utredningens erfarenhet ett vanligt förekommande hinder mot samverkan. Det vill säga en part vill samspela men den andra vill inte, eller vill men kan av olika skäl inte prioritera det. Med en författningsreglerad skyldighet att utföra verksamheten gemensamt ville man frånta huvudmännen möjligheten att välja bort ett nära samarbete och en integration av sina ansvarsområden. Betänkandet framhöll att det faktum att det fanns samverkansstrukturer på förvaltningschefsnivå och/eller politisk nivå var en förutsättning för effektivt samarbete, men det räckte inte. Det måste

även till ett gränsöverskridande samarbete direkt i de enheter som ger insatser till patienter/brukare/klienter och första linjens chefer måste kunna verka i ett sådant gränsöverskridande klimat. Det framhölls också att en central del i bristerna i vården och omsorgen om äldre var att läkarinsatserna dels inte var tillräckliga och dels inte var tillräckligt integrerade med insatser från andra professionella runt den enskilde.

9.3 Den gemensamma verksamheten ska ha en plan där mål, riktlinjer och resursplanering framgår

I denna del föreslogs att det i kommunallagen skulle införas en bestämmelse som innebar att kommuner och landsting skulle fastställa en gemensam, årlig, plan. Av denna plan skulle mål, riktlinjer och gemensam resursplanering för verksamheten framgå (jfr t.ex. med det skotska systemet, se avsnitt 3.3.4). Ambitionen var att reglera samverkan på utförarnivå i stället för på individnivå eller huvudmannanivå. Enligt Effektiv vård var det ofrånkomligt att resursplanering på målgruppsnivå behövde göras i ett sammanhang där man kunde se resurserna för en viss målgrupp i den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården tillsammans med resurserna för samma målgrupp i den kommunala hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Först när man såg resurserna samlade kunde man fatta de mest rationella besluten om var/hur de kunde användas mest effektivt. Effektiv vård framhöll också att en skillnad mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården var att den förra var van att bedriva arbete mer målgruppsrelaterat medan hälso- och sjukvårdens planering och organisering i hög grad var uppdelad på de medicinska specialiteterna.

9.8 Kommun ska få överenskomma med landsting om att ta över ansvar för läkarvård i vissa fall

Effektiv vård föreslog att om kommun och landsting var överens skulle kommunen kunna få överta skyldigheten att erbjuda läkarvård i samband med hälso- och sjukvård som ges till personer som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård. Förslaget var alltså inte formulerat som ett krav, utan en möjlighet, förutsatt att kommun och landsting var överens.

Effektiv vård konstaterade att omfattningen och karaktären hos behovet av läkarvård medför att läkarvården generellt behöver vara en fullt ut integrerad del av den samlade vården och omsorgen för de äldre, vilket satte fokus på frågan om hur detta behov av samarbete över huvudmannagränser skulle lösas. Frågan om huvudmannaskap för läkarvård vid särskilda boenden och hemsjukvård och kommunernas möjlighet att anställa läkare har utretts tre gånger innan Effektiv vård (2000, 2004 och 2011). Då antingen utredningarna eller remissvaren bedömt att förändringar i denna del skulle leda till för otydlig ansvarsfördelning, och möjligen också till ökande problem med rekrytering av allmänläkare, har man dock inte gått vidare med några förändringar av lagregleringen i denna del. Effektiv vård gör å sin sida bedömningen att denna rädsla för otydlig ansvarsfördelning har varit större än rädslan för att målgruppen skulle få dåligt sammanhållen vård. Givet att utredningens förslag var att kommuner enbart skulle kunna anställa läkare om man var överens med landstinget och träffade ett avtal om detta så menade man att risken för otydlighet i ansvarsfördelning kunde överkommas. Likaså framhölls att intresset för den föreslagna lösningen troligen inte skulle vara särskilt stort, men utifrån behovet av att kunna erbjuda lokalt anpassade lösningar för huvudmännen sågs ändå möjliggörandet av en sådan lösning som viktig för ett effektivare resursutnyttjande. Utredningen avser att analysera detta förslag vidare inom ramen för arbetet med att utreda samverkan mellan huvudmännen.

9.9 Översyn av planeringsbestämmelser

Effektiv vård rekommenderade att regeringen borde göra en översyn av befintliga regler för planeringsbestämmelser på individnivå, i syfte att förenkla och skapa överblickbarhet. Detta eftersom regelverken avseende bestämmelser om huvudmännens eller verksamheters planeringsskyldighet och upprättande av olika former av planeringsdokument på individnivå är mycket omfattande. Bedömningen var att varje planeringsbestämmelse var för sig var rimlig och adekvat men sammantaget blev regelverken svåröverskådliga och svårtillämpade. Detta bl.a. eftersom det sällan i de olika författningarna klargörs hur olika planeringsbestämmelser förhåller sig till varandra eller vilken som ska ha företräde. Effektiv vård menade också att det i en sådan översyn

borde övervägas att skapa ett eget fristående regelverk för planering av individuella insatser som kan gälla generellt och över olika samhällssektorer.

7.4 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

7.4.1 Lagens syfte och innehåll

Den 1 januari 2018 trädde en ny lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS) i kraft. Lagen ersatte den tidigare lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortad betalningsansvarslagen (Den upphävda lagen (1990:1404)ska dock gälla fram till och med den 31 december 2018 för patienter som vårdas i sluten psykiatrisk vård).[11] Syftet med den nya lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Lagen tydliggör att verksamheter inom socialtjänst och öppen hälso- och sjukvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från sluten vård (2 kap. 6 §) och att den slutna vården därför i vissa fall ska underrätta berörda enheter om inskrivningen inom 24 timmar från det att patienten skrivits in i sluten vård (2 kap. 3 §). Vidare fastslås att när en enhet i den öppna landstingsvården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. Detta ska ske innan patienten skrivs ut från den slutna vården (2 kap. 5 §).

Lagen innehåller även bestämmelser om samverkan mellan landsting och kommun (4 kap.). Om patienten efter utskrivning behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst ska en samordnad individuell planering genomföras (4 kap. 1 §). Kallelsen till berörda enheter ska skickas av patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården (4 kap. 3 §). Huvudmännen ska i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer, till vårdgivare och de som bedriver socialtjänst om samverkan

[11] Lagen grundar sig på betänkandet SOU 2015:20, Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård, dir. 2014:27, *en översyn av betalningsansvarslagen*. Detta betänkande togs fram som en integrerad del av Göran Stiernstedts utredning om en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (dir. 2013:104), men utifrån det egna direktivet 2014:27.

enligt den nya lagen (4 kap. 4 §), och de förväntas ingå överenskommelser med varandra om tidpunkt för kommunens betalningsansvar samt vilka belopp som ska betalas (4 kap. 5 §). Kommunens betalningsansvar regleras i 5 kap. Om huvudmännen inte ingår egna överenskommelser om tidpunkter och belopp gäller lagens ”back-up-lösning” (5 kap. 4 och 6 §).

Primärvårdens roll

Även patienter som får sitt huvudsakliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen har ofta en läkare i primärvården med ett medicinskt ansvar för patienten. För att säkra kontinuiteten är det därför angeläget att även den del av primärvården som landsting/regioner är huvudman för deltar i samarbetet kring den enskilde, vilket tydliggörs i lagen. En stor mängd vårdplatser uppehålls i dag av utskrivningsklara patienter och det bidrar till överbeläggningar i slutenvården. I den nya lagen tydliggörs som ovan beskrivet att både kommunala verksamheter och landstingens öppna vård, ofta primärvård, tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från sluten vård. Informationsöverföringen mellan huvudmännen måste fungera och beredskap finnas för att på ett ändamålsenligt sätt ta emot de utskrivna patienterna. Några behöver komma till ett kommunalt boende medan andra kan komma hem under förutsättning att den landstingsfinansierade primärvården och kommunen kan erbjuda den vård och omsorg som behövs. Den nya lagen kommer att påverka både den landstingsfinansierade och den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och omsorgens arbetssätt och samverkan. Ett tydligt syfte med lagen är att skapa en större delaktighet från primärvården i den fortsatta planeringen för patienten.

7.4.2 Initial implementering av den nya lagen

Som ovan beskrivits ska huvudmännen, i enlighet med lagen, i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer – till vårdgivare och de som bedriver socialtjänst – om samverkan enligt den nya lagen. De får också ingå överenskommelser med varandra om tidpunkt för kommunens betalningsansvar samt vilka belopp som ska betalas. Om en sådan

överenskommelse inte ingås gäller i stället de bestämmelser om belopp och tidsfrist som anges i lagen 5 kap. 4 och 6 §, LUS.

Utredningen har under våren 2018 tagit del av och gjort en översiktlig genomlysning av de överenskommelser som finns att tillgå hos landsting/regioner. Flertalet landsting/regioner har valt att ta fram sådana överenskommelser men det finns förhållandevis stora skillnader mellan hur tidigt man påbörjat planeringen för införandet av den nya lagen och tagit fram överenskommelser i linje med den. Något landsting gjorde en pilot redan under 2017 medan flertalet fattat beslut någon gång under hösten 2017. En del landsting/regioner har valt övergångslösningar för 2018, andra har beslutat om tillsvidarelösningar.

Detaljeringsgraden i överenskommelserna varierar också mellan cirka 2 och 20 sidor, och man har gjort olika val vad gäller vilka delar som läggs i överenskommelse respektive riktlinjer och rutiner/praktiska anvisningar.

Många har beslutat att beräkna betalningsansvar (för utskrivningsklara patienter) utifrån ett genomsnitt under en/ett par månader. De överenskomna gränserna för när betalningsansvar för kommunerna ska träda in finns i ett intervall mellan 2 och 5 dagar.

Flera av överenskommelserna lyfter att samordnad planering företrädelsevis ska göras i hemmet efter utskrivning, men att det ska bestämmas utifrån behov. Vissa lyfter fram att när lämpligt ska samordnad planering kunna genomföras digitalt/via video. Nästan samtliga överenskommelser har med en punkt om utvärdering men enbart ett fåtal har uttryckligen i överenskommelsen med patient-/anhörigupplevelse bland de mått och parametrar som ska följas upp.

Överenskommelserna lyfter i flera fall huvudprinciper eller värdegrund för såväl ett patient-/individcentrerat arbetssätt som för hur parterna ska förhålla sig till varandra. Många överenskommelser lyfter också vikten av att arbeta vårdpreventivt.

I princip samtliga överenskommelser har skrivelser som reglerar hur eventuella tvister och problem i samarbetet ska hanteras. Några enstaka lyfter specifikt fram att överenskommelsen även gäller offentligt finansierade enheter i privat regi och/eller att detta bör framgå av förfrågningsunderlag för verksamheter som avtalas enligt LOU eller LOV.

Oskar – samverkan mellan kommun och landsting[12]

Våren 2017 startades i Oskarshamn ett samarbete mellan landsting och kommun – projektet Oskar. Arbetssättet initierades och utformades utifrån den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) tillsammans med en länsgemensam överenskommelse om samverkan inom socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård i Kalmar län. En del av projektet har varit att utforma en ny digital arena för den nya samarbetsformen.

Från början bestod gruppen av anslutna medlemmar från Oskarshamns kommun, Oskarshamns sjukhus, Hälsocentralerna och Samrehab. I dag ingår även aktörer från närliggande Högsby och Mönsterås kommuner. Utöver aktörer som kommun, hälsocentraler och Samrehab deltar i dag också psykiatrin från både Oskarshamn och Högsby i arenan Oskar. En dialog förs kontinuerligt med ytterligare intressenter.

Oskar innebär en ny samverkansform mellan nämnda aktörer. Ambitionen är att möjliggöra sömlösa och nära övergångar mellan olika nivåer och aktörer. År 2017 genomförde en arbetsgrupp fiktiva möten med cirka 100 patienter. Utifrån dessa möten utarbetades sedan ett praktiskt och effektivt arbetssätt för interprofessionella bedömningar. Arbetslaget träffas dagligen via korta videomöten. Det interprofessionella arbetslaget värdesätter särskilt patientperspektivet. Patienten ska alltid känna sig trygg och omhändertagen oavsett vårdgivare eller plats i vårdkedjan. Förutom bedömningen av patienter möjliggör och fördjupar den dagliga kontakten en utökad dialog mellan aktörerna.

Oskar har bland annat visat positiva effekter för:

- personcentrerad närsjukvård,
- korta ledtider,
- gemensam målbild för olika vårdgivare,
- strukturerat och effektivt arbetssätt,
- att tillsammans successivt utveckla en gemensam plattform för digitala möten.

[12] Se även projektets hemsida: https://www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/oskar-samverkan-kommun-och-landsting/

En viktig del i det fortsatta arbetet blir en utvärdering av Oskars inverkan på medborgare och systemet. Oskar följs därför i forskningsprojektet, ”Kontinuitet i vården för personer med komplexa behov – hur vet vi vad som fungerar?”. Projektet genomförs av en forskargrupp från Linnéuniversitetet och Karolinska Institutet. Bland annat undersöks hur samverkan inom och mellan olika system av integrerad vård har organiserats på mikro-, meso- och makronivå för att identifiera best practice.

8 Nationell plan för en god och nära vård

8.1 Vart är vi på väg?

8.1.1 Fördjupad målbild och färdplan: från akutsjukhus till nära vård

Utredningens förslag: Den gemensamma färdplanen och målbilden för omstruktureringen av hälso- och sjukvården behöver fördjupas.

Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg, som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

Den personcentrerade vården tydliggörs i färdplanen, där patientperspektivet lyfts i bilden, liksom medarbetarperspektivet. Entiteter som av många lyfts som avgörande för att nå målbilden betonas, såsom kompetensförsörjning och utvecklingen av digitalisering kopplat till Vision E-hälsa 2025. Så även beslut i landsting/regioner och kommuner som förankrar omstruktureringen i den egna kontexten.

De första versionerna av målbild och färdplan

I utredningens direktiv fastslås att vi ska ta fram en nationell plan, där primärvården är utgångspunkt för en ökad närhet till patienten, senast 1 juni 2018. Denna redovisning kan också vid behov innehålla ytterligare förslag till lagändring, utöver de förslag som presenterades

i utredningens första delbetänkande juni 2017. I det första delbetänkandet föreslog utredningen en färdplan som ett första utkast till den nationella plan det åligger utredningen att föreslå. Utredningen föreslog även en gemensam målbild för förflyttningen från dagens sjukhustunga system till en ny första linjens hälso- och sjukvård, en hälso- och sjukvård med primärvården som bas, i samspel med sjukhus och kommunala insatser och tydligt utgående från patientens behov. En målbild baserad på god och nära vård.

Utredningens förslag till gemensam färdplan för den samordnade omställningen av hälso- och sjukvården till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården tar sin utgångspunkt i den svenska hälso- och sjukvårdens historia, och tar sikte på målbilden. Såväl statliga initiativ som initiativ av andra aktörer i hälso- och sjukvården kan omfattas. Färdplanen föreslogs omfatta såväl utredningstiden som det fortsatta arbetet med omställningen utifrån utredningens kommande förslag. En prioriterad del i omställningen föreslogs vara utformningen av ett nationellt uppdrag för primärvården, Primärvård NU.

I utredningens första delbetänkande uttalade vi avsikten att i nästa delbetänkande, det föreliggande, fördjupa målbilden och färdplanen, återkomma med förslag på ett nationellt utformat uppdrag för primärvården samt förslag på uppföljning av omställningen beskriven i färdplanen.

Synpunkter från remissinstanser

Remissvaren på vårt första delbetänkande gav överlag ett starkt stöd till den föreslagna målbilden. Av de remissinstanser som lämnade synpunkter på förslaget var 28 positiva och 18 tillstyrkte förslaget med vissa invändningar, medan tio inte hade någon erinran. Inga remissinstanser avstyrkte förslaget. En återkommande synpunkt var att en gemensam målbild var nödvändig, men att alla instanser inte helt och fullt instämde med utredningens föreslagna målbild. Bland annat efterfrågades ytterligare tydliggörande av samverkansformerna mellan huvudmän. Likaså betonades utvecklingen mot en personcentrerad hälso- och sjukvård, samt vikten av att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet synliggörs. Patientens möjlighet till ökad delaktighet lyftes fram. Behovet av att visa på uthållighet över tid, såväl i

beslutsprocesser som i hela omställningen lyftes fram. Önskan om ytterligare tydlighet i behovet av att förflytta vård mellan dagens vårdnivåer, och behovet av att stundom decentralisera och stundom, till följd av kvalitets- och effektivitetsskäl samla, vård betonades. Flera aktörer såg ett behov att tydligare inbegripa kommunal hälso- och sjukvård och omsorg i målbilden.

Även gällande färdplanen var flertalet remissinstanser positiva. Här betonade flera att tidplanens 10-årsperspektiv känns realistiskt, men att det är viktigt att poängtera att förändringen har påbörjats och måste framåtskrida i så snabb takt som möjligt. Flera remissinstanser lyfte frågan om bemanning och kompetensförsörjning som avgörande för genomförandet av färdplanen. Från flera håll lyftes också nödvändigheten av att beslut fattas på rätt nivå i systemet, i samordnad tidsföljd och av såväl stat som landsting/regioner och kommuner.

Några månader efter det första delbetänkandet mottog utredningen tilläggsdirektiv i två delar, där en av dessa innebar att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa olika verksamheter bör se ut. Detta, tillsammans med de synpunkter gällande behovet av att synliggöra kommunernas roll i såväl målbild som färdplan som redan inkommit, medför i sig ett behov av att se över dessa i föreliggande delbetänkande.

Fördjupad målbild och färdplan

Mot bakgrund av ovan redovisade synpunkter i remissvar, utredningens tilläggsdirektiv samt vad som i övrigt framkommit under året i utredningens dialoger med olika aktörer föreslår vi nu en fördjupad och förändrad målbild. Den personcentrerade vården betonas, hälsa och förebyggande arbete lyfts fram, omsorgens roll tydliggörs och samverkan mellan såväl olika huvudmän som olika vårdaktörer inom landsting och kommun betonas. Målbilden får då en ny lydelse.

Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg, som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

Den personcentrerade vården tydliggörs också i färdplanen, där patientperspektivet flyttar högre upp i bilden, liksom medarbetarperspektivet. Entiteter som av många lyfts som avgörande för att nå målbilden betonas, såsom bemanning och kompetensförsörjning och utvecklingen av digitalisering kopplat till Vision E-hälsa 2025.

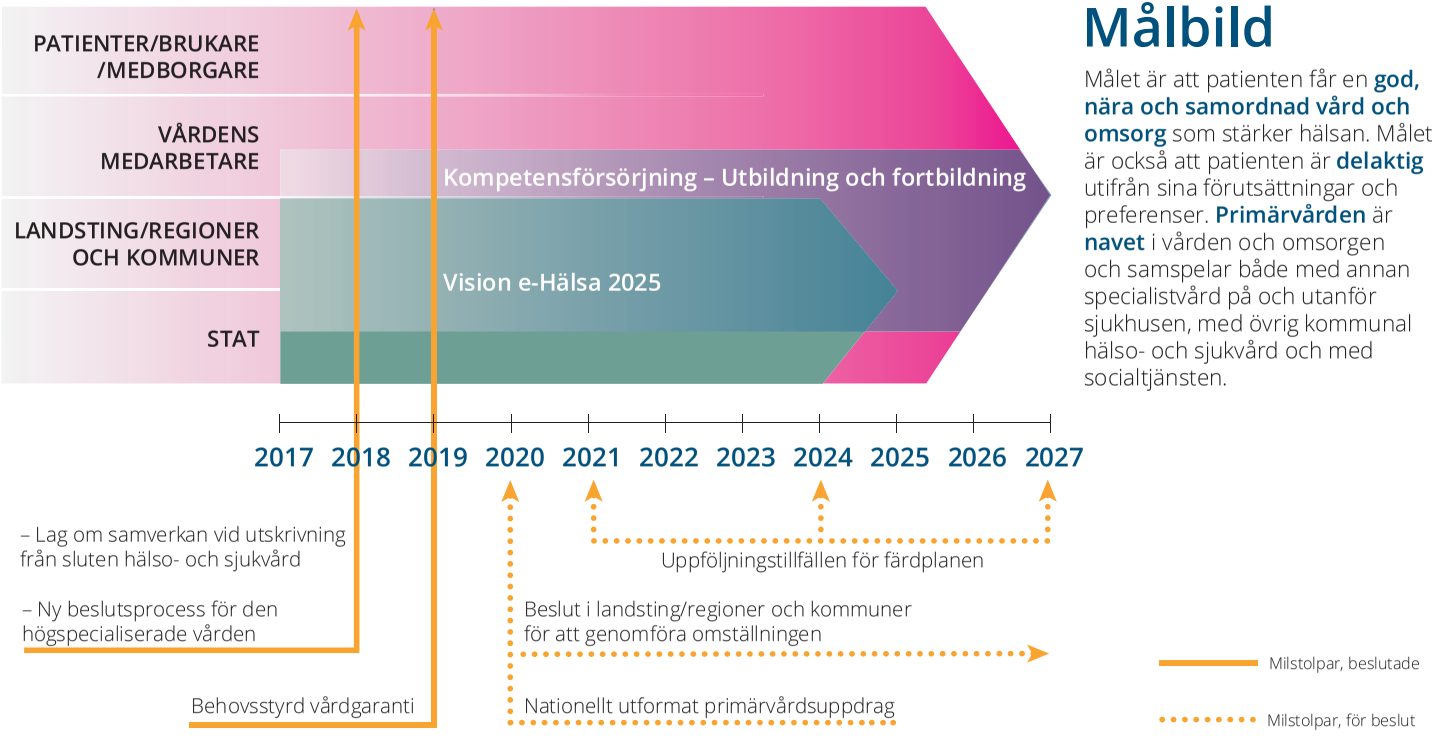
Milstolpar

Färdplanen kompletteras med milstolpar. Milstolparna är av två typer; beslutade eller för beslut. Avsikten med dessa är dels att visa på redan beslutade förändringar och tydliggöra deras ikraftträdande. Dels att markera vikten av att regioner/landsting och kommuner, utifrån sin kontext, måste göra sina egna analyser
och härefter fatta vederbörliga beslut som ankommer respektive ansvarsnivå, för att färdplanen ska kunna genomföras och målbilden uppnås. Några av milstolparna representerar också utredningens föreslagna uppföljningspunkter av färdplanen, för att säkra utvecklingen mot den gemensamma målbilden (jfr avsnitt 8.3)

Ytterligare fördjupning av målbild och färdplan

Utredningens avsikt är att i sitt slutbetänkande fortsatt utveckla såväl målbilden som färdplanen. På samma sätt som hittills kommer det att ske i dialog och nära samarbete med alla de som utredningen i enlighet med sina direktiv har att samverka med; samtliga berörda aktörer. Dialog kommer även fortsättningsvis föras med utredningens befintliga referensgrupper, liksom med utredningens expertgrupp. Dessutom kommer ytterligare en referensgrupp med representation från huvudmän i form av kommunerna att etableras.

Figur 8.1 **Från akutsjukhus till nära vård**



Målbild

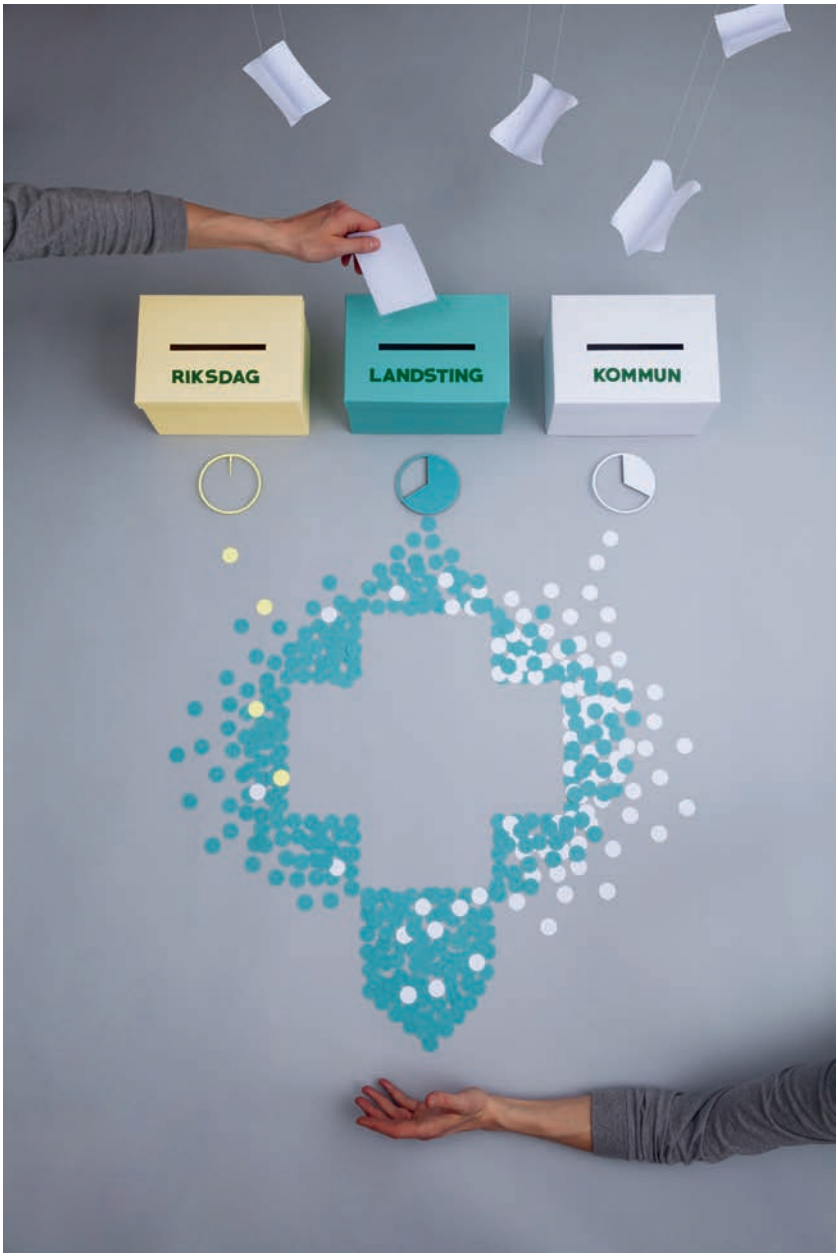
Målet är att patienten får en **god, nära och samordnad vård och omsorg** som stärker hälsan. Målet är också att patienten är **delaktig** utifrån sina förutsättningar och preferenser. **Primärvården** är **navet** i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

8.1.2 Hur hänger vården ihop?

I våra dialoger med olika aktörer samt våra referensgrupper har ofta lyfts att den övergripande bilden av hur den svenska hälso- och sjukvården samt omsorgen är tänkt att fungera inte är helt tydlig varken för medborgare eller dess medarbetare. Det är stundtals svårt att veta hur de olika delarna i systemet är tänkta att hänga ihop, vare sig i systemet som helhet eller i de olika ”subsystem” som regioner och landsting tillsammans med kommunerna utgör. Det kan göra det onödigt svårt för medborgarna att veta vart man ska vända sig med olika frågor eller problem kopplade till den egna hälsan. Det kan i värsta fall göra att man avstår från att söka vård, eller söker vård i en annan del av systemet än vad som är mest ändamålsenligt för medborgaren. Resultatet kan också bli att man söker på ”fel” plats utifrån vårdens synsätt, när det egentligen handlar om att informationen till medborgarna inte varit tydlig eller stödet i att hitta rätt i vården brustit. Många uttrycker i dag att man upplever systemet som fragmentiserat, och saknar den nödvändiga samordningen mellan olika huvudmän, vårdaktörer, eller insatser som man naturligt förväntar sig.

Utredningen har i sina dialoger med olika företrädare för vården och omsorgen fått anledning till att återkommande fundera över vilken förflyttning det är vi vill åstadkomma ur patienters och brukares perspektiv, och hur den skulle kunna tydliggöras just för patienter, brukare och intresserade medborgare. Det förefaller finnas ett behov av att enkelt och visuellt kunna beskriva ett nuläge och ett önskat läge. Det förefaller också finnas ett behov av att tydliggöra hur hälso- och sjukvården och omsorgen styrs och regleras, för att en nyanserad och meningsfull debatt om roller och ansvar i beslutsfattande och resursfördelning ska kunna föras brett och transparant. Övergripande systemkunskap om ansvarsfördelning, finansieringsprinciper och vilka grundläggande förutsättningar som finns för olika delar av systemet behöver påminnas om för att debatten om hälso- och sjukvården och omsorgen ska kunna föras på ett konstruktivt sätt. Utredningen har därför tagit fram följande illustrationer.

Figur 8.2 Hälso- och sjukvården – en gemensam resurs



Så styrs vården

Hälso- och sjukvårdens organisation på samhällsnivå är en fråga för politisk styrning, och olika länder har valt olika sätt att organisera sin hälso- och sjukvård. Sverige har ett system där ansvaret är fördelat mellan staten samt landsting/regioner och kommuner (huvudmännen). Riksdag, regering och statliga myndigheter sätter ramarna för hälso- och sjukvården men det är huvudmännen på den regionala och lokala nivån som har det huvudsakliga ansvaret för såväl organisering som finansiering av den svenska hälso- och sjukvården.

Som medborgare har man möjlighet att påverka samtliga dessa tre nivåer genom allmänna val vart fjärde år. Då kan man rösta i tre olika val, valet till riksdagen samt valen till landstings/regionfullmäktige och till kommunfullmäktige där man är folkbokförd. Dessa tre olika förvaltningsnivåer har olika roller och ansvar när det gäller den svenska hälso- och sjukvården, och det är viktigt att ha med sig i förståelsen av hur de olika delarna förhåller sig till varandra och när man genom sin röst vill påverka hälso- och sjukvården.

Staten har ett övergripande systemansvar och ansvarar för bl.a. normering, tillsyn och utjämningssystem. Riksdagen stiftar lagarna som sätter ramarna för hälso- och sjukvården Därutöver kan regeringen och/eller de myndigheter som regeringen bemyndigar utfärda kompletterande mer detaljerade regler på olika områden. Statliga myndigheter har också ansvar för tillsynen, dvs. ansvar att övervaka/kontrollera att lagar och regler efterlevs. Rent ekonomiskt är statens roll liten. År 2016 stod staten för cirka 1,5 procent av de totala kostnaderna för den svenska hälso- och sjukvården.[1]

Det huvudsakliga ansvaret för att organisera och finansiera svensk hälso- och sjukvård ligger till övervägande del på de 21 *landstingen/regionerna*, och i vissa delar även de 290 *kommunerna*, vilka har ansvar för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård (kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvård till boende i särskilt boende och – förutom i Stockholms läns landsting – för hemsjukvård, jfr avsnitt 5.1). Såväl landsting/regioner som kommunerna har rätt att ta ut skatt för skötseln av sina uppgifter och via landstingsrespektive kommunalskatten finansieras merparten av den svenska hälso- och sjukvården. 2016 stod landstingen och landstingsägda

[1] SCB, *Hälsoräkenskaper 2001–2016*, 2018.

bolag för 56,7 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige och kommunerna för 25,3 procent.[2]

Inom de ramar som ges av lagar och andra nationella regelverk har landsting/regioner och kommuner alltså en stor frihet att, utifrån lokala förhållanden, välja hur man organiserar och tillhandahåller den hälso- och sjukvård man enligt hälso- och sjukvårdslagen har ansvar för att erbjuda. Det ger möjlighet till anpassning utifrån lokal kontext och behov. Det resulterar ibland också i att tillgång till och kostnader för olika hälso- och sjukvårdstjänster delvis kan se olika ut på olika håll i landet.

[2] Resterande kostnader fördelas mellan frivilliga sjukvårdsförsäkringar (0,6 procent), hushållens ideella organisationer (0,1 procent), företag (0,5 procent) och hushållens utgifter ur egen ficka/patientavgifter (15,2 procent).

Figur 8.3 Traditionella hälso- och sjukvårdsystem



Figur 8.4 God och nära vård



Omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården uppfattas av många i dag som fragmentiserad och svårnåbar. Såväl tillgängligheten och samordningen som möjligheten till delaktighet och kontinuitet anses av många brista. Hälso- och sjukvården och omsorgen uppfattas mer som organiserad utifrån vårdens logik än utifrån patient- och brukarperspektivet.

I ett försök att visualisera målbilden utifrån ett personcentrerat synsätt ser vi den nära vården som mer flexibel, ofta mobil, en hälso- och sjukvård och omsorg som möter och inkluderar patienten eller brukaren utifrån var och ens förutsättningar och preferenser. Personen är en aktiv part i att medskapa sin vård utifrån aktuella behov, förutsättningar och preferenser och i det som tillhandahålls har vården redan på systemnivå tagit ansvar för att vården erbjuds utifrån beslutade prioriteringsgrunder. Det är tydligt att vården samordnas och hänger ihop oavsett huvudman eller vårdaktör. Stöd till egenvård och förebyggande arbete är centrala delar i bilden. Hälso- och sjukvården och omsorgen mobiliseras utifrån personen, som i det moderna hälso- och sjukvårdssystemet är subjekt i förhållande till vården och omsorgen, inte längre ett passivt objekt. Det är samtidigt viktigt att betona att den som vill ha mer stöd av vårdens medarbetare i sin hälso- och sjukvård och omsorg förstås ska beredas den möjligheten – den personcentrerade vården utgår alltid från frågan ”Vad är viktigt för dig?”

8.2 Utredningens fortsatta arbete

I vårt fortsatta arbete med att stödja och samordna omställningen mot en god och nära vård, avser utredningen att utveckla innehållet i färdplanen i följande delar:

- Ytterligare fördjupning av målbilden.
- Fördjupad analys och eventuella därav följande förslag, gällande hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet[3] (inklusive företagshälsovården och elevhälsan), forskning, utveckling och utbildning (FoUU) med fokus på primärvården samt den systematiska uppföljningen av primärvården på aggregerad nivå.

[3] I detta arbete avser utredningen arbeta nära Folkhälsomyndigheten.

- Analys av ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård, och därav följande konsekvenser för olika former av hälso- och sjukvårdsorganisationer.
- Analys av och förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut. Utgångspunkten för utredningen kommer vara behovet av en strukturerad samverkan, utifrån individens behov, som resulterar i en samordnad vård och omsorg för patienten/brukaren. Arbetet kommer att ha särskilt fokus på de med störst behov av samordning, såsom äldre med många sjukdomar och barn och unga med psykisk ohälsa.
- Utifrån resultaten av övriga analyser, såsom den gällande ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård, överväga vidare förslag gällande utvecklade styrande principer för svensk hälso- och sjukvård.

8.3 Att följa färdplanen

Utredningens förslag: För att ge samtliga aktörer en gemensam möjlighet att kunna följa förändringen utifrån färdplanen föreslår utredningen att fyra olika storheter årligen följs.

Vidare föreslås att nationella samråd kring genomförandet av färdplanen hålls vid tre tillfällen fram t.o.m. 2027. Dessa bör samla representanter från kommunal, landstings/region och statlig nivå för att stämma av status för genomförandet och vid behov föreslå justeringar i inriktningen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås få ett övergripande uppdrag att bistå med underlag för att ge möjlighet att följa omställningen mot en god och nära vård.

Årlig förflyttning

För att kunna följa den gemensamma förändringen i enlighet med färdplanen föreslår utredningen att fyra olika storheter årligen följs. Dessa storheter, som utgörs av befintliga indikatorer, mått och nyckeltal ska

i möjligaste mån vara jämförbara internationellt och redan tidigare följas på nationell nivå. Avsikten med att utifrån dessa storheter följa färdplanen är inte att föreslå indikatorer som är heltäckande för uppföljningen av svensk hälso- och sjukvård. Syftet är att följa just den föreslagna färdplanens utveckling, och utgöra underlag för gemensam diskussion och reflektion mellan olika aktörer på en övergripande nivå. De föreslagna storheterna är inte avsedda att ensamma kunna beskriva utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård på vare sig makro-, meso- eller mikronivå, utan avser att tillsammans övergripande spegla förändringen i enlighet med färdplanen.

De statliga myndigheter som har uppdrag att följa utvecklingen av hälso- och sjukvården och omsorgen har givetvis de uppdragen oförändrade och opåverkade av detta förslag. Likaså har olika myndigheter med tillsynsuppdrag inom hälso- och sjukvården och omsorgen sina uppdrag oförändrade. På huvudmannanivå, liksom på verksamhetsnivå, föreligger, liksom tidigare, behov av uppföljning för egen utveckling och utvärdering. Slutligen har utredningens föreslagna storheter för uppföljningen av färdplanen ingen avsikt att förändra det omfattande arbete med uppföljande indikatorer som löpande pågår via SKL.

Då omstruktureringen av hälso- och sjukvården innefattar samtliga aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet föreslås att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), får ett övergripande uppdrag att bistå med sammanställning av underlag för att ge möjlighet att följa framskridandet av omställningen över tid.

Utredningen föreslår att förflyttningen beskrivs med basår 2013, då direktiven för Effektiv vård beslutades. De olika storheterna är valda utifrån ansatsen att inte öka den administrativa bördan. De används sedan tidigare i andra sammanhang av olika aktörer i systemet för löpande uppföljning utifrån respektive aktörs uppdrag.

Utredningen föreslår följande:

1. Befolkning: Förtroende för hälso- och sjukvården.
2. Process: Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.
3. Medarbetare: Andel (procent) utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis.
4. Ekonomi: Kostnadsandel (procent) i det som definieras som landsting/regioners primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i landsting/region.

Befolkningsperspektiv

Genom Socialstyrelsens Öppna jämförelser är det möjligt att jämföra kvaliteten på hälso- och sjukvårdens verksamheter i hela Sverige. Det är också möjligt att få aggregerade resultat över tid på nationell nivå. Öppna jämförelser i hälso- och sjukvården tas fram i samverkan mellan Socialstyrelsen och SKL. En indikator i den övergripande uppföljningen är Förtroende för hälso- och sjukvården. Datakälla är Hälso- och sjukvårdsbarometern som genomförs av SKL. I måttet redovisas befolkningens uppfattning om förtroendet för hälso- och sjukvården oavsett om man nyligen har haft kontakt med sjukvården eller ej. Utredningen har valt detta mått då förtroendet för sjukvårdssystemet enligt vår uppfattning är avgörande för själva systemets framgång och möjlighet att uppnå målet om en god och jämlik hälso- och sjukvård.

Vi har övervägt att i stället använda ett mått från Nationella patientenkäten för att snarare spegla patientperspektiv än befolkningsperspektiv. Då denna i nuläget görs för olika delar av vården vid olika tidpunkter (t.ex. inte s.k. specialiserad sjukhusvård och primärvård tillsammans) är vår uppfattning att det inte lika väl skulle spegla den helhetsbild vi är ute efter att belysa. Vi har också övervägt att använda oss av den svenska delen av ”the Commonwealth Fund’s International Health Policy Survey of Adults in 11 countries” (IHP-studien), som varje år publiceras av Vårdanalys. I ett rullande tre-årsschema vänder sig studien till tre olika grupper: befolkningen, patienter 65 år och äldre samt läkare i primärvården. Inte heller denna rapport speglar helheten i sjukvårdssystemet på det sätt vi eftersträvar, och svarsfrekvensen i undersökningen är också hittills låg. Utredningen gör därför valet att i stället låta den mer övergripande indikatorn Förtroende för hälso- och sjukvården finnas med i underlaget för att följa färdplanen mot målbilden.

Processperspektiv

Även vad gäller processperspektivet föreslår utredningen en indikator från Öppna jämförelser. Indikatorn Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar används i dag nationellt och internationellt som ett kvalitetsmått inom hälso- och sjukvårdssystem, s.k. readmission rate. Måttet speglar antal patienter 65 år och äldre med utvalda sjukdoms-

tillstånd som återinskrivs inom 30 dagar. Måttet avser att belysa alltför tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården eller socialtjänsten inte är tillräckligt samordnad. Måttet avser att vara indikator för en sammanhållen vård och omsorg. Den har också använts som fördelningsgrund för statlig prestationsersättning under den nationella satsningen De mest sjuka äldre.

Medarbetarperspektiv

Den allmänmedicinska specialiteten är i dag en bristspecialitet (jfr avsnitt 10.3). Givet att primärvården i hög grad utgår från, bland andra, denna specialistkompetens, föreslår vi i ett första skede ett mått som följer utvecklingen av tillgången på specialister i allmänmedicin. Det valda måttet kommer att följa utvecklingen mot fler specialister i allmänmedicin genom att mäta relationen mellan antalet specialister i allmänmedicin och samtliga specialister. Det finns också en brist på flertalet andra yrkesgrupper i primärvården, inte minst distriktssköterskor. I kommande betänkande, och utifrån redovisningen av Socialstyrelsens pågående uppdrag inom området, avser utredningen att föreslå en breddning av måttet till att omfatta fler yrkesgrupper.

Ekonomiperspektiv

I Kolada, kommun- och landstingsdatabasen, finns en samlad tillgång till nyckeltal om resurser, volymer och kvalitet i kommuners och landstingsverksamheter som årligen följs upp. Kommun- och landstingsdatabasen ägs av den ideella föreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Medlemmar i föreningen är svenska staten och Sveriges Kommuner och Landsting. I Kolada är det möjligt att följa utvecklingen av landsting/regioners kostnader för det som definieras som primärvård i relation till samtliga hälso- och sjukvårdskostnader i landstingen. Till följd av att det inte finns någon enhetlig definition av primärvård inom landsting/regioner är utredningen medveten om att detta mått i dag inte speglar samma sak i samtliga landsting/regioner (och att det inte inkluderar den del av primärvården som ges med kommunen som huvudman). Utredningen ser ändå att måttet kan visa på ett utgångsläge, en förflyttning

över tid och så småningom en alltmer rättvisande bild av primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader på aggregerad nivå.

Utifrån utredningens kommande arbete inför slutbetänkandet, med fördjupning i frågor rörande FoUU och innovation, kan ett mått speglande även de delarna av förflyttningen tillföras.

Att följa färdplanen över tid

Utöver det ovan beskrivna sättet att följa färdplanen ser utredningen även behov av att skapa hållpunkter då samtliga berörda aktörer på såväl nationell som regional och lokal nivå, tar ett större gemensamt grepp om aktuell status för omstruktureringen och får möjlighet att vid behov justera inriktningen på det fortsatta arbetet för att uppnå målbilden. Som även vissa av remissinstanserna till vårt första delbetänkande lyfte så är det naturligt att en plan för en så pass lång tid och med den omfattning som detta handlar om kan komma att behöva revideras efterhand.

Vi föreslår därför att nationella samråd kring genomförandet av färdplanen hålls 2021, 2024 och 2027. Inför dessa nationella samråd bör Vårdanalys ges i uppdrag att presentera en statusrapport utifrån de ovan redovisade storheterna samt underlag från samtliga landsting/regioner och kommuner. Det sätt som föreslås av utredningen vad gäller att följa färdplanens genomförande utesluter naturligtvis inte möjligheten, och behovet, av forskningsaktiviteter relaterade till den föreslagna förändringen av hälso- och sjukvårdssystemet på såväl makro-, meso- som mikronivå.

8.4 Systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Utredningens förslag: Landstingen ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvård till en nationell databas.

Utredningens bedömning: I dagsläget saknar Sverige en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder. Sverige saknar därmed i stor utsträckning solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige.

För att den av regeringen aviserade omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård, som vår utredning har i uppdrag att samordna och stödja, ska komma till stånd bedöms det som avgörande att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå brådskande börjar byggas upp. Utan en sådan saknas möjligheter att på ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård.

8.4.1 Systematisk uppföljning av primärvården: en förutsättning för omstruktureringen

Behovet av systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Att Sverige brådskande börjar bygga upp en nationell systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå bedömer utredningen som en central förutsättning för att den påbörjade omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård, som vår utredning har i uppdrag att samordna och stödja, ska nå sitt mål. Utan en sådan saknas möjligheter att på ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omstruktureringen mot en stärkt primärvård och god och nära vård.

I likhet med Socialstyrelsen, Vårdanalys, SCB och internationella organisationer såsom OECD anser vi att det är problematiskt att Sverige för närvarande i hög grad saknar underlag för statistik och forskning samt systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå. Det faktum att primärvården hitintills inte varit föremål för

riktade statliga satsningar, och de uppföljningar som följer med dessa, förefaller ha lett till att primärvården förblivit något av en blind fläck i den svenska hälso- och sjukvård som i övrigt är mycket väl dokumenterad och uppföljd.

I dag finns såväl internationellt som i Sverige stor samsyn kring behovet av att bygga hälsosystem som har en stark primärvård som sin bas. Detta eftersom det även utifrån dagens begränsade data och uppföljning finns en ökande evidens för att en välfungerande primärvård är associerad med lägre nivåer av undvikbar sluten vård, färre besök på akutmottagningar, bättre hälsoutfall, mer jämlikhet samt långsammare ökningar i kostnaderna för hälso- och sjukvården (jfr avsnitt 2.4). För att vi i Sverige ska kunna använda våra begränsade gemensamma resurser på bästa sätt i den omställning som nu påbörjats, bedömer dock utredningen att det är avgörande att Sverige får en bättre kunskap om den vård som ges inom primärvården, hur den samspelar med övriga delar av hälso- och sjukvården och hur den upplevs av dem den är till för.

Möjliga ansatser

Övergripande kan utredningen i nuläget se två huvudsakliga vägar för att bidra till uppbyggnad av mer systematisk nationell uppföljning av primärvården. Den ena utesluter inte den andra. Oavsett vilken väg man väljer så kommer ett omfattande arbete behöva göras med att införa nationellt fackspråk (enhetliga klassifikationer, termer och begrepp) i primärvården för att kunna säkerställa kvaliteten i den uppföljning som görs. I detta sammanhang kan framhållas att Socialstyrelsen i sin instruktion har regeringens uppdrag att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer samt en ändamålsenlig informationsstruktur inom sitt verksamhetsområde.

En utökning av patientregistret till att omfatta primärvården

Som beskrivits i kapitel 5 gav regeringen i november 2010 Socialstyrelsen ett uppdrag att påbörja ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården. Socialstyrelsen föreslog i sin rapportering av uppdraget att patientregistret (PAR) skulle utökas till att

omfatta även primärvården samt gav förslag på utvecklingsarbete och tidsplan för hur förslaget skulle kunna realiseras. År 2017 fick Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera vissa uppgifter som redovisats i rapporteringen och myndigheten överlämnade i november 2017 promemorian ”kompletterande underlag om nationell datainsamling avseende primärvården”. Sammantaget gör Socialstyrelsen bedömningen att PAR kan utvidgas till att omfatta även primärvården givet att man bedömer att behandlingen är proportionell mot de legitima mål som eftersträvas (se avsnitt 5.3). Socialstyrelsen bedömer att behovet av ett nationellt hälsodataregister inom primärvården är stort. Förutom att man kan följa hela befolkningen vad gäller vårdkonsumtion och medicinsk praxis så kan det tillsammans med data från övriga hälsodataregister, kvalitetsregister och socialtjänstregister användas till kvalitetsuppföljning (inklusive patientens väg genom vården), jämförelser, utvärdering, analys, epidemiologiska studier och forskning.

Utökad rapportering till Väntetidsdatabasen

Som beskrivits i avsnitt 4.2.5 finns sedan 2017 ett arbete på SKL där man tillsammans med landsting/regioner tagit fram en utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet i primärvård, genom utökad rapportering till Väntetidsdatabasen på SKL. Arbetet startade som ett projekt under överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. 2017. Modellen stödjer färdplanen mot en god och nära vård bland annat genom uppföljningen av en förstärkt vårdgaranti. Informationsmängderna som den utökade modellen omfattar är uppdelad i mätpunkter, patientnära information, vårdgivarinformation samt administrativa data och posternas beskrivningar utgår från definitioner i Verksamhetsindelning VI 2000, Socialstyrelsens termbank samt ICD-10-SE, KVÅ. Totalt omfattar modellen 23 olika uppgifter, alla är dock inte obligatoriska.

Syftet med uppföljningen i den nationella väntetidsdatabasen är att ge underlag till verksamhetsutveckling och möjlighet till jämförelser både inom och mellan landsting. Det möjliggör i sin tur utveckling och förbättring av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Resultaten presenteras publikt för medborgarna via vantetider.se och 1177.se.

I dagsläget rapporterar två landsting/regioner enligt den utökade modellen och i flera landsting/regioner pågår förberedelser för att börja använda uppföljningsmodellen. Bland annat inför det förväntade ikraftträdandet av ändringar i vårdgarantin för primärvården, som från och med 1 januari 2019 föreslås omfatta såväl läkare som andra legitimerade yrkesgrupper.[4]

En databas som Väntetidsdatabasen kan dock inte i samma utsträckning som en utökning av patientregistret ge underlag till ändamål såsom kvalitetsuppföljning, utvärdering, analys, epidemiologiska studier och forskning. Indikatorerna kan inte heller kopplas till data i andra register och datakällor.

Utredningens förslag

I dagsläget finns det ej författningsstöd för att personuppgifter från primärvården ska få behandlas i Socialstyrelsens patientregister.[5] Dialog förs mellan Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Socialstyrelsen kring förutsättningarna att utöka patientregistret till att omfatta även primärvården.

Parallellt med detta och som ett kompletterande led i att utveckla en mer systematisk nationell uppföljning av primärvården föreslår utredningen en bestämmelse om att landstingen ska rapportera in vissa uppgifter från utförare inom primärvård till en nationell databas. Detta innebär en ny skyldighet för landstingen. En bestämmelse om detta bör tas in i HSL. De uppgifter som ska omfattas av rapporteringsskyldigheten utgör inte personuppgifter.

I ett första skede föreslås följande information omfattas av rapporteringskrav: kontakttyp, yrkeskategori, och i förekommande fall diagnos och åtgärdskod. Vilka uppgiftskategorier som ska rapporteras och till vilken databas bör regleras i förordning. Socialstyrelsen bör få meddela närmare föreskrifter. De föreslagna uppgifterna ingår i den utvidgade modell för nationell uppföljning av tillgänglighet i primärvård som tagits fram för Väntetidsdatabasen på SKL.

I utredningens fortsatta arbete kommer vi, i enlighet med våra direktiv, att stödja arbetet med utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister samt att överväga behov

[4] SKL, *Tillgänglighet i primärvården.*
[5] Förordning (2001:707), *om patientregister hos Socialstyrelsen*.

av eventuella andra åtgärder för att säkerställa förutsättningar för en adekvat uppföljning av primärvården.

8.5 Överföring av resurser

I utredningens direktiv står att ett av de förslag i Effektiv vård utredningen särskilt ska beakta är överföringen av resurser från sjukhusvård till primärvård. Som vi konstaterade i första delbetänkandet går detta inte att beskriva enbart i ekonomiska termer och överföring av ekonomiska resurser från ett datum till ett annat. Den överföring av resurser som måste ske kommer många gånger att vara primärt i termer av kompetenser för att bedriva verksamhet, utbildning och forskning. Detta kan i sin tur möjliggöras genom t.ex. förändrade regelverk för digitala lösningar för att tillgängliggöra kompetenser till patienter och mellan vårdens medarbetare, tjänstgöring hos flera olika huvudmän/vårdgivare/utförare och översyn av vårdens och omsorgens utbildningar till såväl innehåll som volym. I föreliggande delbetänkande har utredningen genomfört ekonomiska konsekvensanalyser i förhållande till de förslag vi lägger, men vi vill också framhålla det mer generella behovet av överföring av olika slags resurser från den traditionella sjukhusvården till primärvården och den nära vården.

En särskild omständighet i sammanhanget, inte minst när det gäller överföring av ekonomiska resurser, utgörs av det faktum att huvuddelen av finansieringen av hälso- och sjukvården ligger på landsting/regioner och kommuner. Den största möjligheten för överföring av resurser från den traditionella sjukhusorganisationen till primärvården ligger därmed i en omfördelning av landsting/regioners egen budget för hälso- och sjukvården. Vår uppfattning är att en sådan överföring blir en naturlig effekt av den omställning mot en stark primärvård och en nära vård som flertal regioner/landsting är på väg mot, och vi uppfattar det därför ändamålsenligt och viktigt att följa just andelen av den ekonomiska resursen som tillfaller primärvården när genomförandet av färdplanen följs.

En ytterligare aspekt är den utbredda uppfattningen, som utredningen möter i många av sina dialoger, att primärvården i stora delar av landet redan i dag befinner sig i ett underfinansierat läge. Detta

har också belysts i en rapport från Konkurrensverket[6], där verksamheter oavsett driftsform i hög utsträckning beskrev en situation med upplevd underfinansiering. När utredningen nu lägger förslag som tydliggör, men egentligen inte i sak förändrar, primärvårdens uppdrag, blir förstås frågan om möjlighet till insatser för att stärka den redan i dag på många håll upplevda underfinansieringen i primärvården för viktig för att negligera. Inte minst då det av många uppfattas påverka arbetsmiljön på ett så negativt sätt att det också påverkar möjligheten att rekrytera och behålla medarbetare. Ett sätt att hantera detta kan vara via en riktad satsning på primärvården i form av en bredare överenskommelse mellan staten och SKL/huvudmännen. En sådan skulle kunna ge bättre förutsättningar för huvudmännen att planera och genomföra den interna omfördelningen.

Omfördelning av resurser på kortare sikt

Ett flertal av de nu löpande överenskommelserna mellan staten och SKL adresserar delvis primärvården, och innebär en ekonomisk resursförstärkning (jfr avsnitt 4.2.4). Utredningens uppfattning är att en liknande överenskommelse, antingen såsom tidigare mellan staten och SKL, alternativt direkt mellan staten och huvudmännen, skulle kunna göras gällande riktade tillskott för en generell satsning på primärvården. Vid en sådan eventuell överenskommelse är det av vikt att den stöder utvecklingen i enlighet med utredningens förslag på författning såväl som de framgångsfaktorer för utveckling på huvudmanna- och verksamhetsnivå som utredningen har lyft. Vår bedömning är att det i en sådan satsning är särskilt viktigt att poängtera konkurrensneutraliteten, dvs. det bör i överenskommelsen säkerställas att såväl den egendrivna som all övrig offentligt finansierad primärvård omfattas.

Utredningen vill framhålla att en sådan överenskommelse bör ta sikte på *vilka* principiella förändringar som behöver göras för att stimulera omställningen från sjukhustung vård till en nära vård där primärvården är navet i stort är gemensamma för huvudmännen, men *hur* förändringen utformas behöver anpassas till dagens situation i den regionala och lokala kontexten. Överenskommelsen bör vara ett stöd

[6] Konkurrensverket, *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*, 2014.

till tillitsbaserad förändring. En jämförelse kan göras med den s.k. Patientmiljarden, där riktade medel tillförts landsting/regioner bl.a. för egna förberedelser inför införandet av den behovsstyrda och utökade vårdgarantin som föreslogs i utredningens första delbetänkande.

Vår uppfattning är att en sådan överenskommelse med fördel kan kopplas till de föreslagna insatserna för att följa färdplanen.

Omfördelning av resurser på längre sikt

I detta delbetänkande beskriver utredningen kostnaden för att öka antal specialister i allmänmedicin under en längre tidsperiod (jfr avsnitt 10.4.1). I utredningens slutbetänkande har vi för avsikt att på motsvarande sätt beskriva kostnader för utbyggd utbildning av de övriga kompetenser som krävs för att möta framtidens vårdbehov i primärvården.

I vårt slutbetänkande kommer utredningen att presentera vår analys av ändamålsenligheten med definitionerna öppen och sluten vård och eventuella förslag till förändring. I samband med detta kommer också de ekonomiska konsekvenserna att redovisas, då sådana förslag kan förutses påverka omfördelningen av resurser mellan dagens vårdformer.

8.6 Det traditionella sjukhusets roll i framtidens vård

Hur påverkas dagens akutsjukvård?

I detta delbetänkande fokuserar utredningen på förändringar inom primärvården, och framför allt i den del av primärvården för vilken landstingen/regionerna har huvudansvaret. De föreslagna förändringarna kommer, liksom den beslutade koncentrationen av den högspecialiserade vården[7], att på olika sätt påverka den regionala akutsjukvården. Vi är medvetna om det, och återkommer till frågan i utredningens slutbetänkande i samband med översynen av ändamålsenligheten med definitionerna öppen och sluten vård, utöver i de specifika fall som finns omnämnda i konsekvensanalyser av förslagen i föreliggande betänkande.

[7] Proposition 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*.

Utredningens syn är att när ett nationellt utformat uppdrag av primärvården nu föreslås, och en koncentration av den högspecialiserade vården genomförs, får svensk hälso- och sjukvård en tydligare nivåstrukturering i primär, sekundär och tertiär vård. Utredningens bedömning är att en sådan utveckling är väl i linje med de förändringar som genomförs i övriga nordiska länder och även flertalet andra sjukvårdssystem. En sådan förändring kan också vara gynnsam för möjligheten att begripliggöra och kommunicera hur sjukvårdssystemet är uppbyggt till medborgarna. Utredningens uppfattning är att det i sig är en förtroendefråga, och att betydelsen av att kunna göra detta på nationell nivå ökar i takt med att såväl transparensen gällande olika vårderbjudande i olika delar av landet som den geografiska rörligheten för patienter ökar i allt större utsträckning.

Vid flera tillfällen i processen gällande utformningen av den framtida högspecialiserade vården har frågan om konsekvenser för den regionala akutsjukvården lyfts. I samband med att riksdagen antog propositionen uppmanade den även regeringen att tillsätta en parlamentarisk utredning för att klarlägga förutsättningarna för en ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan staten och de nuvarande huvudmännen. I det påbörjade arbetet gällande den högspecialiserade vården vid Socialstyrelsen finns i arbetsprocessen för sakkunniggrupperna ett uppdrag att i samband med de förslag till koncentration som föreslås inom respektive område också värdera konsekvenserna för den akuta regionala vården.[8]

Frågan adresseras också i Socialstyrelsens rapport Traumavård vid allvarlig händelse[9], där även krisberedskap och det katastrofmedicinska perspektivet tas upp.

Det har från professionernas sida vid flera tillfällen lyfts farhågor om att när vård flyttas från de traditionella sjukhusmiljöerna görs detta utan hänsyn till behovet av tillräckliga patientvolymer för att upprätthålla god kvalitet, utbildning och forskning, och att den medicinska kvalitet som svensk hälso- och sjukvård uppvisar därmed kan hotas av olika initiativ till utflytt av vård.

[8] Socialstyrelsen. *Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård – Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess*, 2017.
[9] Socialstyrelsen, *Traumavård vid allvarlig händelse*, 2015.

Det är en ofta refererad uppgift att svensk hälso- och sjukvård har få vårdplatser i sjukhusmiljö i jämförelse med andra hälso- och sjukvårdssystem, och att det påverkar såväl kvalitet och patientsäkerhet som arbetsmiljö på ett negativt sätt, till följd av överbeläggningar och utlokaliserade patienter[10]. Farhågor har lyfts att en satsning på första linjens sjukvård och primärvården ytterligare skulle påverka vårdplatsantalet på ett negativt sätt till följd av omfördelade resurser. Det har lyfts i dialog med utredningen att just den traditionella fokuseringen på akutsjukhusen delvis skulle kunna ligga bakom de svenska framgångarna gällande till exempel förhållandevis låg antibiotikaanvändning, gott genomslag för ordnat införande av vissa nya metoder och behandlingar eller hanteringen av strålsäkerhet i samband med röntgen.

Utredningens uppfattning är att den omstrukturering av sjukvårdssystemet till en hälso- och sjukvård där första linjens sjukvård har en starkare roll än i dag, inte får ske på bekostnad av kvaliteten inom den akuta sjukvården. Utredningen delar uppfattningen att när omstruktureringen genomförs på såväl statlig som huvudmannanivå måste vederbörliga konsekvensanalyser göras av hur akutsjukvården påverkas avseende inte minst möjligheten att upprätthålla jourlinjer, en ändamålsenlig balans mellan akut och elektiv verksamhet, och forskning- och utbildningsfrågor.

När vårdplatsfrågan ska belysas behöver bättre system utvecklas för att beskriva rätt kompetensförsörjda vårdplatser i rätt del av systemet. En förändrad vårdplatsstruktur, där fler individer vårdas på annan plats än akutsjukhuset, är enligt utredningens uppfattning möjlig och många gånger önskvärd, men förändringen måste göras strukturerat, med god planering och rimligt tidsatt, till en väl informerad befolkning – inte ske till följd av brist på vissa personalgrupper eller huvudsakligen utifrån ekonomiska perspektiv. Exempel på sådana förändringar finns i olika delar av världen, där det ”Hospital-at-home”-koncept som utvecklats vid Johns Hopkins School of Medicine and Public Health är ett av de mer omtalade[11]. Exempel finns också i svensk kontext på hur dygnet-runt-vård kan bedrivas framgångsrikt i större utsträckning utanför akutsjukhuset eller till och med i hemmet om goda förutsättningar för det skapas.[12]

[10] SKL, *Ingen på sjukhus i onödan*, 2016.
[11] Hospital at home, *About Hospital at Home*.
[12] Landstinget i Kalmar. *Om hemsjukhuset i Borgholm*. 2017-12-22.

Utredningens målsättning är ett hälso- och sjukvårdssystem som är väl sammanhängande, begripligt för medborgarna och utgående från varje persons individuella behov. Det betyder att traditionella organisatoriska gränser kommer att luckras upp och att nya sätt att organisera sammanhållna vårdsystem kommer att växa fram utifrån olika regionala och lokala behov och förutsättningar. I detta kommer samverkan och samarbete mellan det som traditionellt är olika vårdformer och vårdgrenar att behöva utvecklas. Det som i dag inom vården är ”vi” och ”de” kommer att behöva vara ett ”vi som tar hand om patienten tillsammans”. Sättet att tala om olika vårdgrenar och vårdorganisationer kommer att behöva förändras. Respekt, kunskap och förtroende för varandras olika kompetenser kommer att behöva stärkas. Akutsjukhusens roll kommer att finnas kvar, inte minst när det gäller akuta kirurgiska insatser, intensivvård, traumakirurgi och katastrofmedicinskt omhändertagande, men sjukhusens roll kommer att förändras i enlighet med behoven i befolkningen och utvecklingen av övrig hälso- och sjukvård och omsorg.

Allt utifrån målsättningen att säkerställa förutsättningar att ge rätt vård, vid rätt tidpunkt och på rätt plats i ett tydligt nivåstrukturerat system, och alltid utifrån medicinskt prioriterade behov.

8.7 Konsekvensanalys

Förslag till förändrad målbild och färdplan

Utredningens förslag att fördjupa målbild och färdplan bedöms underlätta en fortsatt samstämmighet och effektiv förflyttning av hälso- och sjukvårdssystemet i den eftersträvade riktningen. Inte minst behovet av att synliggöra de kommunala delarna i målbild och färdplan har lyfts av olika aktörer. Då utredningen erhöll tilläggsdirektiv inom detta område efter överlämnandet av det första delbetänkandet, och därmed efter presentationen av den första versionen av målbild och färdplan uppfattar vi det som av vikt för det fortsatta inkluderande arbetet med kommunala verksamheter att detta också synliggörs i målbild och färdplan. En inkluderande målbild och färdplan bedöms vara av stor vikt och underlätta för alla aktörer att på sin respektive nivå och i sina respektive organisationer fortsätta arbetet med den gemensamma omstruktureringen.

Förslaget till förändrad målbild och färdplan innebär inte i sig några nya ytterligare kostnader för stat, landsting, kommun eller privata vårdgivare.

Förslag att följa färdplanen

Utredningens förslag att följa fyra olika storheter, valda ur olika perspektiv, årligen, ger samtliga aktörer en möjlighet till gemensam dialog och reflektion över omstruktureringen. Dessa storheter är valda utifrån redan inrapporterade data, och ska därmed inte medföra någon ökad administrativ börda.

Vårdanalys föreslås få ett övergripande uppdrag att bistå med underlag för att ge möjlighet att följa omställningen mot en god och nära vård. Detta förändrar inte statliga myndigheters eller andra aktörers roll i uppföljande och tillsynande delar.

Vidare föreslås nationella samråd kring genomförandet av färdplanen vid tre tillfällen fram t.o.m. 2027. Dessa bör samla representanter från kommunal, landstings/region och statlig nivå för att stämma av status för genomförandet och vid behov föreslå justeringar i inriktningen.

Dessa samråd kommer under färdplanens avgränsade genomförandetid att medföra vissa kostnader för staten såsom sammankallande och arrangör av dessa samråd. Beroende på hur man väljer att utforma dem bedöms kostnaden per möte hamna mellan 4 och 5 miljoner kronor. Denna kostnad föreslås finansieras genom UO9, ap 1:6, Bidrag till folkhälsa och sjukvård. Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården.

Förslagen bedöms tillsammans möjliggöra en fortsatt samordnad utveckling för en god och nära vård. Det är viktigt för den fortsatta samsynen att gemensamma underlag för diskussion finns tillgängliga såväl med viss regelbundenhet, men också inför större samlingar där inriktningen på hela färdplanen belyses. Det är naturligt, och har också lyfts av flera aktörer, att en så omfattande omställning över så lång tid kan behöva justeras under den pågående förändringen. De

föreslagna samråden ger en möjlighet till en sådan justering med bibehållen hög inkludering av samtliga aktörer. Vetskapen om att sådana samråd kommer att hållas bedöms öka motivationen hos olika aktörer att delta på det aktiva sätt som behövs för att förändringen ska komma till stånd. En vetskap om möjligheten att få ta upp och diskutera såväl framgångsfaktorer som svårigheter under resans gång förväntas öka motivationen, modet och viljan hos olika aktörer att delta med sin respektive del i förändringsarbetet.

Förslag om rapporteringskrav

Förslaget att landstingen ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvård till en nationell databas innebär ett nytt åliggande för landsting/regioner och innebär därmed ett visst intrång i det kommunala självstyret. Att skapa förutsättningar för att på en nationell nivå kunna följa upp primärvården bedöms dock som nödvändigt för att få en bättre kunskap om den vård som ges inom primärvården, hur den samspelar med övriga delar av hälso- och sjukvården, hur den upplevs av dem den är till för och därigenom slutligen kunna tillhandahålla en bättre och mer likvärdig vård i hela landet.

Eftersom det redan finns en befintlig databas, under SKL, som är redo att ta emot den efterfrågade rapporteringen (dit samtliga landsting redan i dag rapporterar andra uppgifter, och vissa landsting även de här föreslagna uppgifterna) bedömer utredningen att det inte innebär några fasta ökade kostnader för landstingen. Däremot kan det för vissa landsting förekomma vissa initiala kostnader, för att anpassa sina system och i största möjliga utsträckning genomföra automatisk och inte manuell inrapportering av data. Detta är dock ett arbete av engångskaraktär. Vi menar att målsättningen måste vara att den administrativa bördan inte ska öka. Vår bedömning utifrån den genomförda analysen är att konsekvenserna av en utökad rapportering är möjliga att hantera på ett sådant sätt.

En del av detta förberedande arbete bedöms dock redan vara under genomförande i landsting/regioner givet de krav på utökad rapportering som följer av att vårdgarantin i primärvården fr.o.m. den 1 januari 2019 utökas till att omfatta samtliga legitimerade yrkesgrupper. I överenskommelsen om en patientmiljard för 2018 var också hälften av

medlen öronmärkta för just insatser för att införa förstärkt vårdgaranti. På motsvarande sätt skulle förberedelsearbete för en utökad rapportering enligt föreliggande förslag kunna inkluderas i en framtida överenskommelse mellan SKL och regeringen.

Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet. Förslagen bedöms inte heller få några konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Förslagen bedöms vara i överensstämmelse med EU-rätten.

9 En stark primärvård som utgångspunkt för ökad närhet till patienten

9.1 Definitionen av primärvård behöver moderniseras

Utredningens förslag: Det ska framgå av definitionen att primärvården ska svara för behovet av sådan medicinsk bedömning och behandling, förebyggande arbete, omvårdnad och rehabilitering som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Syftet med ändringen är att tydligt markera att primärvården är första vårdnivån och dit individer i första hand ska vända sig med sina hälso- och sjukvårdsbehov.

Skälen för utredningens förslag

Avgränsningen av primärvårdsbegreppet

Effektiv vård anser att tidigare beskrivning av primärvården i 1982 års HSL är för bred och otydlig. Effektiv vård föreslår att primärvårdens uppdrag bl.a. avgränsas genom att det anges att det är första vårdnivån och att den ska ta hand om de allra flesta vårdbehov. Efter Effektiv vårds förslag har 2017 års HSL trätt i kraft. I 2 kap. 6 § 2017 års HSL finns numera en definition av primärvården som utgår från synen på primärvård internationellt. Vår utredning måste i våra överväganden ta utgångspunkt i hur regleringen i 2017 års HSL är utformad. Endast delar av tidigare kritik om otydlighet i beskrivningen av primärvården är därför i nuläget aktuell. Att primärvården

inom sitt uppdrag ska omhänderta de allra flesta vårdbehov har i 2017 års HSL kommit till uttryck som att primärvården ska svara för grundläggande behov av hälso- och sjukvård.

Effektiv vård anser att uttrycket grundläggande i nuvarande reglering ger intryck av att vara synonymt med enkla och okomplicerade insatser, och förordar i stället uttrycket ”de allra flesta vårdbehov”. Vår uppfattning, som får stöd av tidigare förarbeten, är att nuvarande uttryck snarare tar sikte på vanligt förekommande vårdbehov, såväl enkla som komplexa. Med en sådan tolkning ska primärvården svara för de allra flesta vårdbehov. Ett så brett uppdrag kräver flera olika generalistkompetenser. Sällsynta eller sällan förekommande vårdbehov som kräver högre specialisering inom ett visst mer avgränsat specialistområde omfattas däremot inte (jfr t.ex. regeringens proposition 2017/18:40 En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården). Enligt utredningens mening är uttrycket ”de allra flesta vårdbehov” i sig dessutom rättsligt sett otydligare än uttrycket grundläggande. Vår utredning anser därför att det inte är nödvändigt att ändra definitionen i det avseendet.

Mot bakgrund av att många under lång tid har tolkat beskrivningen av primärvård på ett annat sätt har vi även övervägt om det är nödvändigt att avgränsa primärvården i förhållande till annan vård på nuvarande sätt. Utredningen har landat i att uttrycket grundläggande inte är nödvändigt för att avgränsa primärvårdsbegreppet. Vi föreslår därför att uttrycket grundläggande stryks i definitionen utan att ersättas med något annat uttryck.

Av förarbeten till HSL framgår att avsikten är att primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet och ta om hand de allra flesta vårdbehov. Ett sådant uppdrag är långt ifrån enkelt. Det krävs gedigen och bred kompetens för att fullgöra det. Att lagtekniskt avgränsa ett sådant brett uppdrag utan att begränsa det till sjukdomar, ålder eller patientgrupper och samtidigt vara stringent är inte heller helt enkelt. Att ange exakta gränser för vårdens organisering är inte heller ändamålsenligt. Det behövs beredskap för flexibilitet för att primärvården snabbt ska kunna möta förändrade eller nya behov inom hälso- och sjukvården. Detta bör prägla primärvårdens arbetssätt. Av samma skäl är det viktigt med kontinuerlig fortbildning för personalen.

Omfattningen av primärvårdens uppdrag har diskuterats av utredningar och regeringar i decennier. Uppdraget har aldrig beskrivits

på ett sådant sätt att det ger stöd för att gränsen för primärvårdens uppdrag ska dras mellan enkla, okomplicerade insatser å ena sidan och kvalificerad vård å andra sidan. Definitionen har dock av en del tolkats på ett så begränsande sätt. Avsikten med regleringen framgår däremot tydligt av förarbeten. För att tydliggöra att primärvården inte enbart ska svara för enkla åtgärder föreslår vi att ordet grundläggande stryks i definitionen. Vi bedömer att det är tillräckligt att primärvårdens uppdrag avgränsas genom att uppdraget tar sikte på vård som inte är avgränsad till vissa sjukdomstillstånd, vissa patientgrupper eller vissa ålderskategorier. Avsikten är dock inte att göra någon förändring i sak i vad som är primärvårdens uppdrag enligt nuvarande definition.

Primärvårdens definition bör moderniseras

Utredningen föreslår att definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL ändras för att tydligare återspegla den omstrukturering av vården som redan pågår (jfr regeringens proposition 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti).

Av nuvarande definition följer att primärvården ska svara för sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande och rehabiliterande arbete som inte av medicinska, tekniska eller andra särskilda kompetensskäl måste utföras på sjukhus. Uppdraget gäller utan avgränsning av sjukdomar och omfattar alltså både somatisk och psykisk hälso- och sjukvård. Som ovan nämnts föreslår utredningen att begreppet grundläggande stryks i definitionen. Skälet till det är att ordet inte bedöms vara nödvändigt för att avgränsa primärvården i förhållande till annan vård. Utredningen har även övervägt om det är nödvändigt att behålla beskrivningen av primärvårdens innehåll. Det finns nämligen en generell risk att en uppräkning exkluderar något. Beskrivningen av primärvård har funnits i lagstiftningen sedan mitten på 1990-talet. Som tidigare nämnts har HSL nyligen setts över och det ansågs då finnas skäl att föra över beskrivningen av primärvård i den nya lagen. Utredningen har inte fått uppfattningen att beskrivningen i den delen hittills har upplevts på ett begränsande sätt. Vår utredning har inte för avsikt att ändra defini-

tionen av vilken vård som är primärvården. Vi anser att det för tydlighetens skull finns behov av att nuvarande uppräkning behålls i definitionen.

Nuvarande definition har ett sjukhusperspektiv som inte ligger i linje med den inriktning som hälso- och sjukvårdssystemet successivt är på väg mot. I praktiken har sjukhusbyggnaden ofta kommit att avgöra var gränsen går mellan primärvården och annan specialiserad vård. Som utredningen redogjort för tidigare i betänkandet flyttar en del av den vård som inte behöver utföras på ett sjukhus ut och fullgörs på andra platser. För att stödja den pågående omstruktureringen bör gränsdragningen inte kopplas till sjukhusbyggnaden. En mer ändamålsenlig gränsdragning mellan primärvård och annan specialiserad vård bör enligt vår mening enbart ta utgångspunkt i om vården kräver generalist- eller annan specialistkompetens inom olika professioner. Förutom kvalitetsskäl kan även effektivitetsskäl medföra att vården bör koncentreras och ges utanför primärvården. Det bör därför tydliggöras att det avgörande är om det av kvalitets- eller effektivitetsskäl finns behov av annan medicinsk kompetens än den allmänmedicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Uttrycket annan särskild kompetens tar enligt utredningens mening sikte på t.ex. om viss teknisk utrustning kräver särskild kompetens som inte finns i primärvården eller om det krävs ett sådant sammansatt kompetensteam av yrkeskategorier som inte finns tillgängliga i primärvården. Kriterierna för gränsdragningen mellan primärvård och övrig vård bör tydligare framgå av definitionen av primärvård.

Utgångspunkten ska vara att vård i första hand ges inom primärvården. Av ordet primärvård följer att det är första vårdnivån. Om patientens behov av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kan omhändertas där, ska primärvården i förekommande fall samordna patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården, så att patienten får hela sitt vårdbehov tillgodosett på ett sammanhängande sätt. Målet är att nå en sömlös vård som utgår ifrån patientens behov, inte hur hälso- och sjukvården har organiserat sig.

Som ovan nämnts är primärvårdens grunduppdrag på intet sätt enkelt eller okomplicerat. Den avgörande gränsen för uppdraget är snarare om ett hälsotillstånd är vanligt förekommande eller mer ovanligt. Det krävs en viss volym för att man ska få tillräcklig kompetens för att bedöma och behandla olika hälsotillstånd. Det finns

också behov av att samla viss specialistkompetens eller medicinsk utrustning av kvalitets- och effektivitetsskäl. Primärvården kan därför inte förväntas ta ansvar för ovanliga tillstånd, även om de är till synes enkla. På motsvarande sätt är primärvården väl lämpad för att ta hand om vanligt förekommande tillstånd, även om de är mycket komplexa. Den tekniska och medicinska utvecklingen går hela tiden framåt. Gränssnitten inom hälso- och sjukvårdssystemet är därför inte konstanta. Det innebär att primärvård likt andra begrepp inom hälso- och sjukvården är ett dynamiskt begrepp som förändras över tid. En del av det som en gång betraktades som komplicerat och endast kunde utföras av ett mindre antal läkare kan i dag, exempelvis till följd av nya och utvecklade läkemedelsbehandlingar, fullgöras av en generalist. Annat som tidigare behövde utföras som sluten vård på ett sjukhus kan numera utföras i öppen vård (jfr prop. 2017/18:40 s. 10).

Primärvården ska därför på motsvarande sätt som i dag stå för en bred kompetens som kan tillgodose den enskilda individens allra flesta vårdbehov. Det innebär att även primärvård definieras utifrån sitt medicinska innehåll, nämligen generalistens breda kompetens. Sådan primärvårdskompetens innefattar såväl en kompetens att göra en första bedömning av alla slags tillstånd som att bedöma och behandla flertalet vanliga tillstånd och att bedöma och handlägga medicinskt oförklarliga symptom (jfr prop. 2017/18:40 s. 10).

Primärvården kännetecknas av att verksamheten är beroende av flera olika generalistkompetenser som samverkar kring patienten. Det är naturligt att den allmänmedicinska kompetensen är central inom primärvården. Samtidigt krävs det en mängd andra generalistkompetenser för att klara ett så omfattande grunduppdrag. Det innebär att även för övriga professioner i primärvården är generalistkompetens nödvändig för att inte skapa onödiga stuprör. De flesta andra specialistkompetenser inom läkarprofessionen kommer därför även i fortsättning att huvudsakligen finnas utanför primärvården. Framför allt i den växande övriga öppna vården. Viss sådan vård kan däremot utföras i nära samverkan med primärvården. Ur ett resursperspektiv är det inte alltid självklart att all medicinteknisk utrustning ska finnas tillgänglig inom primärvården. Viss utrustning kan vara så kostsam att det inte är försvarbart även om kompetens finns att hantera sådan utrustning där. Den medicintekniska utrustning som behövs för att behandla vanligt förekommande sjukdomar eller

skador behöver sällan koncentreras för att uppnå en effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser. I de fall ett sådant behov finns kan det ske på olika sätt. Det avgörande är inte längre om viss specialistkompetens eller medicinteknisk utrustning koncentreras till en viss typ av byggnad. För att gränsdragningen ska bli mer flexibel bör därför kopplingen till sjukhusbyggnaden i definitionen strykas.

Medicinsk bedömning ska göras

Utredningen föreslår även att definitionen av primärvård anpassas till den utvidgade medicinska bedömningsgarantin som föreslås för vårdgarantin i prop. 2017/18:83.

För att primärvården ska klara uppdraget och verkligen vara första linjens sjukvård krävs flera olika kompetenser och ett interprofessionellt arbetssätt. Detta bör framgå tydligare av definitionen genom att där ange att primärvården även ska svara för medicinska bedömningar. På så sätt anpassas definitionen även till regleringen av vårdgarantin inom primärvården. Den medicinska bedömningen kan göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har tillräcklig kompetens för att bedöma patientens hälsotillstånd (se prop. 2017/18:83 s. 47).

9.2 Nationellt utformat grunduppdrag för primärvården

9.2.1 Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas

Utredningens förslag: Primärvårdens grunduppdrag ska regleras i förordning.

Skälen för utredningens förslag

Det behövs en tydligare reglering

Effektiv vård föreslår att primärvårdens uppdrag regleras i HSL i syfte att skapa en mer jämlik vård över hela landet. Förslaget om hur ett sådant uppdrag kan regleras utgår från 1982 års HSL som endast

innehöll en beskrivning av primärvård. Sedan Effektiv vård lämnade sitt betänkande har som tidigare nämnts 2017 års HSL trätt i kraft. I 2017 års HSL har tidigare beskrivning ersatts med en definition av primärvård.

Våra överväganden och förslag om primärvårdens grunduppdrag och hur regleringen bör utformas kommer därför utgå från Effektiv vårds förslag, men anpassas till den nya HSL och de överväganden som vår utredning gör i övrigt.

Under decennier har det från politiskt håll framhållits att det finns en relativt samstämmig bild av vilka verksamheter som ska ingå i primärvården och ges på första vårdnivån. I samband med att vårdval för primärvården infördes, avstod regeringen ifrån att fastslå ett nationellt uppdrag för primärvården men anförde samtidigt att landstingen, utifrån behovet av likvärdig behandling i hela landet, borde samverka för att skapa en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Regeringen framhöll även att den fortsatt skulle överväga behovet av att i författning fastställa ett nationellt grunduppdrag för primärvården. Om det skulle visa sig att de krav som landstingen ställer i vårdvalssystemen motverkar etablering eller leder till allt för stora skillnader i villkoren för de vårdgivare som vill etablera verksamhet eller för patienterna som ska välja vårdgivare, avsåg regeringen att ta initiativ till att i författning fastställa ett nationellt grunduppdrag för primärvården (se regeringens proposition 2008/98:74, Vårdval i primärvården, s. 33). Både utredningens och Socialstyrelsens kartläggning och Riksrevisionens granskning visar att det fortfarande finns skillnader som inte kan motiveras med regionala eller lokala behov. Synen på primärvårdens uppdrag i kommun och landsting/regioner verkar därmed fortsatt variera.

Flera aktörer inom hälso- och sjukvården, både myndigheter, fackförbund och andra organisationer, efterfrågar en ökad nationell styrning av primärvården. Vår utredning kan konstatera att den regionala samordning av primärvårdens uppdrag som regeringen förväntade sig av landstingen har uteblivit. Vid fullgörandet av vårt uppdrag har utredningen mötts av en i stort sett samstämmig bild av att det krävs en ökad nationell styrning för att alla ska få en jämlik vård i hela landet. Primärvården svarar redan i dag för i princip alla delar av det uppdrag som omfattas av utredningens förslag. Att primärvårdens grunduppdrag tydligare framgår av en nationell reglering medför också att det blir tydligare hur hälso- och sjukvårdens resurser

bör disponeras. En reglering bidrar även till ett tydligare gränssnitt i förhållande till andra delar av hälso- och sjukvården. Detta förväntas skapa bättre förutsättningar för individen att veta var man i första hand ska söka vård samt för hälso- och sjukvården att i samverkan ge vård utifrån den enskildes behov, förutsättningar och preferenser.

Genom att tydliggöra primärvårdens nationella grunduppdrag kan staten lättare tydliggöra primärvårdens inriktning för att möta befolkningens behov och önskemål. Motsvarande överväganden har nyligen gjorts för den högspecialiserade vården liksom för apoteksmarknaden (jfr regeringens proposition 2017/18:157 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden, s. 56 och prop. 2017/18:83 s. 40). Vi delar därför Effektiv vårds bedömning att det behövs en starkare och mer enhetlig styrning på strukturnivå i hälso- och sjukvården för att åstadkomma en förändring av primärvården. Vi anser därför att det finns behov av ökad nationell styrning av primärvården för att åstadkomma en god och nära vård i hela landet.

En sådan reglering kan inte vara uttömmande. Vårt förslag innebär därför en reglering av vad som minst ska erbjudas inom primärvården i samtliga landsting/regioner och kommuner. Inget hindrar att huvudmännen därutöver inkluderar fler hälso- och sjukvårdstjänster och kompetenser än de som utredningen anser är nödvändiga för att fullgöra primärvårdens grunduppdrag. På så sätt stödjer vårt förslag en dynamisk och flexibel hälso- och sjukvårdsstruktur samtidigt som det beaktar den kommunala självstyrelsen och bidrar till en mer jämlik primärvård med patienten i centrum. Avseende begreppet grunduppdrag noterar utredningen även att regeringen nyligen föreslagit att öppenvårdsapotekens grunduppdrag regleras.

En reglering bör tas in i förordning

Ett nationellt grunduppdrag för primärvården kan i princip regleras i lag, förordning eller föreskrifter.

Inledningsvis anser vi att det finns behov av både en övergripande definition av vad som är primärvård som vårdnivå och en närmare reglering av vilka grunduppgifter som ankommer på primärvården att fullgöra inom kommun respektive landsting/region. Definitionen av primärvård fyller enligt vår mening en viktig funktion genom att den klargör gränsdragningen mellan primärvård och annan vård. Den

relativt nya definitionen av primärvård anger den yttre ramen för vad som är primärvårdens uppdrag i hälso- och sjukvårdssystemet. Genom bestämmelsens placering i 2017 års HSL samt dess utformning följer att primärvård är en vårdnivå som befolkningen kan möta hos såväl offentliga som privata utförare finansierad av landsting och kommun eller hos privata vårdgivare, utanför det offentligt finansierade systemet.

Därutöver anser vi att grunduppdraget för primärvård som landsting och kommun ansvarar för bör förtydligas. Vår utgångspunkt är därför att primärvårdens grunduppdrag ska regleras särskilt. Frågan är var en sådan reglering ska placeras. Nya åligganden ska som huvudregel regleras i lag. Det finns däremot inga konstitutionella hinder för lagstiftaren att delegera en uppgift till regering eller den myndighet som regeringen bestämmer.

Primärvårdens roll som första vårdnivå är så central i hälso- och sjukvårdssystemet att dess närmare uppgifter enligt utredningens mening bör anges på en relativt hög normnivå. Mot den bakgrunden anser vi att frågan inte bör regleras på myndighetsnivå, vilket annars skulle motsvara vad Utredningen om vårdval i primärvården övervägde (se SOU 2008:37). Frågan är därför om regleringen bör finnas i lag eller förordning. Utredningen har inte för avsikt att föreslå några nya skyldigheter för kommun, landsting/region utan endast att förtydliga vad som redan i dag får anses ankomma på huvudmännen i syfte att nå en mer enhetlig och jämlik primärvård i hela landet. Förslaget speglar alltså snarare det som lagstiftaren avsett under lång tid men som inte har uppfyllts. Även en närmare reglering av befintliga skyldigheter kan uppfattas som ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Det kan därför vara naturligt att först överväga om regleringen bör tas in i lag. En naturlig plats för en reglering skulle i så fall vara i HSL. Enligt utredningen bör normnivån i detta fall styras av nuvarande rättsliga struktur. Som nämnts tidigare är HSL en målinriktad ramlag. Ett syfte med den senaste översynen av lagen var också att minska detaljregleringen. Lagens struktur skiljer även på de olika huvudmännens ansvarsområden. Den närmare regleringen av primärvårdens grunduppdrag bör enligt utredningens mening gälla oavsett regi, men endast primärvård som är offentligt finansierad av kommun och landsting/region. Det innebär att reglerna ska gälla inom ramen för båda huvudmännens ansvarsområden. Enligt utredningens bedömning finns det därför ingen naturlig plats för en

bestämmelse om primärvårdens grunduppdrag i HSL:s nya struktur. Givet att primärvården som vårdnivå har såväl landsting/region som kommun som huvudman skulle bestämmelser om ett uppdrag behöva tas in bägge de kapitel som reglerar huvudmännens ansvar. Vi anser även att regleringens detaljnivå medför att bestämmelserna inte bör finnas i en ramlag. Även att det för närvarande finns bestämmelser om den högspecialiserade vården i hälso- och sjukvårdsförordningen (HSF) talar för att primärvårdens grunduppdrag bör regleras i anslutning till den regleringen. Grundläggande bestämmelser om nationell högspecialiserad vård kommer även fortsättningsvis att utgå ifrån en reglering på förordningsnivå, som sedan får konkretiseras av Socialstyrelsen (se 2 kap. HSF). För att inte störa HSL:s struktur anser vi därför att närmare bestämmelser om primärvårdens grunduppdrag ska regleras på förordningsnivå. Att regeringen nyligen föreslagit att öppenvårdsapotekens grunduppdrag ska regleras i lag ändrar inte utredningens bedömning. Till skillnad från hälso- och sjukvårdsområdet är apotekslagstiftningen redan i dag reglerad på en högre detaljeringsnivå varför en sådan lösning får anses mer naturlig på det området.

Den av utredningen valda författningslösningen förutsätter att bemyndigande från riksdag till regering tas in i HSL. Med ett väl avgränsat bemyndigande till regeringen bedömer utredningen att intrånget i det kommunala självstyret kan avgränsas till bestämmelser om primärvårdens grunduppdrag.

En intresseavvägning i förhållande till det kommunala självstyret

En närmare reglering av vilket grunduppdrag som ankommer på primärvården att svara för innebär ett visst intrång i det kommunala självstyret. Enligt grundlag får ett sådant intrång inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett det. Med grunduppdrag avser utredningen en övergripande beskrivning av vad primärvården särskilt ska svara för. Det ska även noteras att varken riksdag eller regering får göra mer intrång i den kommunala självstyrelsen än vad som är nödvändigt för att uppnå ändamålet som föranleder en reglering. Det innebär att det måste finnas utrymme

för lokala och regionala anpassningar där det är motiverat. En reglering bör därför inte vara uttömmande. Enligt praxis har regeringen därför sedan länge varit restriktiva att reglera sådana frågor.

En reglering måste därför utformas så att en välavvägd balans uppnås mellan å ena sidan intresset av tillgång till en god och nära vård i hela landet och å andra sidan intresset av att vården kan anpassas till lokala förutsättningar. Enligt utredningen är dessa intressen i aktuellt fall egentligen inte motstridiga.

Det är rimligt att utgå ifrån att alla har samma behov av grundläggande hälso- och sjukvård oavsett var de bor i landet. Alla föds, lever och dör. Varje enskild individ behöver inte använda alla delar av vården under sin livstid. Men överallt i landet finns ett samlat behov av alla hälso- och sjukvårdens delar. Det finns därför ingen anledning för primärvårdens grundläggande utbud att variera. Utredningens kartläggning visar att primärvården i stora drag har samma innehåll i hela landet, men att det finns lokala avvikelser. Alla skillnader kan inte förklaras med hänvisning till att lokala förutsättningar är annorlunda. Eftersom primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet ska invånare kunna förvänta sig samma grunderbjudande av primärvården i varje landsting och kommun.

Utredningen anser att det finns behov av att lyfta fram vissa delar av primärvårdens grunduppdrag som inte tydligt framgår av definitionen i HSL, men som följer av primärvårdens roll som första vårdnivå. Det behövs för att stödja att hälso- och sjukvården utvecklas med patientens behov, förutsättningar och preferenser i centrum. Det gäller framför allt primärvårdens samordningsansvar i hälso- och sjukvårdssystemet och uppgiften att bedriva forskning.

Förebyggande arbete utgör en grundläggande del i ett basuppdrag. Hur omfattande det arbetet bör vara är däremot inte en självklarhet i alla landsting i dag. Primärvårdens uppdrag för förebyggande och rehabiliterande åtgärder behöver därför förtydligas. Primärvårdens ansvar för att ta om hand brådskande vårdbehov som kan hanteras inom primärvården behöver också förtydligas.

Vilka grundläggande förutsättningar som krävs för att kunna fullgöra ett brett grunduppdrag påverkas inte heller av geografiska förhållanden. Kraven som invånare ställer på kompetens och tillgänglighet i primärvården kommer i princip vara samma i alla landsting. För att säkerställa att primärvården har samma förutsättningar att

vara första vårdnivån i hela landet är det därför nödvändigt att även reglera grundläggande krav på primärvårdens tillgänglighet.

Hur vården utformas kan däremot behöva anpassas till regionala och lokala förhållanden, såsom avstånd, demografi och epidemiologi. En god och nära vård kan t.ex. ges i form av mobila team, genom vård i hemmet, digitalt eller på en traditionell hälso-/vårdcentral, allt utifrån patientens behov. Utredningens förslag har därför utformats så att det finns utrymme för regional anpassning och lokala lösningar. Vår avsikt är att skapa en organisations-, metod- och teknikneutral reglering. Utredningens ambition är framför allt att förtydliga vad som förväntas av primärvården och de grundläggande krav som är nödvändiga att uppfylla för att fullgöra ett sådant grunduppdrag. I möjligaste mån har utredningen försökt undvika att reglera hur uppdraget ska fullgöras. Den närmare utformningen av primärvården överlämnas alltså fortfarande till kommuner, landsting/region men även vårdens medarbetare och patienter. Utredningen föreslår därför en reglering på övergripande och mer principiell nivå. Förslaget påverkas inte heller av i vilken driftsform grunduppdraget fullgörs. På så sätt uppnås enligt vår mening en välavvägd balans mellan statlig styrning och det kommunala självstyret.

9.2.2 Vilka behov ska mötas?

Utredningens förslag: I primärvården ska tillhandahållas de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att svara för det behov av hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens.

Skälen för utredningens förslag

Det behövs bred kompetens

Primärvårdens grunduppdrag är komplext och mångfacetterat. För att fullgöra uppdraget krävs därför flera olika yrkeskompetenser.

Den allmänmedicinska specialistkompetensen är central, men även andra specialistkompetenser med generalistkompetens inom en viss åldersgrupp, såsom geriatrik och barn- och ungdomsmedicin, kan

bidra till att uppfylla primärvårdens grunduppdrag. En god tillgång till läkarkompetens är nödvändig om patienter i större utsträckning än i dag ska få möjlighet att få en fast läkarkontakt inom primärvården.

Även läkare med andra specialiteter kan bidra i primärvården, men då mer i en konsultativ roll. Sådan verksamhet kan antingen ske på hälso-/vårdcentralen eller genom organiserat samarbete med en extern aktör.

En medicinsk bedömning och medicinsk behandling kan dessutom göras av flera legitimerade yrkesgrupper. Även för andra yrkesgrupper än läkare bör generalistkompetens eftersträvas för att inte skapa organisatoriska stuprör inom primärvården och inom en enskild vårdcentral.

Distriktssköterskor har en central roll i primärvården utifrån sitt breda kompetensområde. Detta innefattar såväl preventiva som rådgivande, stödjande och behandlande insatser för patienter i alla åldrar. Distriktssköterskans kompetens är nödvändig i hela primärvården, oavsett om den drivs av landstingen eller kommunerna. Sjuksköterska med specifik utbildning inom t.ex. astma/KOL, diabetes, hjärtsvikt eller demens kan arbeta självständigt inom ramen för sitt specifika kompetensområde.

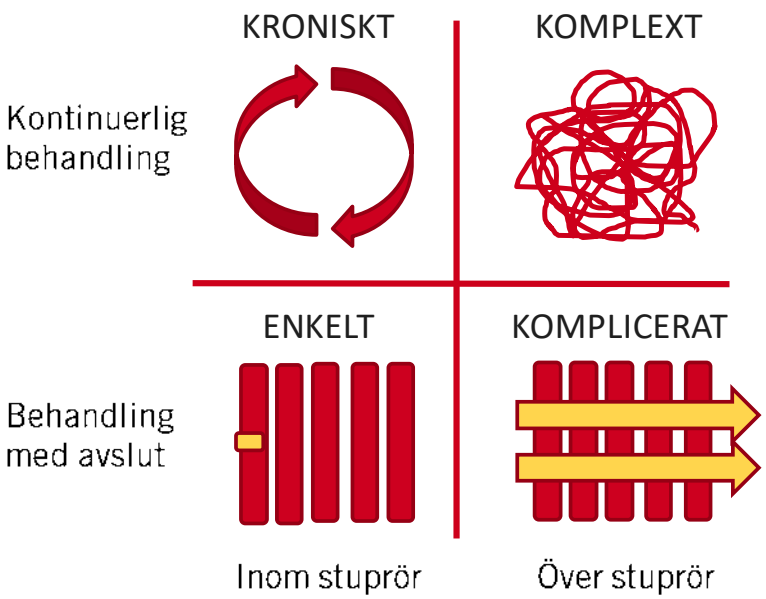
Vid framför allt vården av äldre kan det finnas behov av farmaceuter som stöd vid läkemedelsgenomgångar. Undersköterskor fyller viktiga roller i såväl vården av äldre som andra delar av primärvården. För att kunna arbeta mer med förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser behövs förutom distriktssköterskor tillgång till arbetsterapeuter, dietister och fysioterapeuter. För att möta behoven hos den växande gruppen patienter med psykisk ohälsa krävs tillgång till hälso- och sjukvårdskuratorer och psykologer. I en primärvård som ska ges utan avgränsning till ålder behövs även tillgång till barnmorskor och barnsjuksköterskor inom barnhälsovård, ungdomsmottagningar och mödrahälsovård. Utöver dessa kompetenser kan, beroende på utveckling av t.ex. ny teknik och nya arbetssätt, nya professioner behövas i en framtida primärvård för att uppdraget ska kunna fullgöras.

Olika behov ska mötas

Primärvården ska kunna möta en stor mängd patienter med skiftande behov, preferenser och förutsättningar. Samtidigt blir primärvårdens uppdrag alltmer komplext. För att underlätta en omstrukturering av vården har modeller tagits fram i syfte att gruppera patienter utifrån olika typer av behov. Utredningen vill särskilt lyfta fram de arbeten som gjorts av Leading Healthcare[1] och SKL:s arbete inom ramen för Flippenprojektet.

Den akademiska tankesmedjan Leading Healthcare har tagit fram en modell för att beskriva olika behovsgrupper i hälso- och sjukvården, se figur 9.1.

Figur 9.1 Målgruppsanpassad vård



Källa: Leading Healthcare (LHC).

[1] Leading Healthcare. *Working paper 2016:1*, 2016.

Enkelt

Patienten kan botas vid en vårdepisod och inom en vårdenhet. Efter behandling och uppföljning är patienten färdigbehandlad och inga fler vårdkontakter behövs tills nästa behov uppstår. Patienterna gynnas av en lättillgänglig primärvård. Här befinner sig majoriteten av befolkningen när de kommer i kontakt med vården. Antalet personer är stort, kostnaden per åtgärd relativt liten. Aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga.

Exempel: akuta infektioner, mindre trauman, bedömning av godartade hudförändringar.

Komplicerat

Patienten har tillstånd som kan botas, men behov finns av flera vårdgivare/utförare.

Utförarna kan vara inom primärvården eller omfatta den specialiserade vården och vara av medicinsk akut eller icke akut karaktär. Kännetecknas av att den som först bedömer patienten behöver hjälp i den vidare handläggningen. Ibland, men inte alltid, kommer patienten sedan tillbaka till den person som gjorde den första bedömningen. Även här är tillgänglighet ofta viktigare än kontinuitet, dessutom är korta ledtider mellan vårdprocessens olika delar av vikt.

Exempel: akut buksmärta, bröstsmärta, trauma, utredning som involverar flera vårdgivare.

Kroniskt

Livslång process, där målet är att undvika försämring i livskvalitet. Vanliga kroniska sjukdomar, så kallade folksjukdomar ingår i primärvårdens uppdrag. Andra, mer ovanliga sjukdomar tas om hand på specialistklinik. Här är kontinuitet ofta viktigare än tillgänglighet, ofta behövs kontinuitet till ett helt team, t.ex. läkare, diabetessköterska, fysioterapeut, dietist för patient med diabetes. Ibland behöver annan specialistkompetens kopplas in, t.ex. vid fotsår. Patientens roll i sin egen vård blir central.

Exempel: KOL, hjärtsvikt, diabetes, osteoporos, artros.

Komplext

Livslångt tillstånd, flera sjukdomar, flera vårdgivare. Patienter med flera olika tillstånd, ofta kroniska, men ibland av mer akut karaktär. Ofta sköra patienter eller patienter med flerfunktionshinder, men även patienter med sällsynta diagnoser. Kännetecknas av kontinuerlig kontakt med flera vårdgivare, ofta mer än en huvudman och av stort behov av samordning. Gruppen är relativt liten (cirka 3 procent), men mycket resurskrävande (50 procent av vårdkostnaderna). Här är kontinuitet och samordning viktig, inte bara mellan patient och vårdgivare utan även mellan olika vårdgivare för att kunna arbeta interprofessionellt tillsammans med patienten. Stort behov av individuella lösningar och vårdprogram och riktlinjer saknas ofta eller krockar med varandra vid flera samtidiga sjukdomstillstånd.

Exempel: äldre med många sjukdomar, psykisk ohälsa med samtidig social problematik, flerfunktionshinder, patienter som omfattas av LSS.

Det är viktigt att påpeka att en och samma individ kan befinna sig i och/eller röra sig mellan de olika fälten. Så kan t.ex. en äldre, multisjuk patient som normalt befinner sig i fältet Komplex, vid t.ex. en höftfraktur, tas om hand i ett komplicerat förlopp, eller vid en enklare urinvägsinfektion tas om hand i ett enkelt förlopp, som kan ligga vid sidan av den vanliga vården som rör sig kring patientens komplexa behov.

Utöver dessa grupper finns särskilda grupper där främst preventiva insatser behövs, t.ex. barnhälsovård och mödrahälsovård.

Flippen i primärvården

Patienters behov utgår inte bara från vilken/vilka sjukdomstillstånd man har och vilka krav på tillgänglighet, kontinuitet och samordning dessa ställer. Man kan också se på patienters behov utifrån personliga behov, egenskaper och beteenden. SKL har inom ramen för projekt Flippen i primärvården[2] undersökt olika behov och beteenden bland den svenska befolkningen och delat in i fyra grupper:

[2] SKL, *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården.*

1. **Självständiga och engagerade**
   Gruppen har en stark egen vilja och tilltro till sin egen förmåga. De kan, vill och tycker om att ta hand om sig själva. När de söker vård är de väl förberedda och vill vara djupt involverade i sin egen vård.

2. **Oroliga och engagerade**
   Gruppen är handlingskraftig och vill ta stort ansvar för sin egen hälsa. De saknar dock grundläggande trygghet och oroar sig för sin hälsa – både i nuet och i framtiden. I kontakt med vården är de relationssökande. Oron kan leda till att de snabbt kontaktar vården när de har problem med hälsan, men också att de väntar för länge.

3. **Traditionella och obrydda**
   Gruppen har ett mer distanserat förhållande till sin egen hälsa. De oroar sig inte särskilt mycket för framtida hälsoproblem. De väntar länge med att kontakta vården, kopplat till ett förtroende för sjukvården och att livet är som det är. De tycker om att känna sig informerade och involverade men lämnar gärna över besluten till vårdpersonalen.

4. **Sårbara och oroliga**
   En liten men tydlig grupp som av olika orsaker har en svagare position i samhället, vilket leder till en känsla av hopplöshet och att inte kunna påverka sin situation. De känner att de inte har kontroll över sin egen hälsa och tror ofta att de inte kommer att bli lyssnade på i kontakten med sjukvården. Behöver ofta ett handfast och personligt stöd för att kunna navigera rätt i vårdsystemet för att minska risken för många besök på akutmottagningen.

Sammantaget visar dessa båda modeller att primärvården behöver kunna organisera sig på olika sätt utifrån olika patientgruppers behov, både utifrån sjukdomsbehov som utifrån personliga förutsättningar.

Hur bör regleringen av vilka kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som ingår i primärvårdens uppdrag utformas?

En fråga är om det bör framgå tydligare av en reglering vilka kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som ska ingå i primärvården. Det område som primärvården ska svara för framgår på en övergripande nivå av definitionen i HSL. Som redogörs för i avsnitt 9.1 och 12.1 innebär det i princip att primärvården ska ta hand om de allra flesta vårdbehov. Mot bakgrund av den blandade bild som trots allt finns om vad som är primärvårdens grunduppdrag skulle en närmare reglering av vilka kompetenser eller hälso- och sjukvårdstjänster som uppdraget kräver innebära ett välgörande förtydligande. Förutom att en sådan reglering innebär ett större ingrepp i den kommunala självstyrelsen är den även lagtekniskt svår. Det är inte heller lätt att avgränsa en sådan uppräkning för ett brett primärvårdsuppdrag utan att riskera att styra utformningen av vården mer än nödvändigt.

En möjlighet är att i förordning ange de generalistkompetenser som finns inom legitimerade yrkesgrupper och som framför allt är nödvändiga för primärvården. En sådan uppräkning kan däremot inte bli tillräckligt specifik för att lyfta fram vilka särskilda kompetenser som faktiskt krävs. Det är inte heller möjligt att göra en uttömmande uppräkning om primärvårdsbegreppet ska förbli dynamiskt. Det finns dessutom kompetenser som behövs men som i dag saknar en enhetlig benämning. Dessa är därför svåra att fånga in i en uppräkning.

En annan möjlighet är att ange vilka hälso- och sjukvårdstjänster som ska ingå i primärvården. Risken finns att en sådan uppräkning inte heller blir tillräckligt flexibel i förhållande till hälso- och sjukvårdens utveckling. Den bygger även på hur vården organiseras, vilket inte stämmer med den inriktning hälso- och sjukvården är på väg mot. En sådan uppräkning talar dessutom inte heller tydligt om vilka specifika kompetenser som behövs. Utredningen bedömer därför att en detaljerad uppräkning inte utgör en ändamålsenlig reglering. För att inte riskera att styra utformningen av vården mer än nödvändigt med hänsyn till det intrång en sådan uppräkning innebär i den kommunala självstyrelsen har utredningen stannat vid att det på förordningsnivå bör anges att primärvården ska tillhandahålla de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att svara mot

behov av hälso- och sjukvård som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens. Avgränsningen av vilka kompetenser och tjänster som avses kommer avgöras av den yttre gränsdragningen i definitionen av primärvård i HSL. En sådan formulering är avsedd att omfatta alla de generalistkompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att kunna ta om hand alla vanliga, men inte nödvändigtvis enkla, hälso- och sjukvårdsbehov. I avsnitt 9.3.1 redogörs för utredningens förslag att tydliggöra landstingets skyldighet att säkerställa att utförare inom landstingens Vårdval primärvård ensam eller tillsammans med andra ska tillhandahålla de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.

Riktad primärvård bör inte införas

Effektiv vård har föreslagit att primärvården ska organiseras i form av allmän och riktad primärvård där den riktade primärvården ska fullgöra primärvårdens uppdrag för äldre med omfattande behov. Förslaget innebär också att den riktade primärvården inte ska omfattas av lagen om vårdval. Vi anser inte att det finns skäl att lämna ett sådant förslag.

Gruppen ”äldre med omfattande behov” är inte en homogen grupp, utan en enskild patient kan över tid och beroende på livssituation gå in och ut ur gruppen. Det skulle riskera en otydlighet, där patienten i värsta fall skulle behöva byta vårdgivare när man går i eller ur den riktade primärvården. Detta skulle minska personkontinuiteten för en av de patientgrupper där kontinuiteten är som allra viktigast. Utredningen anser också att en av primärvårdens styrkor är att den kan ge vård utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. En uppdelning i allmän och riktad primärvård riskerar att bidra till en ytterligare fragmentisering av vården. Vi anser att vårt förslag om ett förtydligande av primärvårdens samordnande roll, se avsnitt 9.2.5, möter samordningsbehoven hos dessa patienter. Utredningen har för avsikt att, i sitt arbete med att utreda hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas, särskilt utreda hur behoven hos såväl äldre med omfattande behov som andra med stora behov av samordning bäst kan mötas.

9.2.3 Tillgängligheten i primärvården ska motsvara befolkningens behov

Utredningens förslag: Primärvården ska svara för sådan brådskande hälso- och sjukvård som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens.

Primärvården ska organiseras så att tillgängligheten gällande de insatser som omfattas av uppdraget är mycket god.

Skälen för utredningens förslag

Tillgängligheten måste vara mycket god

För att klara av att möta framtidens behov och vara det naturliga förstahandsvalet för befolkningen är det centralt att primärvården har en mycket god tillgänglighet till de insatser som omfattas av uppdraget. Primärvården behöver därför ta ett större ansvar för att fullgöra även brådskande hälso- och sjukvårdsinsatser som kan hanteras på primärvårdsnivå. Detta bör därmed ingå i primärvårdens grunduppdrag och lyftas fram i en reglering.

Med brådskande insatser avser utredningen insatser som behöver göras senast inom 24 timmar, i vissa fall snabbare, och som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl måste utföras på ett akutsjukhus. För att primärvården ska klara det krävs en bättre tillgänglighet jämfört med vad som är vanligt i dag.

Effektiv vård har föreslagit att landstingens primärvård ska vara tillgänglig under dygnets alla timmar. Vi har uppfattningen att primärvården redan i dag har ett uppdrag som kräver att den är tillgänglig i den omfattning som är nödvändig för att kunna fullgöra det uppdraget på ett fullgott sätt. Det innebär att delar av primärvårdens tjänster behöver vara tillgängliga hela dygnet, fysiskt eller digitalt, men inte alla tjänster.

Utredningen anser att utgångspunkten måste vara att tillgängligheten till primärvården framför allt är god under den tiden på dygnet när befolkningen är som mest aktiv. Det är under den aktiva tiden som vårdbehov uppstår eller upptäcks. Tillgängligheten under den tiden bör anpassas till olika typer av vårdbehov. Enligt HSL ska den

som har det största behovet alltid ges företräde till vård. Primärvårdsverksamhet måste därför utformas på ett sådant sätt att brådskande vårdbehov kan omhändertas under den tiden då primärvården förväntas vara tillgänglig. Det är rimligt att utgå ifrån att de flesta vårdbehov som bör hanteras i primärvården uppstår eller upptäcks mellan cirka kl. 7 och kl. 22 när befolkningen är som mest aktiv. De vårdbehov som uppstår på natten och kräver omedelbar bedömning och åtgärd är sannolikt sådana att de behöver omhändertas på ett akutsjukhus. Övriga vårdbehov bedöms kunna hanteras under primärvårdens öppettider nästa dag. Det förutsätter att det då går att få tillgång till relevanta enheter. Primärvården behöver dock även i fortsättningen fullgöra vissa delar av sitt uppdrag nattetid, såsom bedömningar i särskilda boenden, konstaterande av dödsfall och utfärdande av vårdintyg.

De flesta vårdbehov, även brådskande, kan däremot tas om hand på eller i nära anslutning till kontorstid. Under denna tid kan och bör även den allra största delen av planerad verksamhet ske, såväl i kommunernas som i landstingens primärvård och såväl på vårdenhet som vård i hemmet. Att samordna olika resurser under ett mindre antal timmar per dygn är mest resurseffektivt. För att en mottagning eller rehabiliteringsenhet ska fungera effektivt behöver flera kompetenser vara på plats samtidigt. En del vårdcentraler stänger i dag sin mottagning redan kl. 16. Om det därefter finns ett tidsglapp tills en anslutande jourmottagning öppnar så blir tillgängligheten till primärvården enligt utredningens mening alltför begränsad. Det är också viktigt att kommunens sjuksköterskor kan nå läkare dygnet runt utan några tidsglapp. Om tillgången till primärvården ska vara mycket god bör invånare vid behov även kunna få planerade besökstider under något längre tid än vad som är vanligt i dag. Här kan t.ex. noteras att vissa tandläkarmottagningar har planerad mottagningstid fram till kl. 19. En liknande ordning kan behöva övervägas även för vissa primärvårdsenheter. Senare på kvällen och på helger behöver i första hand vårdbehov som ur vårdsynpunkt är medicinskt brådskande mötas. Det kan då vara tillräckligt att jourmottagningar som är gemensamma för ett antal utförare är tillgängliga. Exakt hur tillgången och tillgängligheten till primärvården ska utformas behöver anpassas efter invånarnas behov och önskemål och lokala och regionala förutsättningar.

Brådskande hälso- och sjukvårdsinsatser

Vissa vårdbehov som också ryms i primärvårdens uppdrag, är så medicinskt brådskande att de inte kan anstå till nästa vardag. Vård måste därför kunna ges även under kvällar och helger. De flesta som i dag söker sig till primärvårdens jourcentraler eller motsvarande med öppettider kvällar och helger, söker för infektioner, mindre trauman/sårskador, nytillkomna buksmärtor och liknande. Utredningen anser att primärvården behöver organiseras på ett sådant sätt att den kan möta dessa behov även på kvällar och helger.

Jouruppdraget under kvällar och helger kan göras i samverkan mellan utförare. Genom samverkan med sjukhusens akutmottagningar underlättas att patienter får rätt vård på rätt plats.

Några delar av primärvårdens uppdrag behöver vara tillgängligt dygnet runt, veckans alla dagar, såsom vård av patienter som får kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt eller i särskilt boende. För dessa behöver tillgång till framför allt sjuksköterska och läkare i primärvården säkras både kvällar, nätter och helger. Ansvarig sjuksköterska i kommunen behöver snabbt kunna göra en bedömning och vid behov kunna komma i kontakt med en läkare per telefon. Om behov finns ska man också kunna få en läkarbedömning i boendet, helst inom två timmar. En sådan insats kan medverka till minskad onödig vård på akutmottagning eller vårdavdelning. Primärvården behöver även dygnet runt kunna utfärda vårdintyg och konstatera dödsfall. Dygnet-runt-uppdraget kan utföras via beredskapsjourlinjer eller på annat sätt.

Behov av rådgivning, även gällande vårdnivå, nattetid kan mötas via nationell rådgivningstjänst, i dag 1177, eller av annan aktör.

Hur bör regleringen om primärvårdens uppdrag avseende brådskande hälso- och sjukvårdsinsatser utformas?

För att tydliggöra vad som förväntas av primärvården föreslår vi att tillgängligheten till primärvården regleras som en del av grunduppdraget.

Effektiv vård har föreslagit att primärvården ska ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus. Vår utredning anser att det av en reglering bör framgå på ett annat sätt att primärvårdens s.k. akutuppdrag är något annat än det som akutsjukhusen

ansvarar för. Utformningen bör även ta hänsyn till den pågående omstruktureringen inom hälso- och sjukvården.

Den akutvård som akutsjukhusen svarar för benämns i nuvarande regleringar som ett omedelbart vårdbehov som inte kan anstå. Någon närmare gräns för vad som är akut går inte att ange men det är vården, inte patienten, som drar gränsen. Den som svarar för vården får göra en bedömning i varje enskilt fall om vårdbehovet kan anstå eller inte (se regeringens proposition 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 119). För att skilja den akuta vård som primärvården kan fullgöra från annan akutvård väljer utredningen att använda begreppet brådskande vårdbehov i stället för uttrycket omedelbart. Vad som är brådskande vårdbehov får avgöras av vården utifrån medicinsk prioritering. Den yttre ramen för primärvårdens akuta uppdrag styrs av primärvårdens definition. Det är naturligt att akuta livshotande hälsotillstånd omhändertas vid akutsjukhusen.

Inte heller i detta fall går att dra någon exakt gräns för vilken vård som är så brådskande att den inte kan anstå. Den som svarar för vården får utifrån kvalitets- och effektivitetsskäl avgöra om vårdbehovet kan tillgodoses inom primärvården eller om den måste utföras på ett akutsjukhus.

Utredningen föreslår därför att det av en nationell reglering framgår att primärvården ska svara för brådskande hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens. Regleringen är avsedd att bidra till att tydliggöra omfattningen av det uppdrag som primärvården har redan i dag.

Hur bör kravet på ökad tillgänglighet regleras?

Landsting/regioner och kommuner bär ansvaret för att planera och organisera sin primärvård. Utredningen anser att frågan om ökad tillgänglighet till primärvården är så central att det i en särskild bestämmelse bör anges att primärvården ska organiseras så att tillgängligheten är mycket god.

Effektiv vård har föreslagit att primärvården ska vara lätt tillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar. Att primärvården ska vara lätt tillgänglig följer redan av andra bestämmelser i HSL. Vi anser därför att det inte bör upprepas på förordningsnivå.

Med tillgänglighet avser utredningen mer än väntetider som regleras av vårdgarantin. Den tillgänglighet som enligt utredningen därutöver måste vara mycket god är öppettider hos olika typer av mottagningar, närvaron vid hemsjukvård i ordinärt eller särskilt boende och att vården kan tillhandahållas på olika sätt utifrån patientens behov, förutsättningar och preferenser. Det är naturligt att tillgängligheten varierar mellan olika delar av uppdraget och mellan vårdformer.

Som nämnts ovan bör primärvården vara som mest tillgänglig under den tiden då befolkningen är som mest aktiv. Samtidigt finns vissa delar av primärvården som måste kunna tillhandahållas under hela dygnet, såsom t.ex. hemsjukvård och konstaterande av dödsfall. Enligt vår mening behöver en reglering utformas på ett flexibelt sätt för att möjliggöra verksamhetsmässiga och lokala anpassningar. Utredningen anser därför att det är olämpligt att på förordningsnivå reglera exakta öppettider för primärvården. Öppettider kan behöva anpassas till lokala förhållanden. Det kan även tänkas att behoven kan variera mellan olika delar av primärvården. Ett annat skäl som talar mot en sådan reglering är att en god tillgänglighet inte endast är kopplad till öppettider. Det finns även en skyldighet enligt HSL att organisera offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet på ett kostnadseffektivt sätt. Vi föreslår därför att det förtydligas att tillgänglighet till primärvården förväntas vara mycket god.

Effektiv vård har föreslagit att det ska regleras i HSL att primärvården är befolkningens första kontakt med vården. Vår bedömning är att det inte genom reglering går att styra vart befolkningen vänder sig i första hand. Enligt vår mening är det en god tillgänglighet som styr om primärvården i praktiken blir första vårdnivån. *Att* primärvården är avsedd att vara första vårdnivån är sedan länge intentionen i lagen, och framgår redan av namnet. Vår utredning går därför inte vidare med förslaget om att i författning uttryckligen ange att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården.

Det bör inte införas ett remisskrav

Effektiv vård har föreslagit att det ska krävas remiss från primärvården för akut hälso- och sjukvård på sjukhus. Vi anser inte att det finns skäl att lämna ett sådant förslag.

Under förutsättning att tillgängligheten till primärvården ökar och patienter där möts av rätt kompetens för att ta om hand deras behov så kommer befolkningen söka sig dit för sådana brådskande vårdinsatser som inte är livshotande. Lika självklart måste det vara att enskilda med livshotande tillstånd själv eller efter rådgivning av 1177 kan söka en akutmottagning. Att införa ett obligatoriskt krav på remiss för vård på akutsjukhus skulle bidra till en ökad och omotiverad administrativ börda för primärvårdens medarbetare.

Personer som trots det söker sig till akutmottagning, med behov som kan tas om hand av primärvården, bör efter initial bedömning kunna hänvisas till vårdcentral, primärvårdens jourmottagning eller, nattetid, till primärvården dagen efter.

9.2.4 Primärvårdens stödjande uppdrag

Utredningens förslag: Primärvården ska ge sakkunnig information, rådgivning och stöd utifrån individuella behov, förutsättningar och preferenser till patienter som själv eller med hjälp av närstående kan vidta åtgärder.

Skälen för utredningens förslag: Det ingår redan i dag i primärvårdens uppdrag att ge råd och stöd till patienter om vilka åtgärder de själva eller med hjälp av närstående kan vidta för att lindra symtom eller behandla enklare hälso- och sjukdomstillstånd. Behovet av råd och stöd till patienter och deras närstående som själva kan och vill vidta åtgärder för att lindra symtom, behandla sjukdomstillstånd och förbättra hälsotillstånd kommer att öka i framtiden. Som basen i hälso- och sjukvårdssystemet är det naturligt att primärvården fullgör en omfattande del av hälso- och sjukvårdens rådgivande och stödjande uppgifter. Av den anledningen finns det skäl att i en nationell reglering särskilt lyfta fram primärvårdens rådgivande och stödjande uppdrag.

Om primärvården svarar för sjukvårdsrådgivningen skapas förutsättningar för en kostnadseffektiv användning av samhällets resurser. Ett nationellt reglerat uppdrag tydliggör även behovet av en god tillgänglighet för rådgivning när vårdcentralen normalt är stängd. 1177, både via web, telefon och e-tjänster kan fylla en del av denna funktion.

De råd och stöd som avses syftar till att patienterna ska kunna genomföra det som i folkmun benämns egenvård. Enklare förkylning, influensa eller användning av receptfria läkemedel och liknande kan patienten ofta ta hand om på egen hand utan några vårdinsatser från hälso- och sjukvården. Redan i dag bidrar 1177, apotek och vårdcentraler m.fl. på olika nivåer i hälsosystemet till sådant stöd. För att möjliggöra en effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser är det centralt att befolkningen ännu lättare kan få tillgång till råd och stöd under alla tider på dygnet.

Genom en utveckling av de tjänster som 1177 erbjuder via telefon och webbplats skulle en stor del av befolkningens behov av sådan rådgivning kunna mötas, inklusive s.k. egentriagering via formulär. Utredningen anser att det är angeläget att nödvändig samordning mellan SKL/Inera, huvudmännen och den statliga nivån för att säkerställa att en sådan utveckling snabbt kommer till stånd. Det finns också skäl att på ett tydligare sätt informera befolkningen om de tjänster 1177 tillhandahåller då många ännu inte känner till vad som erbjuds.[3]

Enklare egenvård behöver skiljas från patientens medverkan i avancerad vård som regleras i HSL. Den medicinska och tekniska utvecklingen går starkt framåt. I framtiden kommer patienter i allt större utsträckning kunna medverka och själv ta om hand allt mer komplicerade symtom och sjukdomstillstånd. Patienten kommer då successivt ha ett ökat behov av information, rådgivning och stöd om hur hen ska hantera information om sitt hälsotillstånd i olika situationer. För information och råd om patientens medverkan till vård enligt särskilt beslut ansvarar den som har det medicinska ansvaret för åtgärden (jfr avsnitt 5.1.4).

9.2.5 Primärvårdens samordnande roll

Utredningens förslag: Primärvården ska samordna patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård.

[3] SKL, *Hälso- och sjukvårdsbarometern*, 2017.

Skälen för utredningens förslag

Primärvårdens samordnande roll

För patienter med behov av vård från flera delar av hälso- och sjukvården behöver vården samordnas på ett bättre sätt än i dag. För att koordineringen ska fungera på ett smidigt sätt för berörda patienter är hög kontinuitet och god tillgänglighet viktiga förutsättningar.

Utgångspunkten bör vara att en patients fasta läkarkontakt i primärvården ansvarar för samordning av de medicinska åtgärderna i patientens vård. Här kan även ingå att samordna patientens kontakter med andra specialiserade delar av vården. I vissa fall kan det dock vara lämpligare att samordningsansvaret fullgörs av en fast vårdkontakt i primärvården eller någon annanstans inom hälso- och sjukvården. Det medicinska ansvaret finns alltid hos den läkare eller annan profession som ordinerat en viss åtgärd. Detta gäller oavsett om åtgärden beslutas i primärvården eller i den övriga vården, och är inte kopplad till nyss nämnda samordningsansvar.

I de flesta fall räcker denna samordning. För vissa patienter med komplexa vårdbehov och/eller nedsatt autonomi finns även behov av en fast vårdkontakt i primärvården av mer stödjande och/eller administrativ karaktär. Det kan t.ex. röra sig om en äldre multisjuk patient, en patient med svår kronisk sjukdom eller en person med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. I dessa fall är ofta många aktörer involverade, t.ex. öppen vård hos flera aktörer inklusive primärvården, kommunens hemsjukvård och rehabilitering, LSS-handläggare, Försäkringskassan m.fl. och behovet av hjälp med koordineringen är stort. I de fall primärvården är involverad i patientens vård är det naturligt att det är primärvården som på ett övergripande plan svarar för att denna samordning kommer till stånd. I samband med utskrivning från sluten vård ska, när en enhet i den öppna landstingsvården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande, verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. Detta ska ske innan patienten skrivs ut från den slutna vården.[4] Det utesluter dock inte att patienten även kan ha fasta vårdkontakter i andra delar av hälso- och sjukvården. Varje patients behov, förutsättningar och preferenser bör påverka hur vården organiseras runt patienten. Om patienten har flera vårdkontakter får de tillsammans

[4] Lag (2017:612) *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*, 2 kap. 3 §.

ta ansvar för att patientens vård samordnas på bästa sätt. Exakt hur samordningen ska gå till går inte att ange i en författning. Det måste avgöras av de vårdkontakter som är involverad i det enskilda fallet (jfr regeringens proposition 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård).

Primärvården ska ha ett övergripande samordningsansvar som ”spindeln i nätet” i patientens vård i de fall primärvården är involverad i för patientens utredning och behandling. Det gäller även för patienter som inte har valt en fast läkarkontakt eller som inte behöver eller vill ha en fast vårdkontakt i lagens bemärkelse. Det samordnande uppdraget får i dessa fall fullgöras av den profession som bäst kan möta den enskildes behov. Var i primärvården samordningsfunktionen finns bör anpassas till patientens behov, förutsättningar och preferenser. Att primärvården särskilt ska svara för samordningen av vården runt patienten bör uttryckligen framgå av regleringen av primärvårdens grunduppdrag.

Samordning i andra delar av vården

I de fall primärvården är involverad i patientens vård är det naturligt att det är primärvården som har det övergripande ansvaret för att denna samordning kommer till stånd. För att det ska fungera i praktiken behöver även övriga delar av hälso- och sjukvården aktivt medverka i samordningen av patientens vård. En bättre samordning skapar förutsättningar för att kunna bedöma hela patientens sjukdomstillstånd och undvika att patienter faller mellan stolar.

I de fall eller skeden av vårdförlopp då primärvården inte är involverad i patientens vård kan koordinering ske från annan del av vården. Om koordineringsbehovet är omfattande kan t.ex. en fast vårdkontakt utses någon annanstans inom hälso- och sjukvården. Ett sådant behov kan t.ex. finnas för patienter med endast en kronisk sjukdom, t.ex. Parkinsons sjukdom, som sköts på specialistklinik och där varken landstingets primärvård eller kommunen är involverad i patientens vård, men där koordineringsbehov ändå finns. Fast vårdkontakt kan finnas i alla delar av hälso- och sjukvården. Dess roll ska anpassas efter patientens behov av kompetens. Var den fasta vårdkontakten bör finnas får avgöras efter vad som är lämpligt i varje enskilt fall.

Informationsdelning

För att kunna svara för en samordnande roll är det nödvändigt att primärvården har tillgång till information och personuppgifter om den aktuella patienten. Om det finns anledning att anta att primärvården inom ramen för dess samordningsansvar kommer att behöva följa upp patientens fortsatta vårdbehov behöver patientens fasta läkarkontakt och/eller fasta vårdkontakt/er få tillgång till uppgifter om vård som getts hos andra vårdenheter. Det är möjligt enligt nuvarande regelverk under förutsättning att vården utförs av samma vårdgivare och patienten samtycker till det (se 4 kap. 1 och 4 §§ jfr med 3 kap. 1 § PDL). När information delas mellan olika vårdgivare måste vissa ytterligare förutsättningar vara uppfyllda (se 6 kap. 1 § och 3–4 §§ PDL). Utredningen anser att hälso- och sjukvården bör arbeta mer aktivt med informationshanteringsfrågor, dels med hänsyn till den nya dataskyddsförordningen, dels för att utnyttja de möjligheter till informationsutbyte som redan följer av PDL. I andra delar av hälso- och sjukvården kan vårdpersonal t.ex. arbeta mer aktivt med att fråga patienten om hen samtycker till att primärvården får tillgång till uppgifter om patientens aktuella hälsotillstånd i de fall det kan förutses att primärvården kommer att bli involverad i patientens vård i ett senare skede. Om primärvården t.ex. kan behöva svara för vårdens uppföljning eller rehabiliterande insatser efter en operation, bör patientens samtycke till sådan behandling av personuppgifter inhämtas efter att patienten fått information om vad denna behandling innebär.

Ansvar för samordningen

Landsting/regioner och kommuner ansvarar för att planera och organisera sin hälso- och sjukvård. I det ansvaret bör ingå att skapa förutsättningar för att vården kan samordnas så att patientens vårdbehov kan tillgodoses på ett sammanhängande sätt.

I dag är bristen på samordning ett av hälso- och sjukvårdens stora problem.[5] Många patienter och närstående[6] vittnar om att de får lägga mycket tid och kraft på att koordinera vårdens olika insatser

[5] Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, 2016.
[6] Ahrnell, Britt-Marie, *Vem tar ansvar för min mans cancer?*, 2013-06-13.

och att vårdens aktörer påfallande ofta är okunniga om patientens sjukhistoria. Utredningen anser att det är angeläget att huvudmännen skapar förutsättningar för att samordna olika delar av hälso- och sjukvården så att patientens hela hälsotillstånd kan bedömas och behandlas. Att landstinget har ett sådant ansvar följer delvis av en ny bestämmelse i 7 kap. 2 a § HSL om att landstingen ska organisera hälso- och sjukvården så att den kan ges nära befolkningen (prop. 2017/18:83 s. 46). Utredningen anser att det i detta ansvar ligger såväl ett ansvar för att skapa en ändamålsenlig organisation som för att vårdens utförare har det verksamhetsstöd, ändamålsenligt it-stöd samt de ekonomiska resurser och kompetenser inom t.ex. diagnostik, behandling och rehabilitering som behövs för att samordning ska vara möjlig på ett resurseffektivt sätt. Primärvården ska enligt utredningens förslag stå för den samordnande funktionen i de fall primärvården är involverad i patientens vård. I en framtida primärvård bör annan specialistkompetens kunna involveras genom konsultation via primärvården både med och utan patienten i rummet. Landstingen behöver därför organisera hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att kompetensen kommer fler till del, även de som bor långt ifrån ett sjukhus. På så sätt kan även övrig vård ges nära patienten.

9.2.6 Utbildning och forskning inom primärvårdens område

Utredningens förslag: Det ska bedrivas forskning i primärvården.

Utredningens bedömning: Landstingen bör ställa krav på att utförare i primärvård ska bidra vid genomförande av utbildning såväl på grundnivå som avancerad nivå.

Skälen för utredningens förslag

Verksamhetsförlagd utbildning och vidareutbildning

Det är stor vikt att alla utförare, såväl inom kommunernas som landstingens primärvård, upplåter utbildningsplatser för studenter inom utbildning på såväl grundnivå som avancerad nivå av samtliga i primärvården förekommande professioner. Detta för att säkerställa framtida kompetensförsörjning inom primärvården och för att alla

blivande medarbetare i vården ska få en förståelse för primärvårdens uppdrag. När tyngdpunkten för vården förflyttas från sjukhus till primärvård och den nära vården inklusive hemsjukvård måste det speglas även i utbildningarnas innehåll.

Utredningen vill särskilt lyfta fram möjligheten att använda primärvården för sidotjänstgöring under specialistutbildning inom läkarspecialiteter med nära samarbete med primärvården. Detta för att skapa förståelse för hela sjukvårdssystemet, men också för att primärvården tar hand om en stor del av patienter med tillstånd som även till del tas om hand inom andra specialiteter, såsom internmedicin, geriatrik, infektionssjukdomar, psykiatri och barn- och ungdomsmedicin.

Landstingen har möjlighet att även ställa krav på att utförare i primärvården ska bidra vid genomförande av utbildning såväl på grundnivå som avancerad nivå, även utan att det finns ett rättsligt reglerat krav på det i det nationella uppdraget. Till skillnad från när det gäller forskning är huvudmännens ansvar för utbildning inte närmare reglerat i HSL. Det är utredningens uppfattning att frågan om utbildningsuppdraget bör ses över i ett lämpligt sammanhang. I samband med det bör även detta ingå som en del av primärvårdens grunduppdrag.

Forskning

Det ankommer i dag på landsting/region och kommun att på olika sätt medverka vid forskningsarbete (18 kap. 2 § HSL). Utredningen föreslår att det av förordning bör framgå att i primärvårdens grunduppdrag ingår att bedriva forskning. Det behöver skapas förutsättningar för primärvårdens medarbetare att bedriva och delta i forskningsprojekt såväl inom som utom primärvårdens särskilda kompetensområden. Primärvården ska även aktivt kunna delta i kliniska prövningar, epidemiologisk forskning samt vid utvärderingar av medicinska/tekniska insatser.

I dag uppfattas forskningskulturen av många som svag och alltför koncentrerad till enstaka enheter i primärvården. Utredningen bedömer att detta beror på att allmänmedicin är ett relativt nytt akademiskt område som ännu inte hunnit bygga upp en stark forskningskultur, något som också försvåras av att primärvårdens enheter är

små och geografiskt spridda. Forskning i primärvården har heller inte premierats av forskningsfinansiärer.
Utredningen menar att utförares ansvar för att medverka vid genomförande av forskning behöver framgå tydligare i förfrågningsunderlagen, men också att landsting, regioner, universitet och högskolor, forskningsfinansiärer och andra aktörer behöver ta ett större ansvar för att stödja forskning i primärvård och i integrerade vårdsystem.

9.2.7 Primärvårdens förebyggande arbete

Utredningens förslag: I primärvården ska tillhandahållas förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser.

Skälen för utredningens förslag

Förebyggande insatser på befolkningsnivå

Förebyggande arbete är avgörande för att samhället och hälso- och sjukvården ska klara framtidens vårdbehov. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar eller minska risken för återinsjuknande kan såväl mänskligt lidande undvikas som den begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt.

Alla samhällssektorer har ett ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa. Inom hälso- och sjukvårdssektorn har primärvården en särskilt viktig roll i det förebyggande arbetet på befolkningsnivå, givet närheten till människors vardag.

Vissa delar av det preventiva arbetet fungerar väl, till exempel det allmänna vaccinationsprogrammet och andra delar av barnhälsovården, mödrahälsovården och de olika nationella screeningprogrammen, t.ex. mammografi. Även levnadsvanefrågorna har fått en mer framträdande roll efter att Socialstyrelsen tagit fram nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor[7], men utvärdering[8] visar fortsatt på stora skillnader i hur landstingen tar sig an detta arbete.

[7] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*, remissversion, 2017.
[8] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Utvärdering Sjukdomsförebyggande metoder*, 2014.

En stor del av det primärpreventiva arbetet sker utanför hälso- och sjukvården, men primärvården ska vara delaktig i samarbete med skola, civilsamhälle, företagshälsovård m.m. För att underlätta arbetet kan detta organiseras som ett områdesansvar där området kan vara en kommun eller del av kommun för att underlätta samarbetet med kommunala instanser. Då det i en kommun eller kommundel kan finnas flera utförare i landstingens vårdval för primärvården är ett alternativ att utforma ett sådant folkhälsouppdrag som ett tilläggsuppdrag för vissa utförare i landstingens vårdval för primärvården. Dessa utförare bör samarbeta med andra utförare i området för att på så sätt få kunskap om epidemiologi i området, uppmärksamma andra aktörer i närmiljön på behov och samarbeta med dem kring åtgärder.

Förebyggande insatser på individnivå

Enligt av riksdagen fastslagna prioriteringsriktlinjer för hälso- och sjukvården[9] ligger prevention i prioriteringsgrupp två av fyra, tillsammans med rehabilitering och habilitering. Trots detta blir det förebyggande arbetet ofta inte tillräckligt prioriterat i förhållande till vilken nytta insatserna ger för patienterna. Primärvården ska i alla vårdkontakter, där det är relevant, ta upp frågan om möjliga förebyggande åtgärder med patienten. Det kan röra sig om levnadsvanor som fysisk aktivitet, kost/nutrition, rökning och alkohol eller om fallprevention, trycksårsprofylax, vaccination eller annat. Det är viktigt att prevention tas upp på ett sätt som är anpassat till individens behov och förmåga att agera på ett hälsofrämjande sätt. Många invånare (86 procent) är positivt inställda till att diskutera sina levnadsvanor med en läkare eller annan vårdpersonal.[10] För att hjälpa patienten att hitta motivation att genomföra önskvärda förändringar i vardagen är det viktigt att arbetet sker på ett strukturerat sätt och i enlighet med kunskapsunderlag, såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

[9] Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
[10] SKL, *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2017*, 2018.

Förtydligande av uppdraget

Det förebyggande arbetet är en del av primärvårdens uppdrag som i dag ofta hamnar i skymundan av arbetet med mer synliga behov. Det bör därför tydliggöras i en reglering av primärvårdens uppdrag. Primärvården har ansvar både för primärprevention och sekundärprevention. Vid vård av vanliga folksjukdomar har ofta patientens levnadsvanor stor betydelse för behandlingsresultatet och risken för komplikationer. Det krävs ett aktivt ledarskap på alla nivåer för att lyfta frågorna. På vårdcentralerna och inom den kommunala hälso- och sjukvården behöver det finnas tydliga rutiner för hur personalen bör samverka för att erbjuda, genomföra och följa upp det förebyggande arbetet på såväl individ- som befolkningsnivå.

9.2.8 Primärvårdens rehabiliterande arbete

Utredningens förslag: I primärvården ska tillhandahållas rehabiliterande åtgärder utifrån patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser.

Skälen för utredningens förslag

Primärvården har redan i dag ett rehabiliteringsuppdrag. Det finns dock behov av ett förtydligande av vad primärvården svarar för jämfört med i dag, då rehabilitering sker både i primärvård, med såväl landsting som kommun som huvudman, och i den övriga vården. Det behöver tydliggöras att samma principer gäller rehabilitering som övrig hälso- och sjukvård. Det innebär att primärvården svarar för all rehabilitering som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Vissa delar av rehabiliteringsuppdraget, t.ex. av neurologiska sjukdomar såsom Parkinson, kan behöva koncentreras till några enheter, medan största delen av rehabiliteringsuppdraget bör finnas överallt där primärvård bedrivs.

Delar av rehabiliteringsuppdraget i primärvården bedrivs i kommunernas regi. Gränssnitt mellan kommuner och landsting ser olika

ut i olika landsting. Oavsett var man har satt gränsen behöver rehabiliteringen, särskilt för patienter med komplexa behov, ske samordnat mellan olika aktörer.

9.3 Vårdval i primärvården

9.3.1 Hälso- och sjukvårdstjänster i primärvårdens vårdval

Utredningens förslag: Landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.

Utredningens bedömning: Utredningen ser behov av att tydliggöra särställningen hos det av landstingets vårdval i primärvården som utgår från generalistkompetensen hos bl.a. specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor, och fungerar som navet i den primärvård som bedrivs med landstinget som huvudman. Detta bör benämnas Vårdval primärvård.

Skälen för utredningens förslag

Landstingens organisatoriska ansvar

Offentligt finansierad primärvård kan organiseras på olika sätt och kan ha både landsting/region och kommun som huvudman. När det gäller landstingens primärvårdsuppdrag så är landstingen skyldiga att organisera sin primärvård så att alla som omfattas av landstingets ansvar kan välja utförare (vårdvalssystem). Med utförare avses vårdenhet eller mottagning. Följande avsnitt tar sikte på landstingens vårdvalssystem i primärvården oavsett om en vårdenhet eller mottagning drivs i egen regi av ett landsting eller om landstinget har överlåtit driften till en privat utförare. Den närmare utformningen av vårdvalssystem inom primärvården får landstingen bestämma själva utifrån lokala förutsättningar. Så länge bestämmelserna i HSL, upphandlingslagstiftning samt grundläggande EU-rättsliga principer om bl.a. proportionalitet, öppenhet, icke-diskriminering och likabehandling beaktas kan flera olika krav ställas på utförare i primärvården.

Landsting/regioner får även inrätta olika vårdvalssystem för olika tjänster (se regeringens proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården s. 51 f). Utredningen har inte för avsikt att ändra på detta.

De allra flesta landsting/regioner har i dag valt att inrätta större delen av sin primärvård som ett samlat vårdvalsuppdrag. Ett fåtal landsting har valt att införa flera vårdval inom primärvårdens område (t.ex. separata vårdval för rehabilitering eller barnhälsovård). Dessutom kan kommunal verksamhet såsom särskilda boenden, där kommunal primärvårdsverksamhet bedrivs, också organiseras i enlighet med LOV/i vårdvalssystem. Givet detta finns det risk att viss begreppsförvirring uppstår när man osorterat talar om vårdvalssystem i primärvården.

Som framgår av utredningens kartläggning (jfr avsnitt 5.2) har dock samtliga landsting/regioner etablerat *ett* mer omfattande vårdval som utgår från generalistkompetensen hos bl.a. specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor. Dessa kompetenser kan ses som navet i den primärvård som bedrivs med landstinget som huvudman. Detta vårdval motsvarar alltså de hälso- och sjukvårdstjänster och utbud som vanligen tillhandahålls via en hälsocentral/vårdcentral/husläkarmottagning. Det är också hos utföraren inom detta vårdval som patienterna om de vill, ska få tillgång till och kunna välja en fast läkarkontakt, i enlighet med HSL och PL. Likaså är det den utförare som patienten väljer inom detta vårdval som blir mottagare av den fasta ersättning från landstinget som följer med patientens val. Denna utförare har även som regel – utifrån den fasta ersättningen – visst kostnadsansvar för att ersätta andra utförare/vårdgivare inom primärvården som ens ”egna patienter” söker sig vidare till. (se även avsnitt 5.2.15).

Det av landstinget/regionens vårdval inom primärvården som har dessa uppgifter har därmed en särskild roll som skiljer sig från eventuella övriga vårdval i primärvården i ett landsting/region. Genom att det är här som en eventuell fast läkarkontakt finns och ofta även en eventuell fast vårdkontakt i primärvården, har dessa utförare också en särskilt viktig roll vad gäller samordningen av och kontinuiteten i vården.

Utredningen ser därför ett behov av att tydliggöra särställningen hos detta vårdval och urskilja det från eventuella övriga vårdval inom primärvården genom att skapa en enhetlig terminologi. Utredningen föreslår att det av landstingets vårdval i primärvården som utgår från

generalistkompetensen hos bl.a. specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor, och fungerar som navet i den primärvård som bedrivs med landstinget som huvudman, ska benämnas Vårdval primärvård. Detta tydliggörande är centralt då delar av utredningens förslag specifikt riktar sig till utförare inom detta vårdval.

Utredningens förslag om primärvårdens grunduppdrag innebär att de hälso- och sjukvårdstjänster och kompetenser som krävs för att fullgöra primärvårdens grunduppdrag måste bli tillgängliga för den enskilde oavsett vilken utförare inom landstingets Vårdval primärvård som denne väljer. Det centrala är *att* tjänsterna kommer den enskilde till del, inte hur det sker. Det är upp till respektive landsting att avgöra hur landstingets primärvård ska organiseras, så länge enskilda får tillgång till alla de hälso- och sjukvårdstjänster som ska erbjudas. Vårt förslag innebär inte att en utförare själv måste kunna erbjuda det breda utbud som krävs för att fullgöra primärvårdsuppdraget. Inget hindrar att flera utförare samverkar med varandra för att fullgöra uppdraget. Inget hindrar heller att landstinget väljer att bedriva delar av primärvårdsuppdraget i egen regi eller via upphandling enligt LOU. Varken hur landstinget eller en enskild utförare väljer att organisera sin primärvårdsverksamhet regleras. Landstinget måste däremot säkerställa att hela primärvårdsutbudet erbjuds patienten på ett sammanhängande sätt, motsvarande de krav som landstinget formulerar i sitt förfrågningsunderlag.

För patienten kommer detta att innebära möjlighet till en mer sammanhållen vård. En patient är dock inte låst till de samverkanspartners som en vald utförare i Vårdval primärvård samarbetar med utan kan välja att vända sig till en annan utförare på motsvarande sätt som i dag. Utredningens uppfattning är att de flesta patienter kommer att uppskatta och dra nytta av denna möjlighet till mer sammanhängande vård.

Det är landstingets ansvar som huvudman att säkerställa att hela primärvårdsutbudet tillhandahålls för de personer som omfattas av dess ansvar, oavsett vilken utförare enskilda väljer. Skyldigheten att erbjuda detta till alla som omfattas av landstingets ansvar är i och för sig inte ny. Utbudet har däremot inte av alla landsting erbjudits befolkningen på det sammanhängande sätt som utredningen föreslår. Utredningens förslag innebär ett förtydligande av att landstingen är skyldiga att organisera sin primärvård på ett sammanhängande sätt.

En sådan reglering bör tas in i HSL under det kapitel som rör landstingets ansvar och reglerar vårdvalssystemet. Av bestämmelsen bör det framgå att landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra erbjuder de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att primärvårdens uppdrag ska fullgöras. Att utförare ensam eller i samverkan kan uppfylla ett uppdrag följer redan av lagen (2008:962) om vårdvalsystem.

Nedan följer exempel på hur tillgång till utbudet kan säkerställas. Utredningen bedömer att konstruktionen kommer att fungera oavsett om landstinget valt att ha *ett* samlat vårdval för primärvården eller valt att ha delar av uppdraget som annat vårdval, upphandling enligt LOU eller i egen regi.

Exempel 1 – en utförare tillhandahåller själv hela uppdraget

Vårdcentral 1 har ett stort antal patienter och därmed underlag för alla nödvändiga kompetenser inom den egna verksamheten. På mottagningen finns även rehabilitering med träningssal, liksom barnhälsovård och mödrahälsovård. Mottagningen har läkaransvar för hemsjukvård och särskilt boende. Hela verksamheten finns under samma tak förutom mödrahälsovården som finns i lokaler några kvarter bort. Exemplet är neutralt i förhållande till driftsform.

Exempel 2 – utföraren samarbetar med andra för att tillhandahålla uppdraget

På vårdcentral 2 arbetare en läkare och en distriktssköterska. Man samarbetar med en näraliggande vårdcentral om hälso- och sjukvårdskurator, psykolog och dietist när patienten har de behoven. Man har även avtal med en rehabiliteringsenhet med tillgång till träningssal, fysioterapeut och arbetsterapeut, samt med barnhälsovård och mödrahälsovård. Samarbetet sker strukturerat och patienten har tillgång till hela utbudet, även i form av första bedömning hos t.ex. fysioterapeut, då triagesjuksköterskan har möjlighet att boka tider direkt hos samarbetspartnern. Exemplet är neutralt i förhållande till driftsform.

9.4 Framgångsfaktorer för huvudmännen i utformningen av sin primärvård

Utredningen har i sitt arbete fått ta del av många goda exempel och idéer från berörda aktörer. Vi har valt att samla sådana exempel på framgångsfaktorer i detta avsnitt, ägnat till inspiration och reflektion över hur man som huvudman kan organisera sin primärvård.

Dessa utgör ett komplement till utredningens förslag till förordningstext om primärvårdens grunduppdrag. Det är varken möjligt eller önskvärt att reglera i detalj hur landsting och kommuner ska organisera sin primärvård. Hälso- och sjukvården måste kunna förändras med samhällsutvecklingen. Varje landsting och kommun behöver även besluta om dess utformning utifrån lokala förutsättningar.

9.4.1 Arbetssätt och anställningsformer

Utredningens bedömning: Huvudmännen bör verka för stärkt interprofessionellt arbetssätt och lärande i primärvården samt för införandet av mer flexibla former för tjänstgöring och även på andra sätt bidra till göra primärvården till en attraktiv arbetsplats för dagens och morgondagens medarbetare.

I syfte att göra primärvården till en attraktiv arbetsplats för dagens och morgondagens medarbetare behöver arbetssätt och tjänstgöringsformer ses över och moderniseras. Medarbetare efterfrågar i dag en större flexibilitet och förutsättningarna för att arbeta hos flera arbetsgivare behöver utvecklas. Timanställningar kan t.ex. locka fler pensionärer att arbeta efter uppnådd pensionsålder. Nya arbetssätt syftar också till att bättre möta patientens behov på ett resurseffektivt sätt.

I Effektiv vård[11] lyfts fem generella principer för vägledning för ändrade arbetssätt i vården och som riktar sig till huvudmän, vårdgivare, verksamhetschefer och medarbetare:

[11] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 511–512.

1. Utgå från vad som kan göras för att öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare.
2. Utgå från vad som kan göras för att öka den personliga kontinuiteten.
3. Inför produktions- och kapacitetsplanering och utveckla samlad schemaläggning.
4. Sök ständigt rätt fördelning av arbetsuppgifter.
5. Planera hur ökad effektivitet ska nyttiggöras.

Utredningen vill därutöver lyfta behovet av:

- Interprofessionellt teamarbete (jfr bilaga 3), där man utnyttjar allas kompetenser tillsammans kring patienten. Detta gäller även i samarbete med mellan primärvårdens och kommunernas medarbetare.
- Standardiserade vårdförlopp (SVF), som i dag finns för utredning inom cancerområdet, tydliggör ansvaret för primärvård respektive specialiserad vård. Man kan överväga standardiserade vårdförlopp för utredning även inom andra områden, t.ex. demenssjukdomar.
- Rätt använd kompetens t.ex. fysioterapeut[12] respektive psykolog i första linjen för patienter med muskuloskeletala besvär respektive psykiska ohälsa, så att kompetensen hos varje legitimerad profession används så optimalt som möjligt.
- Karriärstegar för olika professioner, såväl administrativt som kliniskt och akademiskt (forskning och utbildning).
- Flexibla former för anställning såsom möjlighet att ha flera arbetsgivare, kunna arbeta på distans och egna bemanningspooler.

[12] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 237.

Borgholms Remissgrupp

Sedan februari 2018 samlas varje tisdagsmorgon alla läkare för att gå igenom alla icke akuta remisser som skrivits sedan förra tisdagen. Remisserna visas på storbildskärm på väggen, en sekreterare ansvarar för visningen och vi läkare turas om att läsa remisserna högt. Alla remisser utom SVF (standardiserade vårdförlopp) och akutremisser hanteras så här. Såväl yngste AT-läkaren som äldste nestorn får se sina remisser granskas och kommenteras. När vi tillsammans godkänt en remiss får den tillägget ”genom Borgholms Remissgrupp”. På Länssjukhuset ser man mycket positivt på detta arbetssätt och handlägger alla remisser mycket snabbt och på hög kompetensnivå. Det är ingen ide att återhänvisa till ”fortsatt utredning i primärvården” när vi tydligt markerat att vi inte kan mer. Trots minst 200 samlade distriktsläkarårs erfarenhet.

Statistiken som sekreteraren för hjälper oss att se var det är rimligt med utbildningsinsatser. Så visade till exempel mängden remisser till hudkliniken tydligt på behov av kompetenshöjning. Detta ordnades i samråd med hudkliniken och de av våra läkare som nyss tjänstgjort där. Endokrinologi och Klinisk Fysiologi är andra områden där remissernas mängd och olika utformning visat på behov av gemensam kunskap och policy. Vid behov kopplar vi upp oss till någon av organspecialisterna via landstingets Skype och får önskad komprimerad föreläsning.

Det finns naturligtvis många fördelar med detta arbetssätt. Den viktigaste är kanske ändå den arbetsgemenskap det skapar. I stället för att vara den ensammaste specialiteten formerar vi ett lag vars slagkraft är svårslagen. Våra Senior Advisors kommer naturligtvis in och är med denna timme. Ett intressant mått på verkningsgraden är att antalet avsända remisser hittills halverats sedan starten. Det är för tidigt att utvärdera den effekten ännu, men trenden är stark.

9.4.2 Kunskapsstyrning

Utredningens bedömning: Huvudmännen bör fortsätta medverka till genomförandet av landstingens och regionernas kunskapsstyrningsorganisation, och säkerställa primärvårdens medverkan i alla relevanta delar av arbetet samt inom lämpliga områden inkludera kommunerna.

I arbetet bör man prioritera de diagnosgrupper som är störst i befolkningen eller där det finns störst behov av förbättring samt säkerställa representation av relevanta professioner i arbetsgrupper och dylikt.

Huvudmännen bör ge primärvårdsutförare, såväl inom landsting som kommun, möjlighet att delta i relevanta kvalitetsregister.

Landsting/regioner bör ge samtliga utförare förutsättningar att ansluta sig till PrimärvårdsKvalitet.

För att kunskap ska implementeras och utvecklas så att det ger bästa möjliga nytta för patienterna, krävs att nationellt kunskaps/beslutsstöd finns tillgängligt i den lokala digitala miljön på ett smidigt sätt.

Verksamheter och enskilda professionella behöver också ha möjlighet att följa sina egna patienters data över tid, såväl på grupp- som individnivå. Det är huvudmännens ansvar att skapa förutsättningar för detta genom såväl system för att tillgängliggöra data, som metodstöd för verksamhetsutveckling och uppföljning. Data kan vara såväl medicinska data, förskrivning av läkemedel/medicinsk service, som data för produktion, kostnad, bemanning och produktivitet/effektivitet.

Primärvården, såväl inom landsting som kommun bör ges möjligheter att delta i relevanta kvalitetsregister under förutsättning att data kan överföras automatiskt, så att onödig administration undviks. De kvalitetsregister som i dag främst används av primärvården är Nationella diabetesregistret, RiksSvikt, Luftvägsregistret, SweDem, Senior Alert och Palliativa registret. För primärvårdens del finns dessutom PrimärvårdsKvalitet, ett nationellt system för kvalitetsdata, till vilket samtliga utförare i landstingens primärvård bör ges förutsättningar att ansluta sig.

Webbkollen[13], som drivs av SKL, är ytterligare ett verktyg som kan användas för att följa upp verksamheter genom att låta patienterna komma till tals. Det riktar sig till personer över 65 år och synliggör t.ex. tänkbara orsaker till otrygghet, problem med läkemedelsbehandling och till återinskrivningar på sjukhus.

Tillsammans med SKL tar landsting och regioner även fram ett nationellt kliniskt kunskapsstöd för vårdpersonal i primärvården. Från och med 2018 är utvecklingen av kunskapsstödet knuten till landstingen och regionernas system för kunskapsstyrning.

9.4.3 Hemsjukvård och hälso- och sjukvård i särskilt boende

Utredningens bedömning: Personer som bor i särskilt boende bör i möjligaste mån ha sin fasta läkarkontakt kopplad till det särskilda boendet.

Utöver den lagstadgade funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) bör fler kommuner överväga att införa funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Hemsjukvården drivs i samarbete mellan landsting och kommun, där landstingen står för läkarkompetensen och kommunen för övriga kompetenser. I Stockholm står landstinget ännu för den samlade hälso- och sjukvården även i hemmen, medan kommunen ansvarar för särskilda boenden, förutom läkarkompetens. Hemsjukvården ställer alltså särskilda krav på samarbete mellan huvudmännen, vilket bl.a. tar sig uttryck i lagen om samverkan vid utskrivning från sluten vård[14].

Utredningen fick i september 2017 tilläggsdirektiv att ”utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut”. Huvudparten av detta kommer att diskuteras i utredningens slutbetänkande men utredningen vill redan här lyfta några resonemang och goda exempel.

Personkontinuitet mellan patient och vårdgivare är viktigt t.ex. för äldre med många sjukdomar och patienter med kronisk sjukdom. För patienter i behov av vård i hemmet är detta särskilt viktigt, då

[13] Webbkollen, Trygghet i vardagen.
[14] Lag (2017:612), *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

patienten ofta behöver vård flera gånger per dygn vilket innebär att många personer blir involverade. En samordnad individuell plan (SIP) som utgår från den individuella patientens behov, förutsättningar och preferenser blir här nyckeln till en sammanhållen vård. Det är viktigt att det är tydligt för patienten vem som är fast vårdkontakt (oftast distriktssköterskan i kommunen) och fast läkarkontakt. Kontinuitet mellan läkare och distriktssköterska bidrar till interprofessionellt teamarbete, vilket gagnar patienten. Övriga kompetenser (rehab, dietist, psykosocial kompetens) kompletterar vård och behandling utifrån patientens behov, liksom insatser enligt SoL (såsom hemtjänst).

För att samordning ska fungera i praktiken måste SIP utformas så att det är lätt för alla att använda och revidera och så att det är lätt tillgängligt för alla berörda aktörer (landsting, kommun och patient/närstående). SIP bör vara tillgängligt digitalt och kopplat till befintliga dokumentationssystem (journaler) i landsting och kommun.

I vissa kommuner finns förutom funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) även funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). I dag är det valfritt för kommunerna om de vill införa en MAR eller inte. Endast cirka 60 av landets 290 kommuner hade 2017 en MAR.[15] Trots att det skett en stor kunskapsutveckling gällande rehabiliterings- och preventionsinsatser till äldre de senaste åren har kunskaper i mycket liten utsträckning använts för att förbättra verksamheten. Genom införande av funktionen MAR kan förutsättningarna förbättras för att säkerställa en mer kunskapsbaserad och jämlik rehabilitering.

Gällande särskilda boenden vill vi särskilt lyfta fram behovet av läkarkontinuitet. Personer som bor i särskilt boende bör i möjligaste mån ha sin fasta läkarkontakt kopplad till det särskilda boendet. Detta kan innebära att patienten väljer ny fast läkarkontakt i samband med flytt till särskilt boende. Om patienten önskar ha kvar sin tidigare fasta läkarkontakt ska detta förstås vara möjligt. Den läkare som ansvarar för ett särskilt boende ska regelbundet ha kontakt med och god kännedom om de personer som bor på boendet. Tillräckligt med tid måste avsättas så att läkaren vid behov hinner besöka patienter för planerade kontroller och för mer brådskande bedömningar. I möjligaste mån ska den läkare som ansvarar för ett särskilt boende även

[15] Arbetsterapeuterna, *Sverige behöver en MAR i varje kommun*, 2017-10-31.

vara tillgänglig för brådskande bedömningar vid annan tidpunkt (kontorstid), åtminstone per telefon och om möjligt även för brådskande hembesök. För dessa patienter är det också viktigt att man gör regelbundna läkemedelsgenomgångar, gärna i samarbete med farmaceut.

ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) är en särskild form av vård i hemmet, där landstinget står för en större andel av den samlade kompetensen inklusive sjuksköterskor med särskilt utbildning. Det som skiljer från vanlig hemsjukvård är att man gör mer avancerade vårdåtgärder i hemmen. Det finns även andra områden där specialistkompetens utgående från sjukhus ger insatser i hemmet, t.ex. uroterapeut och onkologsjuksköterskor m.m. ASIH kan organiseras som en del av primärvården eller som en del av sjukhusvården, men är inte en del av primärvårdens grunduppdrag.

9.4.4 Forskning och utbildning

Utredningens bedömning: Landsting/regioner och kommuner behöver tydliggöra och utveckla primärvårdens del i FoUU.

Landsting/regioner och kommuner bör i relevanta förfrågningsunderlag och avtal för utförare av primärvård ställa krav på utförares medverkan i utbildning och forskning

Skälen för utredningens bedömning: Utbildning och forskning är en central del i utvecklingen av hälso- och sjukvården och behöver säkras även i primärvården. Landstingen bör därför i förfrågningsunderlag i Vårdval primärvård ställa krav på utförares medverkan i utbildning och forskning. Det gäller handledning av studenter inom alla relevanta professioner, såväl på grundnivå som på avancerad nivå samt av AT- och ST-läkare. Samma krav bör ställas på offentliga och privata utförare. Landsting och kommuner behöver samtidigt säkerställa att förutsättningar finns för att utförare ska kunna medverka i forskning och utbildning genom att tillhandahålla handledarutbildningar samt tillse att utförare får möjlighet att avsätta tid för uppdraget.

9.4.5 Åtgärder för att minska beroende av inhyrd vårdpersonal

Utredningens bedömning: Landsting/regioner behöver fortsatt vara uthålliga i arbetet med att minska beroendet av inhyrd vårdpersonal i primärvården. Detta måste ske på ett sätt så att inte patientsäkerheten hotas och så att arbetsmiljön inte försämras för anställda medarbetare.

SKL tog tillsammans med samtliga regioner och landsting hösten 2016 fram en gemensam strategi för att senast 1 januari 2019 vara oberoende av inhyrd vårdpersonal. Strategin är utformad som en 60-punktslista med åtgärder inom arbetsmiljö, dimensionering, rekrytering, ersättningsfrågor och nya arbetssätt.

Utredningen vill lyfta fram några av de områden som berörs i SKL:s samt andra relaterade underlag och som inte finns med i förslag till förordning eller i annan rekommendation.

Arbetsmiljö/attraktiv arbetsplats

- Klargöra gränssnitt mellan primärvård och specialiserad vård, så att ansvarsområden är tydliga och så att patienter får en sammanhållen vård.
- Säkra fortbildning för samtliga professioner i primärvården inklusive utbildning/fortbildning i interprofessionellt teamarbete.
- För studenter i samtliga vårdprofessioner och AT/ST-läkare är tillgång till handledning en förutsättning för en god utbildning och för att locka personen att stanna i primärvården som färdigutbildad.
- Stimulera medarbetare att ta på sig chef- eller ledningsansvar, t.ex. som team- eller förbättringsledare.

Rekrytering

- Erbjuda pensionärer fortsatt arbete efter önskemål, med kliniskt arbete, handledning etc.
- Säkerställa möjligheten till specialisering inom bristspecialiteter såsom allmänläkare eller distriktssköterska.

Ersättningsfrågor

- Möjlighet till extra ersättning för utökat ansvar, t.ex. vid vakanser.
- Premiera kontinuitet och att man stannar kvar på arbetsplatsen.
- Högre löner på mindre attraktiva utbudspunkter.

9.4.6 Digitalisering

Utredningens bedömning: Patientens behov, förutsättningar och preferenser vad gäller digitala vårdtjänster bör vara vägledande för huvudmännens fortsatta utveckling och tillämpning av dessa.

Huvudmännen bör använda digitaliseringens möjligheter som en integrerad del i den löpande verksamhetsutvecklingen.

Digitalisering skapar möjligheter för primärvården att utveckla tjänster som skapar högre tillgänglighet för patienter, möjliggör monitorering på distans och övervakning i hemmet, effektivisering av arbetssätt och processer samt informationsdelning mellan vårdgivare. Till viss del kan ett längre geografiskt avstånd kompenseras med tekniska lösningar, som t.ex. möjliggör vissa konsultationer, bedömningar och uppföljningar på distans. Landstingen i norra Sverige ligger i framkant vad gäller att tillhandahålla sådana möjligheter. Motsvarande lösningar skulle med fördel också kunna tillämpas i mer tätbefolkade områden.

Utredningens bedömning är att landsting och regioner bör öka sin utvecklingstakt för att kunna erbjuda de vårdtjänster som är lämpliga för digitalt utförande utifrån invånarnas olika behov. Några exempel är triagering, monitorering, uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar, flerpartsmöten för samordning av komplexa behov samt möjligheter för självbetjäning för patienter. Digitaliseringen behöver utvecklas som en integrerad del av den löpande verksamhetsutvecklingen i primärvården, så att digitaliseringslösningar blir ett svar mot verkliga behov och tar hänsyn till att patienter med störst medicinska behov ska prioriteras först.

9.4.7 Ersättningssystem

Utredningens bedömning: Landsting och regioner bör samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för sina vårdval för primärvård. Likaså bör utförares kostnadsansvar för t.ex. medicinsk service och besök i andra delar av vården vara mer lika.

Landstingen bör samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för sina vårdval för primärvård.

Varje landsting utformar sina egna vårdval och sina egna modeller för ersättningssystem utifrån olika ersättningsprinciper, se avsnitt 5.2.15. Beroende på vilka ersättningsmodeller som tillämpas skickas olika styrsignaler, vilket riskerar att leda till att vården blir olika, även om uppdraget i stort sett är detsamma. Utredningen rekommenderar därför landstingen att samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för sina vårdval inom primärvård. En sådan harmonisering skulle underlätta jämförelser mellan landstingen och underlätta för de privata vårdvalsaktörer som är verksamma i flera landsting.

En hög andel kapitering främjar ett ansvarstagande för vårdgivarens listade patienter över tid och därmed även för förebyggande åtgärder.[16] Det driver heller inte mot onödiga besök och ger stor möjlighet till att styra med tillit till att utförarna kommer att anpassa sitt arbetssätt utifrån sina patienters behov, förutsättningar och preferenser. För att ge en rättvis kapitering i förhållande till förväntade vårdbehov behövs någon form av viktning, där ACG och CNI är de vanligaste. ACG har en högre förklaringsgrad av kostnader i primärvården än enbart kön, ålder och/eller CNI. En kombination är sannolikt att föredra för att balansera mellan olika typer av vårdkostnader för olika patientgrupper. Även när det gäller balanseringen av olika viktningsfaktorer är en ökad harmonisering mellan landstingen önskvärd. Detta för att ge en mer likvärdig primärvård i landet samt för att möjliggöra jämförelser.

För att styra mot en hög tillgänglighet rekommenderas någon form av rörlig ersättning kopplad till direkt eller indirekt vårdkontakt. Denna bör utgöra en mindre del av ersättningen för att inte

[16] SFAM, *Ersättningssystem som främjar god vårdkvalitet i primärvården – ett policydokument*, 2014.

styra mot onödiga kontakter. För att ge största möjliga flexibilitet för utföraren kring vilken profession patienten ska möta eller vilken kontaktform man väljer bör besöksersättningen vara så lik som möjligt för olika professioner och olika kontaktformer.

Inom grunduppdraget bör ersättning kopplad till enskilda åtgärder eller resultat undvikas. Detaljerad styrning riskerar att få en alltför stor betydelse för utförarens prioriteringar och leda till undanträngningseffekter av andra viktiga åtgärder, som inte ersätts särskilt.[17] Det medför också en risk att ekonomiska incitament direkt påverkar mötet mellan patient och vårdgivare.

Av samma skäl bör landstingen överväga hur stort kostnadsansvar utföraren ska ha för t.ex. medicinsk service och besök i andra delar av vården (t.ex. via täckningsgrad). Ett alltför stort kostnadsansvar riskerar att styra så att patienten inte får de remisser för undersökning eller specialistvård som hen behöver, i synnerhet i system med hög andel kapitering[18].

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08) har i uppdrag att utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december.

9.4.8 Förfrågningsunderlag för Vårdval primärvård

Utredningens bedömning: Landstingen/regionerna bör samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av förfrågningsunderlag för sina Vårdval primärvård.

Utredningen ser ett behov av en mer enhetlig utformning även av förfrågningsunderlagen för att göra det lättare att jämföra och följa upp utvecklingen av Vårdval primärvård.

Utredningen föreslår därför att landstingen initierar ett arbete med att enas kring hur förfrågningsunderlagen bör se ut, t.ex. genom att använda de områdesrubriker som finns i föreslagen förordning.

[17] Regeringskansliet. *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. 2010.
[18] Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017.

För att skapa en större tydlighet gentemot invånarna bör landstingen även överväga att enas om vad man kallar de enheter som bedriver verksamhet inom Vårdval primärvård (hälsocentral/vårdcentral/husläkarmottagning etc.).

9.5 Konsekvensanalys

Utredningens bedömning: Förslaget till ändring i definitionen av primärvård förtydligar att gränsdragningen mot annan vård inte ska ske utifrån var vården ges utan vilken kompetens som av kvalitets- och effektivitetsskäl krävs för att fullgöra den. På så sätt återspeglar definitionen även en pågående omstrukturering av hälso- och sjukvården i stort.

Förslaget om primärvårdens grunduppdrag bidrar till att befolkningen kan erbjudas en mer likvärdig, god och nära vård i hela landet. På så sätt blir vården mer jämlik. Genom regleringen tydliggörs att vården ska utgå från patientens behov, förutsättningar och preferenser, inte från hur hälso- och sjukvården är organiserad. Ett tydligare grunduppdrag utifrån patientens fokus bidrar till en ökad tydlighet gentemot invånare om vad de kan förvänta sig av primärvården.

Förslagen innebär ett tydliggörande av nuvarande ansvar och uppdrag. Det innebär inte ett utökat eller förändrat ansvar eller uppdrag för huvudmännen. Genom tydliggörandet ges dock bättre förutsättningar för att utföra uppdraget. Detta gäller särskilt det förebyggande arbetet och den samordnande rollen.

9.5.1 Ekonomiska konsekvenser

För samhället

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL). Den omstrukturering av hälso- och sjukvården som vår utredning har i uppdrag att stödja och samordna, och de förslag vi här lämnar kring tydliggörande av primärvårdens uppdrag, bedöms bidra till att hälso- och sjukvården ska kunna leva upp till detta mål, inom ramen för en ändlig gemensam samhällsresurs.

Ohälsa resulterar varje år i stora kostnader för samhället. Den exakta siffran är svår att beräkna eftersom ohälsa innebär avsaknaden av hälsa, vilket innebär att alla kostnader relaterade till hälso- och sjukvården bör inkluderas. Samhällets kostnader för ohälsa utgörs främst av direkta kostnader inom hälso- och sjukvården samt indirekta kostnader i form av produktionsförluster. Det är omöjligt att helt eliminera ohälsa och på så sätt förebygga alla dess samhällskostnader. Förbyggande insatser som syftar till att minska förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor som i sin tur kan leda till ohälsa, kan dock minska samhällets kostnader. Globalt står icke-smittsamma sjukdomar för cirka 70 procent av alla dödsfall och inom den gruppen står de fyra stora sjukdomsgrupperna hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, lungsjukdomar och diabetes för 80 procent av alla dödfall.[19] Levnadsvanor, såsom tobaksbruk, fysisk inaktivitet, ohälsosam kost och skadligt bruk av alkohol, ökar risken för samtliga dessa sjukdomar.

Utredningens förslag bedöms leda till bättre förutsättningar för förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården och framför allt primärvården. Därmed bedöms förslagen på sikt bidra till minskad ohälsa och därav följande samhällsekonomiska vinster. De exakta vinsterna är dock svåra att beräkna, givet de många olika faktorer som samspelar. Nedan redogörs för några exempel som visar på vilka ungefärliga samhällsekonomiska vinster som ett stärkt förebyggande arbete kan förväntas ge.

De mest sjuka äldre

Inom ramen för satsningen De mest sjuka äldre genomförde SKL tillsammans med 12 landsting och 29 kommuner en kvalitativ uppföljning av vården av multisjuka äldre. Sammanlagt intervjuades cirka 300 sjuka äldre personer samt deras närstående. Journaler och registerdata studerades, läkemedelsbehandlingen undersöktes och de totala kostnaderna för vård och omsorg för varje intervjuad person beräknades. I denna studie utgjorde primärvård endast tre procent av den totala resursinsatsen medan slutenvården utgjorde 58 procent. I genomsnitt hade de tillfrågade fyra läkarbesök inom primärvården och lika många sjukhusinläggningar under den studerade perioden av 18 månader. Kostnaden för varje sjukhusinläggning motsvarar

[19] WHO, *Non Communicable diseases*, 2017-06-21.

56 läkarbesök inom primärvården eller 106 hembesök av en distriktssköterska. Fyra sjukhusinläggningar under 18 månader motsvarar då 224 läkarbesök (drygt ett läkarbesök var tredje dag) inom primärvården eller 424 hembesök av distriktssköterska.[20] Dessa resultat ger uttryck för att samhällets insatser för de mest sjuka äldre fortfarande präglas av ett reaktivt snarare än proaktivt mönster. Stora och kostsamma insatser sätts in sent i sjukdomsförloppet, när de är oundvikliga, i stället för att satsa på tidiga riskförebyggande insatser. Förebyggande insatser kan levereras till väsentligt lägre kostnad och med hög effektivitet om de utformas rätt och riktas till rätt målgrupper.

Levnadsvanor

Nedan redogörs för några av de försök som har gjorts att estimera de samhälleliga kostnaderna för levnadsvanor som kan leda till ohälsa. Uppskattningarna skiljer sig ofta markant från varandra i metod och även i estimering av kostnaderna. Kostnaderna uttrycks som merkostnaderna för ohälsa och det är viktigt att poängtera att kostnaderna inte inkluderar alla dimensioner av den ohälsa som levnadsvanorna kan leda till, samt att det kan finnas överlapp mellan många av de levnadsvanor som leder till ohälsa, vilket kan leda till dubbelräkning. Både de direkta och de indirekta kostnaderna uppstår främst på grund av de följdsjukdomar som de ohälsosamma levnadsvanorna leder till.

Sammantaget visar dock exemplen på att ohälsa bidrar till stora samhällskostnader, vilka om de minskades skulle leda till besparingar för samhället, både inom hälso- och sjukvården och på grund av minskade produktionsförluster.

Fetma

Fetma har stora negativa konsekvenser, både för individen i form av lägre hälsorelaterad livskvalitet och lägre inkomster och för samhället i form av högre kostnader inom hälso- och sjukvården samt förlorad produktion. Det står således klart att en minskad prevalens av fetma skulle leda till kostnadsbesparingar, för både individ och samhälle. De skattningar som nedan lyfts fram skiljer sig åt vad gäller

[20] SKL, *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende*, 2012.

inkluderade sjukdomar och tillstånd. De kan inte heller ses som att omfatta alla tillstånd relaterade till övervikt och fetma, eftersom de exempelvis inte alltid inkluderar cancersjukdomar relaterade till övervikt och fetma eller depression, varför de kan anses vara en lägsta skattning av samhällets kostnader.

I en litteraturöversikt från Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU) från 2002 antas vårdkostnaderna för övervikt och fetma (definierat som BMI>30) uppgå till ungefär två procent av de totala vårdkostnaderna under 2003[21]. Detta skulle motsvara ett värde om ungefär tre miljarder kronor och innefattar all sjukhusvård, primärvård och läkemedel. Uppräknat till dagens penningvärde motsvarar det ungefär 3,6 miljarder kronor (2018).[22] I den beräkningen är dock inte kostnader för flera sjukdomar som är förknippade med hög vikt, såsom cancer, värk från leder och muskulatur, artros och ryggsmärtor, depression och ångest eller sömnapné inkluderade, vilket kan innebära att det är en underskattning av kostnaderna. Exempelvis uppger Cancerfonden i en rapport från 2016 att övervikt och fetma är en bidragande faktor till ungefär fyra procent av alla cancerfall i Sverige[23], vilket innebär att estimat som inte inkluderar liknande kostnader är en underskattning.

En studie av Persson m.fl. från 2005 uppskattar att de totala direkta sjukvårdskostnaderna, inklusive all sjukhusvård, öppenvård och läkemedel till följd av övervikt och fetma var 3,6 miljarder kronor år 2003, vilket motsvarar ungefär 4,2 miljarder i 2018 års värde.[24] Studien inkluderar endast personer 16 år och äldre. De genomförde även prognoser av framtida kostnader beroende på hur andelen personer med övervikt eller fetma utvecklades över tid. Givet att prevalensen av övervikt och fetma ökar i samma takt som den gjorde under åren 1980/1981 till 1997/1998 skulle merkostnaden för övervikt och fetma ha ökat till 4,6 miljarder kronor år 2030, uttryckt i 2003 års priser. Detta motsvarar en kostnad om ungefär 5,4 miljarder kronor i 2018 års penningvärde.[25] Författarna understryker att

[21] Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering, *Fetma – Problem och åtgärder, en systematisk litteraturöversikt, Stockholm*, 2002.
[22] SCB, Prisomräknaren 2018.
[23] Cancerfonden, *Cancerprevention – Vad säger forskningen?* 2016.
[24] Persson U, Svensson M, Ödegaard K, *Kostnadsutvecklingen i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma*, 2005.
[25] Persson U, Svensson M, Ödegaard K, *Kostnadsutvecklingen i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma*, 2005.

osäkerheten i skattningen är stor, beroende på osäkerheten i parametervärden för den relativa risken för de inkluderade sjukdomarna. I en ytterligare studie uppskattas de indirekta kostnaderna av övervikt och fetma i form av produktionsförluster till ungefär 12,4 miljarder kronor i 2003 års priser[26], motsvarande ungefär 14,5 miljarder kronor i 2018 års värde. Sammanlagt skulle alltså kostnaderna för fetma, direkta och indirekta, uppgå till ungefär 18,5 miljarder kronor i 2018 års penningvärde, givet att andelen med övervikt eller fetma skulle vara oförändrade.

I en rapport från 2011 har Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) försökt uppskatta samhällets kostnader för fetma i form av ökade vårdkostnader och förlorad produktion.[27] De uppger att en lägsta skattning av den offentliga sektorns kostnader för övervikt och fetma år 2003 var strax under 15 miljarder kronor och hänvisar till tidigare redovisad studie (Persson U, Ödegaard K. 2005). Det motsvarar ungefär 17,5 miljarder kronor i dagens penningvärde.

Alkohol

Riskkonsumtion av alkohol utgör en stor kostnad för samhället, både inom hälso- och sjukvården och inom andra områden. Det är svårt att uppge exakta siffror, men de beräkningar som finns talar för att det handlar om tiotals miljarder årligen.

Statliga Missbruksutredningen från 2011 kom fram till att alkohol kostade samhället cirka 49 eller 66 miljarder kronor år 2008[28], vilket motsvarar ungefär 51 och 69 miljarder kronor i dagens penningvärde. Skillnaden beror på att två olika beräkningsmetoder användes (top-down eller bottom-up). Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, SoRAD, kom 2006 fram till cirka 20 eller 29 miljarder kronor för år 2002, beroende på vad som togs med i uträkningen vad gäller negativa och positiva aspekter av alkoholbruk.[29] Det motsvarar ungefär 23 eller 33 miljarder kronor i dagens penningvärde.

[26] Persson U, Ödegaard K, *Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma*, 2005.
[27] Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, *Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt*, 2011:3, 2011.
[28] SOU 2011:6, *Missbruket, Kunskapen, Vården*.
[29] Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham UG, Hemstrom O, et al, *The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden*, 2002.

Beräkningarna skiljer sig åt beroende på vilken data som används för att beräkna de relativa sjukdomsriskerna vid riskbruk av alkohol, samt vilka kostnader som inkluderas i beräkningarna. De skiljer sig även åt avseende hur många som kan klassas som riskkonsumenter av alkohol. Sammantaget är riskkonsumtion av alkohol en av de levnadsvanor som bidrar till höga samhällskostnader årligen.

För staten

Förslagen om ändrad definition och förtydligat grunduppdrag för primärvården medför inga ekonomiska konsekvenser för staten. Förslagen förändrar inte ansvarsfördelningen mellan huvudmännen för hälso- och sjukvården.

För att stimulera den önskade omstruktureringen kan dock staten ha ett intresse av att under övergångsperiod tillföra riktade medel. Detta kan t.ex. göras genom en överenskommelse mellan staten och SKL/huvudmännen (jfr avsnitt 8.5).

För landsting/regioner och kommuner

Utredningens förslag innebär ett förtydligande av redan gällande lagstiftning avseende primärvårdens uppdrag. Ett sådant behövs eftersom denna inte fått ett fullt och likvärdigt genomslag. Landsting/regioner och kommuner får inget utökat ansvar eller uppgifter och därmed bedöms inte finansieringsprincipen vara tillämplig.

Enskilda landsting/regioner och kommuner måste själva analysera och besluta om fördelningen av ekonomiska resurser i den egna verksamheten. Detta då förutsättningarna skiljer sig åt mellan olika landsting, såväl när det gäller nuvarande uppdrag som bemanningssituation och hälso- och sjukvårdssystemet i övrigt. Det pågår i många landsting redan ett arbete med utredning och analyser för hur en omställning till nära vård ska genomföras i just det egna landstinget. Omställningen till nära vård och personcentrerade arbetssätt, med primärvården som nav, bedöms leda till en större kostnadseffektivitet på sikt. Flera internationella studier visar att investeringar

i primärvård kan ha en positiv betydelse för både kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården.[30]

9.5.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget om en närmare reglering av primärvårdens grunduppdrag i förordning medför visst intrång i den kommunala självstyrelsen. Inskränkningen är nödvändig för att nå en god och nära vård i hela landet. Den är även proportionerlig med hänsyn till det ändamål som föranlett den, se avsnitt 9.2.1. Som redogjorts för tidigare i betänkandet har landstingen inte uppfyllt lagstiftarens intentioner. Alternativet att inte reglera primärvårdens uppdrag innebär att det inte blir någon förändring jämfört med i dag. Det innebär att primärvården fortsatt kommer att variera stort över landet vilket inte styr mot målet i HSL om en god hälsa och vård på lika villkor (3 kap. 1 §).

Påverkan på den kommunala självstyrelsen

Utredningen föreslår ingen förändring som påverkar ansvarsfördelningen mellan stat, kommun och landsting.

Förslaget om att primärvårdens grunduppdrag regleras, om primärvårdens tillgänglighet samt landstingens skyldighet att organisera primärvården så att utförare inom landstingens Vårdval primärvård ensam eller i samverkan erbjuder de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdsuppdraget ska fullgöras innebär ett visst intrång i den kommunala självstyrelsen.

Genom att i förordning reglera vilket grunduppdrag som primärvården minst ska svara för minskar landstings/regioners och kommuners inflytande i motsvarande mån. Utredningens förslag till nationellt grunduppdrag för primärvården innebär i sig inget nytt uppdrag för landsting/regioner och kommuner utan innebär ett förtydligande av de skyldigheter som redan finns i dag, men som utredningen bedömer inte uppfylls i alla delar. Det som är nytt är att det nu föreslås en uttrycklig och mer tydlig reglering på förordningsnivå. Förslaget bedöms skapa en större tydlighet gentemot patienter

[30] Anell, Anders, *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt – rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (S 2013:4), 2015.

och andra delar av hälso- och sjukvården om vad primärvården ska svara för och en större likvärdighet av primärvård över landet. Regleringen av primärvårdens grunduppdrag är generellt utformad och inte uttömmande. Det innebär att kommuner och landsting i stor utsträckning har kvar möjligheten att anpassa utformning och innehåll i primärvården till lokala förutsättningar och behov. Utredningen har redogjort för sin bedömning av vad som bör omfattas av primärvårdens grunduppdrag på en mer detaljerad nivå i form av exempel på framgångsfaktorer med förhoppning om att det ska bidra till en likvärdig vård i hela landet. Vården behöver inte nödvändigtvis utformas på exakt samma sätt i hela landet även om innehållet i vården bör vara lika. Hur vården utformas kan behöva anpassas till regionala och lokala förhållanden, såsom avstånd, demografi och epidemiologi.

Genom att lyfta fram primärvårdens uppdrag avseende brådskande vårdinsatser förtydligas något som redan gäller i dag. Utredningen anser att förslaget inte innebär någon ny skyldighet jämfört med i dag. Däremot anser utredningen att primärvården av sina huvudmän hittills på många håll inte har fått de förutsättningar som krävs för att kunna fullgöra uppdraget. Genom att uttryckligen ange att primärvården även ska ta om hand brådskande behov förväntas en nödvändig resursöverföring ske. Motsvarande gäller för primärvårdens stödjande och rådgivande arbete liksom att primärvården ska bedriva forskning. Förslagen är utformade på ett generellt sätt med avsikt att påverka men inte styra den regionala och lokala utformningen av primärvården. Dessa förslag förtydligar primärvårdens roll i dessa sammanhang men medför inte några nya skyldigheter för kommuner och landsting.

Vad primärvårdens samordnande roll innebär har också förtydligats liksom relationen till samordnande funktioner som kan finnas i andra delar av vården. Förslaget innebär att redan befintliga samordnande funktioner i vården kommer att finnas inom primärvården i den mån den är involverad i patientens vård. Var samordnande funktioner ska finnas i hälso- och sjukvårdsystemet avgörs i praktiken på verksamhetsnivå. Det förslaget påverkar därför inte den kommunala självstyrelsen.

Utredningens förslag om att landstingen ska organisera Vårdval primärvård så att utförare inom landstingens vårdvalssystem i primärvården tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att grunduppdraget ska fullgöras utgör ett

förtydligande av en skyldighet som redan i dag följer av HSL. Genom att reglera vad som ska kunna tillhandahållas genom ett visst namngivet vårdval görs ett visst intrång i den kommunala självstyrelsen. Utredningen bedömer det som försumbart eftersom det är nödvändigt för att nå en mer jämlik primärvård.

Övriga förslag bedöms inte påverka den kommunala självstyrelsen i någon större uträckning.

Proportionalitet i förhållande till syftet

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet som har föranlett den. Det innebär att för förslag till inskränkningar i den kommunala självstyrelsen ska det göras en proportionalitetsbedömning (se prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag, s. 147). Sverige ratificerade år 1989 den Europeiska konventionen om kommunal självstyrelse (prop. 1988/89:119).

Utredningen anser att regleringen av primärvårdens grunduppdrag är nödvändig för att skapa en större tydlighet gentemot patienter och andra delar av hälso- och sjukvården samt säkerställa att befolkningen får tillgång till en likvärdig primärvård oavsett var de bor.

Grunduppdraget motsvarar vad befolkningen minst ska kunna förvänta sig av primärvården och påverkas inte av var i landet man bor. Förslaget innebär inga nya skyldigheter jämfört med vad som följer av nuvarande lagstiftning och lagstiftarens intensioner sedan länge. Genom att reglera närmare det som förväntas redan i dag görs ett visst intrång i självstyrelsen. Förslagen om primärvårdens grunduppdrag har dock utformats på en övergripande nivå och så att det finns utrymme för regional anpassning och lokala lösningar. Vår bedömning är att förslagen är metod- och teknikneutrala. Regleringen av primärvårdens grunduppdrag går enligt utredningen därför inte utöver vad som är nödvändigt för att åstadkomma en sådan förändring. En likvärdig god och nära vård i hela landet kan enligt utredningens mening inte uppnås på ett mindre ingripande sätt.

De grundläggande förutsättningar som krävs för att fullgöra ett brett grunduppdrag inom primärvården påverkas inte av geografiska förhållanden. Kraven som befolkningen ställer på kompetens och tillgänglighet i primärvården kommer i princip att vara samma i hela

landet. För att säkerställa att primärvården har samma förutsättningar att vara första vårdnivån i hela landet är det därför nödvändigt att även reglera grundläggande krav på primärvårdens tillgänglighet. Regleringen om att primärvården ska ha en mycket god tillgänglighet skapar utrymme för lokala och regionala anpassningar. Den går därför inte utöver syftet som föranleder den.

9.5.3 Övriga konsekvenser för landsting/regioner

Landstingens förfrågningsunderlag gällande Vårdval primärvård behöver anpassas så det säkerställs att utförare – såväl i egen regi som övriga – kan tillhandhålla de tjänster som krävs för att fullgöra grunduppdraget, ensam eller i samverkan med andra utförare.

It-system och digitalisering av vissa vårdprocesser är andra områden som behöver anpassas för att stödja den pågående omstruktureringen. En del av detta arbete görs nationellt, via Inera, men delar såsom patientadministrativa system hanteras på landstings/regionnivå. Detta behöver dock göras oavsett utredningens förslag.

9.5.4 Konsekvenser för en jämlik vård

Det finns ett stort antal empiriska studier som visat en samvariation mellan en ”stark” primärvård och en jämlik hälsa i befolkningen.[31] En väl utbyggd primärvård förbättrar tillgängligheten till vård för hela befolkningen. Grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar har oftare flera sjukdomar än andra grupper. Då primärvården fokuserar på individens hela sjukdomsbild förväntas primärvården bättre kunna möta individens samlade behov.

Utredningens förslag syftar alla till en förstärkt och mer tillgänglig primärvård med större kontinuitet och förbättrad tillgänglighet, något som förväntas bidra till en mer jämlik hälsa mellan olika befolkningsgrupper och mellan olika delar av landet.

Ett nationellt utformat uppdrag och mer enhetliga förfrågningsunderlag förväntas ge en mer jämlik tillgång till en likvärdig primärvård över hela landet.

[31] Starfield, B., Shi, L., Macinko, J, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, 2005.

9.5.5 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

En majoritet av hälso- och sjukvårdens personal är kvinnor och förslagen kan få betydelse för jämställdheten mellan män och kvinnor genom påverkan på arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården. Under senare tid har det t.ex. rapporterats om ökande sjukskrivningar p.g.a. utmattningssyndrom bland exempelvis unga kvinnliga läkare och höga sjukskrivningstal generellt inom vård- och omsorgsyrken.[32] Generellt gäller också att kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män, dubbelt så hög, mätt som sjukpenningtalet.[33] Det rapporteras även om att många sjuksköterskor, en starkt kvinnodominerad yrkesgrupp, väljer att lämna sina arbeten på vårdinrättningar runtom i landet p.g.a. ohållbara arbetssituationer.

En väl fungerande primärvård bedöms vara centralt för att kunna skapa sunda, stimulerande och välfungerande arbetsmiljöer för de kvinnor och män som arbetar inom hälso- och sjukvården. En förändring mot mer interprofessionella arbetssätt, ses som en central del i att kunna tillhandahålla en modern och välfungerande arbetsmiljö.

Förslagen väntas leda till en primärvård som är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Som en konsekvens av detta ges också bättre förutsättningar för vården och omsorgen att tillhandahålla ett samlat omhändertagande utifrån de behov som individuella kvinnor, män, flickor, pojkar eller personer med annan könsidentitet har, vilket kan förväntas bidra till en stärkt jämställdhet.

9.5.6 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Ett förtydligat uppdrag för primärvården förväntas leda till att patienten lättare vet vart man i första hand ska vända sig i vården samt vilken typ av vårdinsatser man kan förväntas få hjälp med i primärvården. Uppdragets fokus på kontinuitet och samordning förväntas ge en ökad patientsäkerhet och förbättrade möjligheter till att möta den enskilde patientens behov och ta tillvara patientens egna resurser. Samtliga dessa faktorer leder till en förbättrad upplevelse av vården.

[32] Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro per bransch och sektor, 2016.*
[33] Försäkringskassan, *Socialförsäkringsrapport 2017*, Socialförsäkringsrapport 2017:13, 2017, s. 56.

För att landstingens del av primärvårdens grunduppdrag ska erbjudas invånarna runtom i landet på ett likvärdigt sätt är det av stor vikt att invånarna både har möjlighet att fritt välja utförare och att de, oavsett vem de väljer, kan få hjälp att vid behov ta sig vidare till och få sin vård samordnad med andra delar av primärvården, vars tjänster inte kan tillhandahållas hos den aktuella utföraren. I propositionen genom vilken vårdvalsystem i primärvården infördes finns inte resonemang kring vilka effekter en möjlig fragmentisering av primärvården kan få för patientens möjlighet att få tillgång till en god och sammanhängande vård. Sedan dess har också återkommande undersökningar visat på fortsatt stora problem med bristande samordning i vården, och att patienter många gånger faller mellan stolar. Genom att tydligare framhålla att samtliga utförare i Vårdval primärvård själva eller i samverkan med andra ska kunna tillhandahålla de tjänster som krävs för att fullgöra grunduppdraget för primärvården, framhålls också vikten av att patientens behov tydligare sätts i fokus samtidigt som det fortsatt möjliggör för såväl större som mindre enheter att etablera sig som utförare. Patienten kan fortfarande välja att anlita vilken utförare som helst, men kan informeras om att utföraren har särskilt samarbete med vissa utförare, vilket underlättar samordning av patientens vård. I dag säger regelverket i vissa landsting att man utifrån konkurrensneutralitet inte får lov att särskilt rekommendera utförare i annat vårdval, t.ex. rehabilitering. Detta gör att patienten måste välja utförare utan vägledning från den som har samordningsansvaret för vården, vilket också försvårar utveckling av interprofessionellt teamarbete mellan olika utförare.

De medicinska resultaten i primärvården mäts i dag inte på aggregerad nivå på ett systematiskt sätt och det är därför svårt att mäta hur resultaten förändras. Förutsättningarna för förbättrade medicinska resultat bör dock finnas i det utökade uppdraget om det genomförs på ett sätt så att erforderliga resurser säkras. För att bättre kunna mäta medicinsk kvalitet i primärvården krävs också att medicinska data registreras och följs upp på ett systematiskt vis. Detta gäller såväl nationellt och regionalt som på den enskilda vårdcentralen och för den enskilde medarbetaren.

9.5.7 Konsekvenser för vårdens medarbetare

Utredningens förslag innebär att primärvårdens medarbetare får en starkare roll när det gäller att avgöra var gränsen ska gå mellan primärvårdens uppdrag och den övriga vården. I dag uppfattas ofta sjukhusklinikerna ensidigt sätta gränsen utifrån sina uppdrag och tillgängliga resurser.

Genom att ändra definitionen av primärvård vill utredningen åstadkomma ett skifte i synsätt. Om primärvården får ett tydligare uppdrag och befolkningens förtroende för den stärks så kommer individer söka sig dit för en första vårdkontakt. Det skapar förutsättningar för primärvården att i samråd med övriga vården avgöra var patientens vårdbehov tillgodoses på bästa sätt. Överenskommelser om gränssnitt och uppdrag kommer därför behöva ses över på olika nivåer och i dialog mellan vårdens olika aktörer.

Medarbetarna har ett ansvar att samordna befintliga resurser och kompetenser utifrån den enskilda patientens behov, preferenser och förutsättningar. När primärvårdens medarbetare bedömer att det finns behov av mer specialiserad kompetens, behöver denna finnas att tillgå utifrån patientens behov och inom ramen för vårdgarantin. Interprofessionellt arbetssätt och nyttjande av digitala lösningar för gemensamma bedömningar tillsammans med patienten kan i framtiden underlätta samordningsuppdraget.

Sammantaget väntas utredningens förslag leda till en bättre fungerande primärvård med ökad attraktivitet för vårdens medarbetare.

9.5.8 Konsekvenser för företagen

Utredningens förslag innebär ett tydliggörande för landstingen av vad som ska erbjudas i primärvården och därmed vilka krav landstingen behöver ställa på utförare i primärvården. Förslagen syftar också till en större likvärdighet över landet vilket förenklar för de företag som bedriver primärvård i flera landsting. Beroende på hur varje landsting väljer att organisera sin vård kan detta innebära att det kommer ställas andra och tydligare krav på utförare inom ramen för landstingens Vårdval primärvård. I förslaget ligger dock att en utförare inte behöver ha alla kompetenser inom den egna enheten utan kan utföra uppdraget i samarbete med andra aktörer eller tillsammans med landstingsdriven verksamhet. Detta medför att även

små företag kan godkännas som utförare, under förutsättning att utföraren uppfyller de krav som respektive landsting ställer upp och som krävs för att patienterna ska kunna få tillgång till alla kompetenser.

Kravet på att utförare i Vårdval primärvård på egen hand eller med hjälp av andra utförare i primärvården ska erbjuda patienter ett brett uppdrag som även har en mycket god tillgänglighet skulle kunna innebära vissa risker för mångfald och ny etablering. Om landstingen ställer för höga krav på varje utförare finns en risk att vissa företag inte hittar de samarbetspartners som krävs för att fullgöra hela uppdraget. Det kan i sig påverka mångfalden av utförare.

Motsvarande förutsättningar gäller i princip redan i dag utan att det framgår lika tydligt eftersom primärvårdsuppdraget inte är närmare reglerat. Utredningen bedömer därför att förslaget i praktiken inte bör få en så stor effekt på mångfalden och etableringsfriheten.

När mer av hälso- och sjukvård bedrivs i öppen vård, inklusive primärvård, skapar det ökade möjligheter för privata vårdföretag att etablera sig då det är i den öppna vården som majoriteten av privata utförare finns i svensk hälso- och sjukvård (privata utförare står i dag för drygt 40 procent av landets primärvård).

Utredningen lyfter också behovet av långsiktighet i villkor och ersättningssystem i landstingens vårdval för primärvård, vilket ger bättre förutsättningar för en mångfald av utförare.

9.5.9 Konsekvenser för EU-rätten

Utredningens bedömning: Förslagen bedöms förenliga med EU-rätten.

Berörd EU-rättslig reglering

Utredningen bedömer att förslagen är förenliga med EU-rätten. Av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen följer att medlemsstater är skyldiga att erbjuda viss vård till EU och EES medborgare. Utredningens förslag innebär inte någon förändring av de rättigheter som föreskrivs i den rättsakten.

9.5.10 Övriga konsekvenser

Den förväntade utvecklingen mot att mer vård ges i eller nära hemmiljön kommer att innebära mindre behov av transporter till sjukhus och andra vårdinrättningar för patienter. Denna minskning kan till viss del förväntas jämnas ut av att vårdpersonal i stället behöver transportera sig till patienterna, men samtidigt bör en större andel av vårdtillfällen (såsom t.ex. uppföljningsbesök) kunna ske genom distanslösningar vilket medför minskade behov av transporter. I norra Sverige är det t.ex. inte ovanligt att en patient kan behöva åka 15 till 20 mil enkel resa för ett uppföljningsbesök på ett sjukhus. Med befintliga tekniklösningar kan man redan i dag för vissa behov erbjuda möten på distans och med framtida utveckling lär dessa möjligheter bli än större. Sammantaget bedöms därmed förslagen leda till positiva konsekvenser för miljön.

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

10 Kontinuitet i primärvården

10.1 Vikten av kontinuitet

Utredningens bedömning: Kontinuitet i relationer mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är centralt för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården.

I slutbetänkandet av Effektiv vård lyfts särskilt fram att för vårdens storkonsumenter är personlig kontinuitet efterfrågat och önskvärt och kan innebära stora effektivitetsvinster, skapa ökad trygghet hos patienten och en bättre arbetsmiljö för vårdens medarbetare. Effektiv vård rekommenderar att kontinuiteten som bärande princip ska genomsyra styrning, organisation och arbetssätt i vården.[1] Även Vårdanalys rekommenderar landstingen att se över hur personkontinuiteten i primärvården kan stärkas och utformas på ett ändamålsenligt sätt. Detta mot bakgrund av att det finns en positiv samvariation mellan personkontinuitet till läkare och till såväl produktivitet som patientrapporterad kvalitet.[2] Samma resonemang torde gälla även andra yrkeskategorier.

Vår utredning ställer sig bakom nämnda rekommendationer, inte bara för personer med stort behov av vård, utan för alla som önskar en personkontinuitet i primärvården. Kontinuitet främjar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet i befolkningen. Effektiviteten ökar om patienten och vårdpersonalen redan känner varandra. På så sätt kan onödiga utredningar undvikas. Tilliten som kan skapas i längre relationer underlättar för patienten

[1] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, kapitel 13.
[2] Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017, s. 187.

att lyfta känsliga frågor, såsom begynnande psykisk ohälsa, missbruksproblematik eller våld i nära relationer. Möjligheten att samordna vården för personer med komplexa vårdbehov ökar väsentligt. Kontinuiteten kan utgå från en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt av annan profession eller ett helt vårdteam med flera olika professioner.

Dock måste vården respektera att alla patienter inte efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare. Graden av kontinuitet och relationsbyggande bör därför, såsom allt i vården, anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser.

Väl fungerande interna relationer är av stor vikt vid samverkan och kontakter mellan primärvård och annan vård i landsting/regioner och kommuner. Intern samverkan underlättas om samma personer är involverade runt en patient.

I många andra sjukvårdssystem står en fast läkarkontakt i primärvården för kontinuiteten i vården för de allra flesta medborgare. Utredningen bedömer att våra förslag om fast läkarkontakt kommer att leda till att merparten av Sveriges medborgare framöver kommer att ha en fast läkarkontakt i primärvården. Funktionen fast vårdkontakt som kan finnas i all hälso- och sjukvårdsverksamhet kan fylla en annan funktion än den fasta läkaren i primärvården. Den kan innehas av flera olika professioner (jfr 6 kap. 2 § PL).

Även för relationerna mellan vårdens medarbetare är personkontinuitet, uttryckt som fast läkare i primärvården eller fast vårdkontakt, och därpå följande tillitsfulla relationer viktiga förutsättningar, inte minst för ett interprofessionellt teamarbete där samverkan kan ske så smidigt och effektivt som möjligt.

10.2 Möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas

Utredningens förslag: Det ska förtydligas att patienten ska informeras om möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården hos den utförare i Vårdval primärvård som patienten valt.

Skälen till utredningens förslag: Redan i dag följer av 6 kap. 3 § PL att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården. Detta är även något som patienten enligt 3 kap. 2 § PL ska bli informerad om i sin kontakt med vården. I enlighet med 7 kap. 3 § HSL är landstingen vidare skyldiga att organisera sin primärvård så att det finns förutsättningar för alla som vill att välja en fast läkarkontakt. I dag har dock relativt få en fast läkarkontakt. I Nationell Patientenkät år 2017 svarade 51 procent positivt på frågan ”Får du träffa samma läkare vid dina besök på vårdcentralen?”, en andel som sjunkit från 54 procent år 2015. Enligt Vårdanalys[3] svarade år 2016 endast 42 procent av patienter i Sverige att man hade en fast läkarkontakt i primärvården. Resultatet bekräftas i en nyligen genomförd undersökning av Sveriges Läkarförbund[4]. I undersökningen uppgav 61 procent av de tillfrågade att de saknade fast läkarkontakt i primärvården. En orsak till resultaten kan vara att det inte finns tillräckligt många läkare i primärvården för att kunna erbjuda en fast läkarkontakt. Andra bidragande orsaker skulle kunna vara att regleringen i PL inte lyfts tillräckligt i landstingens förfrågningsunderlag för Vårdval primärvård och därför inte är tillräckligt känd hos patienter och vårdpersonal.

Avsaknad av fast läkarkontakt i primärvården gör att patienter går miste om både informations- och relationskontinuitet i vården. Detta är viktigt för många patienter, inte minst de med kroniska sjukdomar och/eller komplexa vårdbehov. Det skapar oro hos patienten att inte veta vem som är ansvarig för vården eller vilken läkare man får träffa nästa gång. Patienten får upprepa sin sjukdomshistoria flera gånger vilket kan försvåra både kommande utredning och behandling. Det försämrar även förutsättningar för en god samverkan mellan olika professioner inom primärvården och med andra delar av hälso- och sjukvården.

En fast läkarkontakt i primärvården ger förutsättningar för en sammanhållen planering av utredning och behandling. Det minskar i sig risken för onödiga undersökningar och behandlingar. Läkaren får en bättre överblick över pågående aktiviteter. En tillitsfull relation kan även minska patientens behov att söka vård vid vissa tillfällen eller vid platser där adekvat vård för patientens aktuella tillstånd inte kan ges, t.ex. nattetid på akutmottagningen. Dessutom ger en

[3] Vårdanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv 2016,* s. 80.
[4] Sveriges Läkarförbund, *Åtta av tio vill ha fast läkare enligt ny undersökning från Novus*, 2018-04-11.

tillitsfull relation bättre förutsättningar för patienten att ta upp potentiellt känsliga ämnen som kan ha betydelse för hälsan.

För att patienten ska kunna ta tillvara sin möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt är det nödvändigt att patienten får information om att en sådan möjlighet finns och på vilket sätt detta kan främja patientens hälsa och vård. Utredningen föreslår att det förtydligas i PL att patienten ska få tillgång till och möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården. Motsvarande förtydligande bör även införas i bestämmelsen om vilken information som ska lämnas till patienten.

Huvudmannen måste också organisera primärvården så att det skapas förutsättningar för alla som vill ha en fast läkarkontakt att få en sådan. Samma krav måste ställas både på primärvårdsverksamhet som bedrivs i egen regi och i andra driftsformer.

Det är sannolikt att personer med kroniska sjukdomar och komplexa vårdbehov upplever ett större behov av att bygga en långsiktig relation med en namngiven läkare i primärvården. Det kan även finnas patienter eller patientgrupper som av andra skäl vill ha en fast läkarkontakt. Även vid mer sporadiska kontakter kan förebyggande åtgärder, t.ex. avseende livsstilsförändringar, underlättas av att patienten har möjlighet att återkommande träffa samma läkare. Alla som önskar en fast läkarkontakt ska få det utan att behöva motivera sin önskan.

Det finns även patienter som av olika skäl inte vill ha en fast läkarkontakt, där t.ex. möjligheten att snabbt få komma i kontakt med en läkare kan vara viktigare än att vänta något på en viss läkare. En del patienter kan även uppskatta att träffa olika läkare för olika åkommor, något som lyfts i våra dialoger med patienter och brukare. Patienten måste därför själv vid varje tillfälle få möjlighet att avgöra vad den känner sig mest bekväm med. I valmöjligheten ligger även att en patient måste kunna byta fast läkarkontakt om relationen inte fungerar.

Ett annat perspektiv på kontinuitet

Jag har länge saknat en mer nyanserad diskussion kring begreppet ”kontinuitet” inom primärvården. Att hela tiden envist upprepa att kontinuitet är en av de viktigaste kvalitetsindikatorerna riskerar att skapa en självreproducerande tankefälla. Genom att i exempelvis enkäter ställa frågan ”Fick du träffa samma läkare …?” implicerar samhället önskvärdhet och genererar därmed förväntan som i sin tur blir till värderingar av kvalitet och inte alltför sällan missnöje, då kontinuitet inte erbjuds. Om vi leker med tanken att vi i stället skulle fråga patienterna – ”Fick du möjligheten att träffa en ny läkare…?” så skulle denna fråga spegla en helt annan värdering och därmed sannolikt också påverka vår syn på kvalitet.

Häromdagen skulle jag själv beställa tid på min vårdcentral och då sköterskan upplyste mig om att ”min” doktor inte hade tid förrän om sex veckor så svarade jag att jag gärna träffade en annan doktor om det var möjligt. Detta skulle gå att ordna, fick jag besked om, men innan vi avslutade samtalet så uttryckte sköterskan det beklagliga i att jag inte fick träffa min ”vanliga” doktor.

Här var det alltså vården själv som poängterade och konserverade idén om vikten av fast läkarkontakt trots att jag som patient inte kände mig ett dugg beroende av kontinuitet i just i detta fall.

Otaliga är de berättelser från både patienter och profession, som jag fått till mig, där man vittnat om långvariga patient-läkarrelationer och där patienten blivit både feldiagnosticerad och felbehandlad under åratal. Detta missförhållande har ofta uppdagats först vid kontakt med just en ny läkare.

Självklart finns det patienter som är extra sårbara och där fast läkarkontakt är av yttersta vikt men icke att förglömma så är vi många ”sällanpatienter” och även kroniskt sjuka som inte sätter detta överst på kvalitetslistan, utan snarare tycker det är viktigare att ha snabb tillgång till läkarkontakt då vi behöver. Dessutom kan det finnas en medicinsk säkerhetsaspekt i att få möjlighet till flera bedömningar via olika läkarkontakter.

Då jag pratar med patienter om fast läkarkontakt så läggs oftast vikten vid att ”slippa upprepa sin historia, om och om igen”. Detta aber borde vi kunna lösa på annat sätt än att alltid kräva just läkarkontinuitet.

10.2.1 Vem kan vara fast läkarkontakt i primärvården?

Utredningens förslag: Det ska införas krav på att fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens eller vara läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin.

Skälen för utredningens förslag: För att fullgöra uppdraget som fast läkarkontakt i primärvården krävs en bred medicinsk kompetens. Den naturliga kompetensen är den som motsvaras av specialistkompetens i allmänmedicin. Tillgången till specialister i allmänmedicin är i dag inte tillräcklig för att täcka behovet av fast läkarkontakt om den uttalade målsättningen är att alla i befolkningen ska kunna erbjudas det. Detta var huvudskälet till att kravet på att en fast läkarkontakt i primärvården skulle vara specialist i allmänmedicin togs bort ur HSL i samband med vårdvalsreformen år 2010. Utredningen menar dock att specialistkompetens i allmänmedicin är så central för primärvårdens kvalitet att denna kompetens särskilt måste lyftas och att en plan för att utbilda tillräckligt många specialister i allmänmedicin måste tas fram. Detta då det är den specialitet som i sin kompetensbeskrivning har primärvårdens uppdrag, att möta grundläggande behov av hälso- och sjukvård utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Även specialistläkare med annan generalistkompetens, såsom geriatrik och barn- och ungdomsmedicin skulle kunna fullgöra uppdraget inom sin respektive specialitets målgrupp. Båda dessa specialiteter har också en kompetens som inkluderar förebyggande och rehabiliterande åtgärder inom sina respektive åldersgrupper. För geriatrik anges i Socialstyrelsens målbeskrivning för ST att man ska kunna handlägga gruppen äldre patienter. För barn- och ungdomsmedicin gäller åldersspannet 0–18 år. Utredningen bedömer att dessa både specialiteter har den generalistkompetens som krävs för att kunna vara fast läkarkontakt i primärvården. En geriatriker kan t.ex. vara fast läkarkontakt för äldre patienter som har hemsjukvård eller som bor på särskilt boende, men även för andra äldre patienter. En specialist i barn- och ungdomsmedicin kan vara fast läkarkontakt för barn 0–18 år och vid behov kombinera detta t.ex. med tjänstgöring inom barnhälsovården.

ST-läkare i allmänmedicin bör som en naturlig del av sin specialiseringstjänstgöring vara fast läkarkontakt, i detta liksom i andra utbildningsmoment under handledning. Det är centralt för specialiteten att arbeta med kontinuitet över tid och med ansvar för en avgränsad grupp patienter. Handledningen säkrar att ST-läkaren uppfyller kompetenskraven. Utredningen bedömer att även övriga specialiteter kan komma i fråga, men då under en kompletterande specialiseringstjänstgöring i syfte att erhålla dubbel- eller trippelspecialistkompetens.

Det finns i dag en mindre grupp läkare med annan specialistkompetens än ovanstående, som har tjänstgjort länge i primärvården. De har många gånger en kompetens som är att se som likvärdig med kompetensen hos en specialist i allmänmedicin. Det bör uttryckligen anges i förordningsbestämmelsen att sådan likvärdig kompetens också uppfyller kraven på kompetens och erfarenhet för funktionen fast läkarkontakt. Utgångspunkten är dock att läkare med andra specialiteter än de ovan nämnda ska ansöka om dubbelspecialisering och vid behov genomgå kompletterande sidotjänstgöring. Om detta inte bedöms vara rimligt (t.ex. beroende på nära förestående pensionering) bör läkaren kunna få dispens att vara fast läkarkontakt. Huvudmannen bedöms kunna ge denna dispens, i samråd med t.ex. studierektorsfunktion i allmänmedicin.

Krav på kompetens och erfarenhet hos en fast läkarkontakt kan regleras i förordning. Det förutsätter dock ett bemyndigande från riksdagen. Det bör med hänsyn till HSL:s struktur placeras i 7 kap. 3 § HSL där skyldigheten att tillhandahålla en fast läkarkontakt i Vårdval primärvård regleras.

Dubbelspecialisering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter[5] får en läkare högst tillgodoräkna sig två och ett halvt år från tidigare specialiseringstjänstgöring vid dubbel- eller trippelspecialisering. För allmänmedicin är Socialstyrelsens praxis att det krävs minst 2,5 års tjänstgöring i primärvården för att man ska kunna få specialistbevis i allmänmedicin. Flertalet specialiteter har även behov av annan kompletterande sidotjänstgöring, be-

[5] 6 kap. 1 §., Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8), *om läkarnas specialiseringstjänstgöring.*

roende på vilken grundspecialitet man har. Det innebär att det i praktiken tar 3 till 4 år att erhålla allmänmedicin som en ytterligare specialitet. Under specialiseringstjänstgöring i syfte att erhålla dubbel- eller trippelspecialitet bör man vara fast läkarkontakt i primärvården på samma sätt och med samma krav på handledning som för andra ST-läkare i allmänmedicin.

10.2.2 Antalet patienter per fast läkarkontakt i primärvården bör kunna begränsas

Utredningens förslag: Det ska förtydligas att möjligheten att välja en fast läkarkontakt i primärvården är kopplad till den utförare som patienten har valt inom Vårdval primärvård.

Socialstyrelsen ska få meddela de föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård.

Skälen för utredningens förslag

Fast läkarkontakt hos vald utförare i Vårdval primärvård

Enligt 7 kap. 3 § HSL har alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård rätt att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster i primärvården och att välja fast läkarkontakt oavsett till vilket landsting patienten hör. Detta sker i dag genom specifika listningssystem i varje landsting. I dag framgår inte klart av regleringen att den fasta läkarkontakten ska finnas hos den utförare som patienten har valt. Enligt utredningens mening är det däremot rimligt att det är så regleringen är tänkt att fungera. Denna avsikt bör förtydligas. Det bör därför framgå av regleringen i 7 kap. 3 § HSL och i 6 kap. 3 § PL att möjligheten att välja fast läkarkontakt är kopplad till den utförare i Vårdval primärvård som patienten har valt. Valet av utförare i Vårdval primärvård styr därmed verksamhetsansvar och ekonomisk ersättning på samma sätt som i dag. Om en läkare byter arbetsplats behöver patienter få möjlighet att välja en ny fast läkarkontakt eller byta utförare för att följa med sin tidigare fasta läkarkontakt.

Det finns förespråkare för att i Sverige likt en del andra länder föreslå att den listning som sker ska ske direkt på, och enbart på, en

enskild läkare i primärvården, dvs. att val av en enskild fast läkarkontakt ska utgöra grunden i vårdvalet i stället för en utförande enhet, och därefter vid denna enhet en fast läkarkontakt. Så sker i dag i flera andra länder, t.ex. i Danmark och Norge. I dessa länder är också ersättningen direkt kopplad till den enskilde läkaren som har avtal med kommun/stat. Den enskilde läkaren får i sin tur anställa eller sluta avtal om andra tjänster inom primärvården. Systemen har likheter med det system med ”nationell taxa”[6] som i liten skala finns i Sverige även för specialister i allmänmedicin, och som för närvarande är under översyn.[7]

Sverige har, till skillnad från dessa länder, historiskt väl utbyggda team av flera samverkande professioner på flertalet enheter i primärvården. Detta teamarbete behöver utvecklas ytterligare för att kunna möta en växande grupp av patienter med komplexa behov. Behovet av interprofessionellt arbetssätt nämns som utvecklingsområden i de länder där primärvården av tradition utgår från en-läkarenheter, såsom t.ex. Norge och Danmark. Utredningen bedömer därför att det inte är ändamålsenligt att svensk primärvård utvecklas i motsatt riktning mot den utveckling som ses i våra nordiska grannländer. Betydelsen av fast läkarkontakt bör betonas och stärkas, samtidigt som möjligheten och förutsättningarna för en fortsatt nära samverkan med andra yrkesgrupper bevaras.

Bestämmelser för fast läkarkontakt

För att möjliggöra en god och patientsäker vård måste uppdraget som fast läkarkontakt i primärvården kunna avgränsas. En rimlig begränsning av antal patienter per fast läkarkontakt kan t.ex. ge bättre förutsättningar för den enskilde läkaren att vara tillgänglig för sina patienter och erbjuda en god och säker vård. Det ger även läkaren möjlighet att ha kontroll över sin arbetssituation. En god arbetsmiljö för medarbetare i primärvården är även en grundläggande förutsättning för att primärvården ska ses som en attraktiv arbetsplats.

Enligt utredningens mening finns det alltså behov av närmare bestämmelser om patientansvar för fast läkarkontakt för att kunna garantera en god och säker vård. Utredningen föreslår därför att

[6] Förordning (1994:1121), *om läkarvårdsersättning*.
[7] S2017/00594/FS, *Uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet.*

Socialstyrelsen bemyndigas att ta fram de bestämmelser om fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård. Ett bemyndigande om det bör placeras i hälso- och sjukvårdsförordningen. Enligt utredningens mening bör bestämmelser om läkarens patientansvar beakta läkarens kompetens och erfarenhet, vilka patientgrupper som läkaren ansvarar för eller som är vanligt förekommande på den vårdenhet där denne tjänstgör, samt andra uppdrag, tjänstgöringsgrad m.m.

När det gäller hur många patienter som det är rimligt att vara fast läkarkontakt för har 1 500 genomsnittliga patienter per fast läkarkontakt ofta använts vid beräkningar av behov på aggregerad nivå. Siffran bygger på tidigare utredningar kring primärvårdens dimensionering. Under husläkarreformen[8] i mitten på 1990-talet var riktvärdet 1 500–2 500 listade per heltidsarbetande husläkare. I Nationella handlingsplanen[9] år 1999 gjordes beräkningarna utifrån 1 500 genomsnittliga invånare per heltidslista, en norm som Arbetsmiljöverket utgått ifrån i samband med en nationell tillsyn av den psykosociala miljön vid vårdcentraler.[10] I det aktuella tillsynsärendet framkom att vissa läkare på en vårdenhet ansvarade för mer än 2 400 patienter. Arbetsmiljöverket beslutade att Region Örebro skulle följa upp arbetsbelastningen för de aktuella läkarna månatligen.

I det norska fastlegesystemet[11] kan en fastlege ha mellan 500 och 2 500 personer på sin lista. Man kan hos kommunen ansöka om dispens för en mindre lista än 500 personer, men inte om större än 2 500 personer. I Danmark är heltidsarbetande läkare i primärvården skyldiga att lista upp till 1 600 individer[12]. Därutöver kan läkare själva välja listningstak. För att få lista fler än 2 700 individer behövs särskilt tillstånd. I Nederländerna är normen mellan 800 och 2 750 invånare per läkare.

Utredningen anser att det inte är lämpligt att i författning ange ett exakt antal patienter som en läkare kan vara fast läkarkontakt för eftersom det bör kunna variera beroende på flera olika kriterier. En sådan numerär reglering kan vara svår att anpassa till hälso- och sjukvårdens utveckling och framtida vårdbehov. Antalet patienter bör även påverkas av t.ex. hur erfaren läkaren är, vilka andra uppdrag denna har, vilken typ av patienter som generellt är listade på enheten

[8] SOU 1994:126, *Husläkarreformens första halvår, delbetänkande av husläkardelegationen.*
[9] *Socialutskottets betänkande*, 2000/01:SOU05.
[10] *Arbetsmiljöverkets tillsynsärende,* dnr IRM/2013/11752.
[11] FOR-2012-08-29-842, *Forskrift om fastlegeordning i kommunene.*
[12] Vårdanalys, *Primärvårdens resurser, styrning och organisation*, 2017.

eller annars söker vård där. Det kan också påverkas av hur ansvars- och arbetsfördelningen är mellan läkare och andra professioner. Det kan övervägas om det även för svenska förhållanden är lämpligt att ange ett intervall. Utredningen utesluter däremot inte att begränsningar kan utformas även på andra sätt än att anges i siffror. En förutsättning är att bestämmelserna kan följas upp. Faktorer som bör påverka i riktning mot en mindre lista är till exempel deltidstjänstgöring eller ett omfattande uppdrag gällande äldre och/eller multisjuka. Vid ett uppdrag som helt fokuserar på äldre multisjuka kan ansvaret behöva begränsas ytterligare. Andra faktorer att beakta kan vara andel olistade patienter i verksamheten och den del av arbetstiden som läkare behöver ta hand om dessa patienter samt andra uppdrag (forskning, utbildning etc.) som läkaren har. ST-läkare i början av sin specialiseringstjänstgöring kan ha ansvar för ett mindre antal patienter och sedan successivt öka antalet patienter under specialiseringstjänstgöringen.

Även den övre gränsen bör vara väl tilltagen för att möjliggöra anpassning hos utförare som har en friskare population eller ett väl utbyggt samarbete med andra professioner och där läkaren därför kan ansvara för fler patienter.

Det är vårdgivaren som ansvarar för patientsäkerhet och kvalitet. Det bör vara verksamhetschefen som tillsammans med den enskilde läkaren, utifrån lokala förhållanden, reglerar uppdraget för den enskilde läkaren. Detta uppdrag kan komma att ändras om sammansättningen av patientgruppen förändras eller om andra förutsättningar ändras, t.ex. andel patienter på enheten som själva avstår eller på grund av brist temporärt inte kan erhålla fast läkarkontakt. En patient bör kunna ställas i kö till en specifik fast läkarkontakt i väntan på att läkaren kan ta emot nya patienter. Landstingen behöver därför ha system för att kunna hantera en kölista, se exempel från Region Uppsala.

Tillfällig begränsning – kölista vid byte/omlistning

När det gäller listning till vårdcentraler så finns det ingen övre gräns för antal listade. Det betyder att ingen ska nekas listning på vårdcentral.

När det gäller listning på husläkare kommer taken att finnas kvar vid behov. Det är respektive chef för vårdcentralen som själv vid behov beslutar om och när en begränsning i listningen på respektive husläkare ska införas. Taket anges i viktade personer. Det betyder att listade ska ställas på kö om en husläkare har fullt på sin lista. Meddelande om begränsning i listningen anmäls till Husläkarkansliet.

En person kan ställa sig i kö till en husläkare och fortsätta vara listad på annan eller samma vårdcentral eller annan husläkare. Invånarna kan endast stå i kö till en husläkare åt gången.

Husläkarkansliet kommer att lämna information till respektive vårdcentral om antal personer som står i kö för att underlätta för vårdcentralerna att kunna bedöma och planera kapaciteten.[13]

10.2.3 Rollen som fast läkarkontakt och förhållandet till funktionen fast vårdkontakt

Fast läkarkontakt i primärvård har det samordnande ansvaret för patientens vård. Däremot har fast läkarkontakt inte det medicinska ansvaret för vård som ges inom andra delar av hälso- och sjukvården. För att kunna ta ett samordnande ansvar behöver läkaren kunna ta del av information om vård både vid andra enheter och vårdprocesser hos samma vårdgivare och vård som utförs av en annan vårdgivare. En grundläggande förutsättning är att patienten samtycker till en sådan informationsdelning. Samtycket måste också dokumenteras och följas upp kontinuerligt. Det är därför viktigt att patienten framför allt i samband med nya vårdkontakter får information om hur hens personuppgifter kommer att behandlas och tillfrågas om patienten godkänner att primärvården får tillgång till uppgifter om patientens vård vid det aktuella tillfället. Det innebär också att fast läkarkontakt behöver informeras när en patient skrivs in i slutenvård, samt involveras i samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Fast läkarkontakt ansvarar också för planering av läkarvård samt för samordning av vårdinsatserna hos den egna utföraren i Vårdval

[13] Vårdval Region Uppsala. *Regelbok för vårdcentral.*

primärvård såvida inte en fast vårdkontakt finns, som tagit på sig samordningsuppdraget.

Även om största möjliga kontinuitet eftersträvas, kan den fasta läkarkontakten inte alltid vara tillgänglig. Fokus bör vara att fast läkarkontakt är tillgänglig för alla planerade kontakter och så långt möjligt även för mer brådskande behov. För patienter med komplexa behov är det av vikt att fast läkarkontakt tillsammans med patient och andra berörda aktörer gör en vårdplan, så att annan läkare vid behov kan följa den planen. På så sätt uppnås kontinuitet i behandlingen även om den inte alltid är möjlig att uppnå på personnivå.

Utöver eller i stället för fast läkarkontakt i primärvården ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. För resonemang kring förhållandet fast läkarkontakt och fast vårdkontakt hänvisas till avsnitt 5.1.7 och 9.2.5.

10.2.4 Patienter som inte valt fast läkarkontakt

Landstinget är huvudansvarig för att organisera verksamheten så att även behoven hos de patienter som inte valt utförare inom landstingets Vårdval primärvård och/eller fast läkarkontakt säkerställs. Det är därför viktigt att landstinget ställer krav på utförare som har uppdrag inom Vårdval primärvård att bemanna så att detta behov kan mötas. Detta för att alla ska få samma goda vård.

Vi ser tre undergrupper:

- Patienter som valt utförare i Vårdval primärvård och vill välja fast läkarkontakt men där den önskade läkaren inte kan ta emot fler patienter. Här kan patienten välja att ställa sig i kö till önskad läkare och anses då sakna fast läkarkontakt.
- Patienter som valt utförare aktivt men valt att avstå från möjligheten att välja fast läkarkontakt.
- Patienter som valt att avstå från att välja utförare i landstingets Vårdval primärvård. I vissa landsting blir man då passivt listad på en vårdcentral och måste aktivt säga till om man inte vill bli listad.

Passiv listning på utförare underlättar för utföraren som då erhåller kapiteringsersättning för patienten, vilket möjliggör för utföraren att dimensionera sin verksamhet så att man kan möta behoven även hos passivt listade patienter. Om man inte tillämpar passiv listning får utförare som tar emot dessa patienter särskild ersättning för detta. Utredningens förslag ändrar inte på dessa förhållanden.

10.2.5 Tillgången till fast läkarkontakt bör följas upp

Tillgången till fast läkarkontakt behöver kunna följas upp såväl nationellt som regionalt. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys har tidigare följt kontinuitet i primärvården och bör ha ett fortsatt uppdrag att göra så. Uppföljningen av god vård, kvalitet och lagefterlevnad inom hälso- och sjukvården sker i enlighet med respektive statlig myndigheters uppdrag.

Enligt utredningen är det lämpligt om det av patientjournalen framgår vilken läkare som är fast läkarkontakt för patienten. Denna information bör också göras tillgänglig i Nationella patientöversikten (NPÖ) för att vara tillgänglig för övriga aktörer i vården.

10.2.6 Relaterade frågor med behov av vidare utredning

Utredningens bedömning: Det finns ett behov av att se över möjligheten att begränsa antal listade patienter hos utförare inom vårdvalssystem. Det finns även behov av att se över möjligheten att årsvis begränsa hur många gånger en patient kan välja att byta utförare av Vårdval primärvård. Detta bör ske inom ramen för utredningen ”Styrning för en mer jämlik vård” som bl.a. har i uppdrag att se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

Enligt utredningens bedömning saknar landsting/regioner enligt 7 kap. 3 § HSL möjlighet att neka enskilda att fritt lista sig hos en utförare i Vårdval primärvård. En utförare kan därmed inte begränsa antalet patienter som listar sig hos utföraren. Det är därmed inte heller upp till utföraren att välja i vilken skala den vill bedriva sin primärvårdsverksamhet. För en vårdgivare kan detta vara problematiskt av flera skäl. Det kan finnas praktiska hinder för en utförare att växa, om

lokalerna inte är möjliga att utvidga och alternativa lokaler inte finns. Då finns en risk att en välfungerande utförare börjar fungera sämre och t.o.m. kan behöva lägga ner sin verksamhet. Även tillfälliga problem kan uppstå p.g.a. att man inte hinner rekrytera personal till en utförare som växer snabbt. Alla utförare vill inte heller ansvara för att driva en stor verksamhet. Utredningen ser därför ett behov för utförare att i vissa fall kunna sätta stopp för ytterligare listning, tillfälligt men även permanent. För att skapa förutsättningar för mångfald behöver det vara möjligt att bedriva även mindre verksamheter med ett mer begränsat antal patienter. Utredningen anser att det är angeläget att frågan ses över.

Det finns även behov av att se över möjligheten att årsvis begränsa hur många gånger en patient kan välja att byta utförare av Vårdval primärvård.

Båda dessa områden bör utredas inom ramen för utredningen ”Styrning för en mer jämlik vård” som bl.a. har i uppdrag att se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

10.3 Steg mot säkrad bemanning

10.3.1 Aktuell situation

Bristen på specialister i allmänmedicin har de senaste decennierna varit ett problem och gjort det svårt för landstingen att säkra bemanningen så att alla som vill ska kunna få en fast läkarkontakt i primärvården. Utredningen bedömer att åtgärder behöver vidtas för att säkerställa att det utbildas tillräckligt många specialister i allmänmedicin och så att andelen specialister i allmänmedicin i förhållande till samtliga specialister ökar.

Antal läkare i primärvården

Enligt Socialstyrelsen[14] fanns det den 31 december 2015, 7 149 läkare under 65 år med utfärdat specialistbevis i allmänmedicin. Antalet hade ökat med 381, eller 6 procent, jämfört med ett år dessförinnan. Därutöver fanns det 2015, 4 116 läkare 65 år och äldre med specialistbevis i allmänmedicin, en minskning med 33 eller 0,8 procent, se tabell 10.1.

[14] Socialstyrelsen, *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2015*, 2016.

Tabell 10.1 Antal utfärdade specialistbevis i allmänmedicin

Antal specialistbevis	2014	2015	Förändring
64 år	6 768	7 149	+6,0 %
65 år–	4 149	4 116	-0,8 %
Totalt	**10 917**	**11 265**	**+3,2 %**

I Socialstyrelsens prognoser fram t.o.m. 2025[15] använder man i stället måttet antalet sysselsatta under 70 år inom hälso- och sjukvården. I den senaste statistiken från Socialstyrelsen[16] var antalet sysselsatta specialister i allmänmedicin under 70 år 5 974 stycken (2015). En stor andel av dagens specialister i allmänmedicin är nära eller över pensionsåldern (65 år). Av 5 974 sysselsatta under 70 år var 877 (14,7 procent) över 65 år och ytterligare 1 144 (19,1 procent) mellan 60–64 år (2015). Den prognosticerade utvecklingen för åren 2012 till 2025 är negativ, med en minskning på 11 procent eller cirka 600 personer om nettoinvandringen är oförändrad, och med en minskning på 37 procent eller drygt 2 000 personer om nettoinvandringen är noll. Huvudskälet till minskningen är stora pensionsavgångar. Statistiken tar ingen hänsyn till tjänstgöringsgrad.

Sveriges läkarförbund gjorde 2012 en undersökning av primärvårdens läkarbemanning[17]. Undersökningen genomfördes som en enkätundersökning till landets samtliga vårdcentraler och hade en svarsfrekvens på 98,5 procent. Omräknat till heltider fanns det, enligt rapporten, då 4 784 specialistläkare som arbetade i primärvården, varav 85 procent på fasta tjänster, resten på vikariat längre än en månad. Drygt 90 procent var specialister i allmänmedicin, men cirka 250 läkare hade annan specialitet, de största specialiteterna var geriatrik och barn- och ungdomsmedicin. Läkare som var lediga för semester eller kortare sjukdomsperiod räknades in, men inte de med längre ledigheter. Den vecka undersökningen gjordes arbetade 949 personer som hyrläkare eller på kortare vikariat (mindre än 1 månad) i primärvården, varav 71 procent var specialister i allmänmedicin. Det går inte ur undersökningen att utläsa hur många av hyrläkarna som enbart arbetade som hyrläkare och hur många som samtidigt hade tjänst på

[15] Socialstyrelsen, *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården, åren 2012–2025*, 2014.
[16] Socialstyrelsen, *Statistikdatabas över hälso- och sjukvårdspersonal.*
[17] Sveriges läkarförbund, *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning*, 2013.

vårdcentral eller på sjukhus och tjänstgjorde som hyrläkare på sin fritid. Läkartätheten varierade stort, såväl mellan olika landsting som mellan olika enheter. I rapporten dras slutsatsen att det saknades motsvarande 1 400 heltidsarbetande specialister då undersökningen gjordes, i förhållande till måttet 1 500 invånare/heltidsarbetande läkare i primärvården. ST-läkarna räknades inte med i beräkningsunderlaget.

Antal ST-läkare i allmänmedicin var enligt Sveriges läkarförbunds undersökning 2012 1 863 stycken och enligt Socialstyrelsens enkät 2017[18] drygt 1 800 i hela landet. I Socialstyrelsens enkät deltog 18 landsting (ej Jönköping, Gävleborg och Norrbotten), så siffran är i verkligheten något högre. 2012 hade dessa tre landsting 164 ST-läkare i allmänmedicin. Om antalet ST-läkare i dessa landsting inte har minskat är totalantalet ST-läkare i hela landet i dag minst cirka 2 000. I vissa landsting ökar antalet ST i allmänmedicin och utredningen uppfattar att söktrycket är stort. I Region Skåne har till exempel antalet regionalt finansierade ST (utbildningsbidrag) ökat från 232 år 2014 till 327 år 2018, dvs. en ökning på 40 procent på fem år.

Utredningens förslag innebär att även ST-läkare i allmänmedicin ska kunna vara fast läkarkontakt i primärvården. Utredningen uppskattar att en ST-läkare i genomsnitt kan ansvara för motsvarande en tredjedels specialist i allmänmedicin. Hänsyn är då tagen till att ST-läkaren i början av sin specialiseringstjänstgöring har en mindre lista, i slutet en större samt att ST-läkaren förlägger cirka 40 procent av sin specialiseringstjänstgöring utanför primärvården vid s.k. sidotjänstgöringar.

Med stor medvetenhet om osäkerheten i befintliga underlag, uppskattar utredningen, att det i dag finns läkare motsvarande cirka 6 000 heltidsarbetande allmänläkare som skulle kunna arbeta som fast läkarkontakt i primärvården, se även avsnitt 10.3.2.

Omfattningen på primärvårdens uppdrag

På senare år har primärvårdens uppdrag vuxit organiskt. Primärvården har tagit ett allt större ansvar för personer med en eller flera kroniska sjukdomar, psykisk ohälsa, äldre och andra med komplexa behov. Företagshälsovården har sedan 1990-talet minskat och en miljon arbetstagare saknar i dag tillgång till företagshälsovård. Företagshälsovården

[18] Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet 2018*, 2018.

har också ändrat karaktär och många företag upphandlar i dag endast hälsokontroller.[19] Detta har bidragit till ett ökat uppdrag för primärvården, inte minst kring sjukskrivning och rehabilitering.

Samtidigt har primärvården under samma period förstärkts med många andra kompetenser än allmänläkare och distriktssköterskor. Sjuksköterskor med avancerad utbildning i t.ex. diabetes, hjärtsvikt, KOL och demens, ger i dag självständigt vård till patienter med kroniska sjukdomar, i samråd med patienten och dennes läkare samt övriga i teamet. Distriktssköterskor har fått förskrivningsrätt för vissa läkemedel. Fysioterapeuter i första linjen för patienter med problem från rörelseorganen blir allt vanligare, liksom psykolog i första linjen för patienter som söker för psykisk ohälsa. Teamarbete har på många ställen utvecklats (jfr bilaga 3 om interprofessionellt arbete). Andra kompetenser som patienter i dag kan möta i primärvården är arbetsterapeuter, dietister och hälso- och sjukvårdskuratorer. Farmaceuter finns i allt större utsträckning tillgängliga för t.ex. läkemedelsgenomgångar.

Sammantaget gör utredningen bedömningen att dessa båda trender tar ut varandra och att ett rimligt värde som planeringsunderlag avseende läkare i primärvården därmed är detsamma som 1999, dvs. 1/1500, vilket också ligger i mitten av de spann som tillämpas i andra länder, såsom Norge, Danmark och Nederländerna.

För resonemang kring behov av andra kompetenser än läkare hänvisas till avsnitt 9.2

Produktivitet

I internationella jämförelser uppvisar svenska läkare en lägre produktivitet än läkare i andra länder, mätt som antal besök per läkare och år.[20] Statistiken rör all öppenvård inklusive primärvård. Någon jämförbar statistik för enbart primärvård finns inte.

Det finns sannolikt flera förklaringar till den lägre produktiviteten i Sverige, såväl utifrån hur man mäter som hur primärvårdens uppdrag och organisation ser ut i olika länder samt hur lagstiftning kring arbetstider, semester och föräldraledighet är utformad. Utredningen ser bl.a. följande möjliga förklaringar:

[19] SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder – studiehandbok från FHV-delegationen*.
[20] Vårdanalys, *Primärvården i Europa*, 2017.

1. Sverige har, delvis till följd av en långvarig brist på läkare i primärvården, kommit långt när det gäller att introducera andra professioner i primärvården. Det innebär att läkarbesöken i större utsträckning rör mer komplexa problem och därför tar längre tid. Mer tid behöver också läggas på samordning av olika vårdinsatser.
2. Bristande kontinuitet i Sverige gör att varje läkarbesök tar längre tid än när läkare och patient känner varandra sedan tidigare.
3. En stor andel fast ersättning i landstingens vårdvalssystem. Styr mot att man löser flera problem vid samma besök, jämfört med om man har en större andel rörlig besöksersättning.

Den fortsatta digitaliseringen av hälso- och sjukvården förväntas också få betydelse för produktivitet och effektivitet i primärvården och för samordningen med övriga delar av hälso- och sjukvården. Den fortsatta utvecklingen kan innebära effektivitetsvinster för patienter och vårdens professioner, men i vilken utsträckning och hur snabbt är fortfarande för tidigt att säga.

Tillgång på läkare

Utredningen har gjort bedömningen att underlaget från Sveriges Läkarförbund[21] bäst speglar den verkliga bemanningen i primärvården Detta eftersom det, till skillnad från Socialstyrelsens underlag, fångar de läkare som faktiskt är verksamma inom primärvården (Socialstyrelsens underlag omfattar sysselsätta specialister i allmänmedicin, men säger inget om var dessa är sysselsätta). Jämfört med 2012 finns i dag fler läkare med specialistbevis i allmänmedicin. Då pensionsavgångarna samtidigt är stora väljer utredningen att använda samma bemanningstal för att beskriva nuvarande tillgång på specialister i allmänmedicin, dvs. motsvarande cirka 4 800 heltidsarbetande specialistläkare.

Till det kommer cirka 2 000 ST-läkare i allmänmedicin, vilket enligt ovanstående resonemang, uppskattas motsvara cirka 665 specialister. Därutöver tillkommer de specialister i allmänmedicin som i dag arbetar som hyrläkare. Utredningen har försiktigt räknat med att hälften av de hyrläkare som finns med i underlaget från Sveriges Läkarförbund är hyrläkare utan underliggande anställning och att dessa

[21] Sveriges läkarförbund, *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning*, 2013.

därför skulle vara möjliga att återrekrytera till fast anställning i primärvården. Totalt sett uppskattar utredningen, enligt våra försiktiga beräkningar, att det därmed finns läkare motsvarande cirka 6 000 heltidsarbetande allmänläkare som skulle kunna fylla funktionen som fast läkarkontakt i primärvården. Därutöver finns specialister i allmänmedicin som arbetar inom andra sektorer av hälso- och sjukvården, t.ex. företagshälsovård. Dessa har inte räknats med i vårt underlag, då vi inte kunnat bedöma antalet eller intresset för att återgå till att arbeta i primärvården.

Behov

Befolkningen i Sverige är i år (2018) cirka 10,2 miljoner. Prognosen för 2027 är 11,1 miljoner invånare[22].

Utgående från en övergripande dimensionering om 1 500 invånare/heltidsarbetande specialist i allmänmedicin är behovet

- år 2018: 6 800 läkare
- år 2027: 7 400 läkare.

För att kunna erbjuda hela befolkningen en fast läkarkontakt i primärvården krävs således redan i dag ett tillskott om minst 800 heltidsarbetande läkare, förutsett att en andel av de som i dag arbetar som hyrläkare kan rekryteras till fast tjänst. Fram till 2027 behövs ett nettotillskott om ytterligare 600 heltidsarbetande läkare, dvs. ett tillskott av totalt minst 1 400 heltidsarbetande läkare i primärvården.

10.3.2 Fler ST-tjänster i allmänmedicin

Utredningens bedömning: Antalet specialiseringstjänster i allmänmedicin behöver ökas med 1 250 tjänster utöver dagens nivå, under perioden 2019–2027.

Utredningens förslag: Staten ska under övergångsperioden 2019–2027 finansiera 1 250 specialiseringstjänster i allmänmedicin.

[22] SCB, *Prognos folkmängd 2016–2060*.

Ansvaret för dimensionering och finansiering av specialiseringstjänster (ST) ligger på landstingen. Regeringen gav dock den 1 mars 2018, Socialstyrelsen i uppdrag[23] att, utöver den rapportering de årligen gör kring tillgången och efterfrågan på legitimerad personal inom hälso- och sjukvården, göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom alla specialiteter. Kartläggningen och bedömningen ska göras både på nationell och regional nivå och omfatta både offentliga och privata vårdgivare.

I uppdraget ingår att utifrån ett nationellt perspektiv lämna förslag på hur dimensionering av ST-tjänster ska kunna göras på ett mer effektivt sätt, i syfte att minska bristen av olika sorters specialistläkare och uppnå målsättningen om en jämlik vård i hela landet. Fokus ska läggas på de specialiteter där det finns en tydlig brist. De brist-specialiteter som Socialstyrelsen tidigare lyft fram är allmänmedicin och psykiatri.[24] Socialstyrelsen ska samarbeta med Sveriges Kommuner och Landsting samt Läkarförbundet i genomförandet av uppdraget.

Den allvarliga bristen på specialister i allmänmedicin gör att staten under en omställningsperiod bör stimulera utbildningstakten av specialister i allmänmedicin. Utredningen bedömer att det är en nödvändig åtgärd för att inom rimlig tid kunna bemanna primärvården. Det i sig är en förutsättning för att kunna bedriva god vård och tillhandahålla fast läkarkontakt till befolkningen.

Utredningens beräkningar utgår ifrån att landstingen fortsätter att finansiera utbildningen av specialister i allmänmedicin, minst i samma omfattning som under 2018. Därutöver ser utredningen behov av en riktad statlig satsning för att finansiera 1 250 ST i allmänmedicin under perioden 2019–2027.

Under denna tidsperiod förväntas landstingens arbete med omstrukturering av hälso- och sjukvården mot en god och nära vård leda till en ändrad balans i hälso- och sjukvårdsstrukturen med en större tyngd på primärvården. Därmed omfördelas också resurser, vilka efter övergångsperioden bör kunna tillgodose den långsiktiga finansieringen av specialister i allmänmedicin i landsting/regioner.

Utredningen är medveten om osäkerheten i det estimerade utbildningsbehovet, bl.a. utifrån svårbedömda effektivitetsvinster t.ex.

[23] Regeringskansliet, *Regeringen växlar upp för fler specialistläkare*, 2018-03-03.
[24] Socialstyrelsen, *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården åren 2012–2025*, 2014.

till följd av ökad digitalisering, men också utifrån att mer tid måste avsättas till handledning.

10.4 Konsekvensanalyser

Utredningens bedömning: Förtydligande om att patienten ska informeras om möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt skapar förutsättningar för förbättrad kontinuitet och samordning av vården.

Förslaget om särskilda kompetens- och erfarenhetskrav för fast läkarkontakt säkerställer att funktionen har den kompetens och erfarenhet som krävs för att garantera en god och säker vård i ett brett primärvårdsuppdrag.

Förslaget att Socialstyrelsen ska få meddela föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt bidrar till en god och säker vård och därmed till en ökad attraktionskraft för primärvården som arbetsplats.

Förslaget att staten under en övergångsperiod ska finansiera 1 250 ST i allmänmedicin skapar förutsättningar för att utbilda tillräckligt många specialister i allmänmedicin för att motsvara befolkningens behov.

10.4.1 Ekonomiska konsekvenser

För samhället

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL). Den omstrukturering av hälso- och sjukvården som vår utredning har i uppdrag att stödja och samordna, och de förslag vi här lämnar kring tydliggörande av möjligheten till fast läkarkontakt och utökning av antalet specialister i allmänmedicin, bedöms bidra till att hälso- och sjukvården ska kunna leva upp till detta mål, inom ramen för en ändlig gemensam samhällsresurs.

Förslagen bedöms leda till att fler patienter kommer att efterfråga och få tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården. Härigenom ges förutsättningar för att bygga upp värdefull kunskap om patienten samt tillit mellan patient och läkare. Detta i sin tur förväntas leda till

effektivare vårdmöten, bättre möjlighet att arbeta med förebyggande insatser samt att tidigt upptäcka och behandla sjukdomstillstånd. Därmed förväntas också en del vårdbehov kunna undvikas, vilket i sin tur frigör hälso- och sjukvårdsresurser.

En ökad kontinuitet i form av en fast läkarkontakt bedöms ha stor potential att minska antalet onödiga vårdtillfällen för just de mest sköra grupperna i samhället såsom t.ex. de mest sjuka äldre. Genom att boende på särskilt boende ges förbättrad tillgång till fast läkarkontakt förväntas ett antal vårdtillfällen på sjukhus kunna undvikas. Som redogjorts för i avsnitt 9.5 visar en studie som gjordes av SKL 2012, i samband med satsningen De mest sjuka äldre, att kostnaden för varje sjukhusinläggning motsvarade kostnaden för 56 läkarbesök inom primärvården eller 106 hembesök av en distriktssköterska.

Risken för vårdskador i samband med vård på akutsjukhus bör också uppmärksammas i detta sammanhang. Data från SKL visar att vid cirka 8 procent av vårdtillfällena drabbas patienter av vårdskador av varierande allvarlighetsgrad. I genomsnitt är ett vårdtillfälle med vårdskada cirka 8 dagar längre än ett vårdtillfälle utan vårdskada. Uppskattningsvis går cirka 880 000 vårddagar till vård av patienter som drabbats av vårdskador. Kostnaden för den extra vårdtiden blir närmare 9 miljarder årligen om man räknar med en genomsnittlig vårddygnskostnad på 10 000 kronor. Det motsvarar cirka 13–14 procent av den totala kostnaden för svensk hälso- och sjukvård.[25] Beräkningarna är mycket översiktliga men säger något om storleksordningen. Resultaten stämmer även väl överens med fynden i en rapport från OECD, vilken uppskattar att cirka 15 procent av kostnaderna för sjukhusvård i OECD-länder uppstår på grund av brister i patientsäkerheten.[26] Utredningens bedömning är att vissa typer av vårdskador, såsom t.ex. trycksår och fallolyckor i påtaglig omfattning drabbar just patienter där sjukhusvård från början, med rätt insatser, hade kunnat förebyggas.

Den minskade ohälsa som den förbättrade kontinuiteten väntas leda till hos befolkningen innebär också en samhällsekonomisk vinst genom stärkt folkhälsa och minskade kostnader för ohälsa (jfr avsnitt 9.5.1).

[25] SKL, *Skador i vården, 2013–2016 – På nationell, regional- och landstingsnivå. Markörbaserad journalgranskning*, 2017.
[26] Slawomirski, L., A. Auraaen and N. Klazinga, *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*, 2017.

För staten

Utredningens förslag om en riktad statlig satsning för att utbilda 1 250 specialister i allmänmedicin under perioden 2019–2027, innebär en tillfällig kostnad för staten. Den utökning av grundutbildningen som är en förutsättning för att kunna utöka antalet ST-tjänster i föreslagen omfattning är redan genomförd eller beslutad att genomföras och de kostnader som denna medför i form av utbildningsplatser och studiemedel påverkas inte av utredningens förslag.

Den statliga satsningen förväntas huvudsakligen finansiera nya ST. Det kan också omfatta dubbelspecialisering av läkare med annan specialitet. En dubbelspecialisering tar 3–4 år, beroende på läkarens tidigare erfarenhet. Då lönen är högre för läkare som redan har en specialitet förväntas kostnaden per specialiseringsutbildning bli densamma som för övriga ST-tjänster, cirka 1 miljon kronor/specialistutbildning.

Tabell 10.2 Finansiering av tillkommande ST-tjänster i allmänmedicin

År	”nya” ST	”nya” ST	”nya” ST	”nya” ST	”nya” ST	Totalt antal	Kostnad (mnkr)
2019	250					250	250
2020	250	250				500	500
2021	250	250	250			750	750
2022	250	250	250	250		1 000	1 000
2023	250	250	250	250	250	1 250	1 250
2024		250	250	250	250	1 000	1 000
2025			250	250	250	250	750
2026				250	250	250	500
2027					250	250	250
							6 250

Den riktade statliga satsningen bör finansieras genom UO9, ap 1:6, Bidrag till folkhälsa och sjukvård. Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för bidrag och statsbidrag för att förbättra förutsättningarna för ökad bemanning inom vården, för professionen att utföra sitt arbete och

för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Medel inom anslaget får användas för överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Satsningen skulle kunna utformas som en överenskommelse med SKL, t.ex. genom att inrymmas antingen i en förstärkt överenskommelse om patientmiljarden eller överenskommelsen om goda förutsättningar för vårdens medarbetare.

För landstingen och kommunerna

Förslaget utgår från antagandet att landsting/regioner fortsätter att finansiera ST i allmänmedicin på minst samma nivå som i dag. Det medför alltså inga nya uppgifter för landsting/regioner i denna del.

Utredningens förslag om ökad kontinuitet och fast läkarkontakt innebär ett förtydligande av gällande lagstiftning. En förbättrad kontinuitet och en förbättrad tillgång till specialister i allmänmedicin i primärvården förväntas ge besparingar i andra delar av hälso- och sjukvården som en följd av en ökad effektivisering och minskade kvalitetsbristkostnader. Samtidigt förväntas landstingens arbete med omstrukturering av sin hälso- och sjukvård mot en god och nära vård leda till en ändrad balans med en större tyngd i primärvården och den nära vården. Det innebär att landstingen efter övergångsperioden förväntas kunna balansera en ökad finansiering av primärvården, inklusive kostnader för fler allmänläkare, genom minskade kostnader i andra delar av hälso- och sjukvården.

För kommunerna ger förslaget en förbättrad möjlighet till god tillgänglighet till läkarinsats i primärvården med en högre kontinuitet och därmed till förbättrad teamkontinuitet med kommunens medarbetare. Förslaget innebär i sig inte någon förskjutning av gränssnittet mellan landsting och kommun avseende vem som utför hälso- och sjukvårdsinsatser och därmed inga ekonomiska konsekvenser.

10.4.2 Konsekvenser för en jämlik vård

Det finns ett stort antal empiriska studier som visat en samvariation mellan en ”stark” primärvård och en jämlik hälsa i befolkningen.[27] En väl utbyggd primärvård anses också förbättra tillgängligheten till

[27] Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. The Milbank Quarterly, vol. 83. nr 3, 2005.

vård för hela befolkningen. Grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar har oftare flera sjukdomar än andra grupper. Då primärvården fokuserar på individens hela sjukdomsbild förväntas primärvården bättre kunna möta individens samlade behov. Utredningens förslag om fast läkarkontakt förväntas ge en primärvård med större kontinuitet och förbättrad tillgänglighet, något som förväntas bidra till en mer jämlik hälsa mellan olika befolkningsgrupper och mellan olika delar av landet. Detta gäller särskilt en förbättrad tillgång till fast läkarkontakt i hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende. Genom att prioritera de med störst behov för fast läkarkontakt får man en mer jämlik vård.

10.4.3 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

Utredningens förslag om förtydligande av möjligheten att få en fast läkarkontakt i primärvården förväntas leda till att fler personer efterfrågar och får en sådan. Genom en stärkt kontinuitet i relationer mellan patient och såväl fasta läkarkontakter som fasta vårdkontakter, finns bättre förutsättningar att skapa goda relationer och tillit vilket i sin tur underlättar för patienten att lyfta känsliga frågor såsom våld i nära relationer (Våld i nära relationer drabbar både kvinnor och män, men kvinnor drabbas oftare av upprepat och mer allvarligt våld[28]) och begynnande psykisk ohälsa. I dagsläget är det fler kvinnor än män som lider av psykisk ohälsa men samtidigt fler män som tar sitt liv.[29] Genom förbättrad kontinuitet ges bättre förutsättningar att bygga tillitsfulla relationer och möta behoven hos varje enskild kvinna, man, flicka, pojke eller person med annan könsidentitet. Detta förväntas i förlängningen bidra till en stärkt jämställdhet.

En majoritet av hälso- och sjukvårdens personal är kvinnor och förslagen kan få betydelse för jämställdheten mellan män och kvinnor genom påverkan på deras arbetsmiljö. Under senare tid har det rapporterats om ökande sjukskrivningar p.g.a. utmattningssyndrom bland exempelvis unga kvinnliga läkare och höga sjukskrivningstal generellt inom vård- och omsorgsyrken.[30] Förändrade arbetssätt, inklusive att lyfta fram även andra yrkesgrupper än läkare och att

[28] Socialstyrelsen, *Våld i nära relationer.*
[29] Folkhälsomyndigheten, *Suicidprevention 2017.* 2018.
[30] Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro per bransch och sektor,* 2016.

arbeta interprofessionellt, ses som en central del i att kunna tillhandahålla en modern och välfungerande arbetsmiljö. Den omläggning av primärvården som den behovsstyrda vårdgarantin utgjorde ett första steg i och förslagen i detta delbetänkande bygger vidare på, bedöms vara central för att kunna skapa sunda, stimulerande och välfungerande arbetsmiljöer för de kvinnor och män som arbetar inom hälso- och sjukvården.

10.4.4 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Ett förtydligande av fast läkarkontakt i primärvården enligt förslag förväntas ge en ökad kvalitet, en förbättrad patientsäkerhet och bättre möjligheter till att möta den enskilde patientens behov och ta tillvara patientens egna resurser. En god relation till en fast läkarkontakt gör det lättare för patienten att veta vart man ska vända sig i vården och leder till en förbättrad upplevelse av vården.

Förslaget om föreskrift om patientansvar för fast läkarkontakt i primärvården bedöms ge förutsättningarna för ökad patientsäkerhet.

10.4.5 Administrativa konsekvenser

Patientens val av fast läkarkontakt bör registreras i landstingens administrativa system för val av utförare i Vårdval primärvård och kopplas till detta val. Detta kan innebära att vissa landsting/regioner behöver anpassa sina system för att möjliggöra detta. Detta är dock ett arbete av engångskaraktär. Utredningen bedömer att de positiva effekterna av denna registrering är betydande i förhållande till den relativt ringa administrativa tidsåtgången.

För att alla berörda aktörer ska kunna få tillgång till information om patientens fasta läkarkontakt bör informationen även finnas i patientens journal samt exporteras till Nationella patientöversikten. Samtliga landsting och merparten av kommunerna (244 av 290) är i dag konsumenter, dvs. deras medarbetare har tillgång till NPÖ. Samtliga landsting och 13 kommuner är producenter, dvs. man tillgängliggör data i NPÖ. Detta arbete pågår och påverkas inte direkt av utredningens förslag.

10.4.6 Konsekvenser för vårdens medarbetare

Förslaget om en ökad kontinuitet och fast läkarkontakt i primärvården med möjlighet att begränsa uppdraget förväntas leda till en ökad attraktionskraft för primärvården som arbetsplats.

Utredningen har uppfattat att det från vissa specialister i allmänmedicin finns en rädsla att det egna uppdraget ska bli för smalt om specialister i geriatrik och barn- och ungdomsmedicin medges vara fast läkarkontakt i primärvården. Utredningen gör dock bedömningen att den risken är liten. Antalet specialister inom dessa båda specialiteter är små jämfört med antalet specialister i allmänmedicin,[31] se tabell 10.3, och båda specialiteterna kommer även fortsättningsvis att ha sin huvudsakliga plats inom den specialiserade vården för äldre och barn.

Tabell 10.3 Totalt antal utfärdade specialistbevis för läkare den sista december respektive år, ålder 0–64 år

	2014	2015
Allmänmedicin	6 768	7 149
Geriatrik	680	713
Barn- och ungdomsmedicin	1 606	1 701

Vårt förslag föranleder inte behov av att planera för någon neddragning av antalet ST inom andra specialiteter. De läkare som påbörjar sin specialiseringstjänstgöring 2019 påbörjade sin grundläggande läkarutbildning 2012 eller tidigare.[32] Läsåret 2009/2010 hade läkarprogrammet 1 387 platser i hela landet[33]. Läsåret 2011/2012 hade antalet platser ökat till 1 553, se tabell 10.4. Det innebär, allt annat lika, att enbart ett ökat antal platser på läkarprogrammet ger underlag för merparten av de 250 nya ST-tjänsterna. Resten förväntas kunna rekryteras från utlandsutbildade läkare och genom dubbelspecialisering.

[31] Socialstyrelsen, *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal* 2015, 2016.
[32] Det tar minst 7 år att genomföra grundutbildning och AT-tjänstgöring för att erhålla legitimation.
[33] SCB, *Studenter och examina i högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå*.

Landstingen behöver dock, med utgångspunkt från egna analyser och resultatet av Socialstyrelsens uppdrag, göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom alla specialiteter.[34]

Tabell 10.4 Antal platser på läkarprogrammet per läsår enligt SCB*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Antal	1 387	1 411	1 553	1 562	1 617	1 614	1 639	1 681	1 681*	1 721*

* Siffran för 2017 finns ej tillgänglig utan är estimerad utifrån antalet platser 2016, i siffran för 2018 finns med den ökning om 40 platser som beslutades i regeringens höstbudget inför 2018, där man aviserade en total ökning om 440 platser t.o.m. 2023.

10.4.7 Konsekvenser för företagen

Utredningens förslag om förtydligande av gällande lagstiftning om möjlighet att få fast läkarkontakt i primärvården medför ingen förändring gentemot dagens förhållande.

Förslagen om kompetenskrav är neutrala i förhållande till driftform och ger samma konsekvenser för utförare i privat regi som för utförare i huvudmännens regi

10.4.8 Konsekvenser för EU-rätten

Utredningens bedömning: Förslaget om behörighetskrav för att få vara fast läkarkontakt är förenligt med EU-rätten.

Skälen för utredningens bedömning: Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG av den 12 december 2006 om tjänster på den inre marknaden (tjänstedirektivet) skapar allmänna ramar som gynnar utövandet av etableringsfriheten för tjänsteleverantörer och den fria rörligheten för tjänster, samtidigt som en hög kvalitet på tjänsterna garanteras. Flera typer av tjänster är undantagna, bl.a. hälso- och sjukvårdstjänster. För dessa tjänster gäller i stället yrkeskvalifikationsdirektivet. Grundläggande fördragsbestämmelser om etableringsfrihet och fri rörlighet för tjänster och personer och den EU-rättspraxis som utvecklats med stöd av EU-fördraget måste alltid respekteras.

[34] Regeringskansliet, *Regeringen växlar upp för fler specialistläkare*, 2018-03-03.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, i lydelsen enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU syftar till att underlätta den fria rörligheten för tjänster (kallat yrkeskvalifikationsdirektivet). Allmänna bestämmelser som genomför direktivet finns i lagen (2016:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer. Sverige erkänner läkares yrkeskvalifikationer inom allmänpraktik som läkare i allmänmedicin (se 4 kap. 10 § PSL och I 6 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring). Sverige har därmed hittills bedömts uppfylla yrkeskvalifikationsdirektivet (se prop. 2011/12:108). Det pågår förhandlingsarbete inom EU om att komplettera direktivet med bl.a. krav på ett EU rättstest. Testet ska innebära att en prövning ska göras om framtida regleringar är nödvändiga och proportionerliga (se Initiativ rörande reglering av yrken; Utbildningsdepartementets Fakta-PM om EU-förslag 2016/17:FPM69).

Utredningens förslag innebär ett behörighetskrav på specialistutbildning i allmänmedicin för att få utföra funktionen fast läkarkontakt inom primärvården. Förslaget medger dock ett visst utrymme för att godta annan likvärdig kompetens. Skälet till förslaget är att det krävs en bred och gedigen kompetens för att ansvara för vårdens kontinuerliga kontakt med patienter med komplexa och sammansatta vårdbehov. Förslaget bör ses som en del i utvecklingen av en förstärkt primärvård. För att säkerställa vårdens kvalitet behövs därför ett behörighetskrav på specialistutbildning i allmänmedicin.

Utredningen bedömer att förslaget är förenligt med EU-rätten. Det kan övervägas om förslaget behöver anmälas till kommissionen i enlighet med yrkeskvalifikationsdirektivet. Förslaget reglerar dock inte vem som kan praktisera som specialistläkare i allmänmedicin utan endast vilken behörighet som krävs för att ha funktionen fast läkarkontakt i primärvården. Förslaget hindrar inte läkare med annan specialistutbildning från att arbeta inom primärvården. Eftersom Sverige erkänner läkares yrkeskvalifikationer inom allmänpraktik som specialistläkare i allmänmedicin bedömer utredningen att förslaget inte behöver anmälas till kommissionen.

10.4.9 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Utredningen bedömer att förslagen om förtydligande av gällande lagstiftning rörande fast läkarkontakt inte innebär något ingrepp i det kommunala självstyret.

Förslagen om kompetenskrav på fast läkarkontakt samt närmare bestämmelser om begränsningar som behövs för att garantera en god och säker vård innebär att vissa ingrepp görs i den kommunala självstyrelsen. Dessa bedöms dock som nödvändiga och proportionerliga för att primärvården ska kunna fullgöra sitt uppdrag och en likvärdig vård tillhandahållas för landets befolkning.

10.4.10 Övriga konsekvenser

Utredningens förslag förväntas leda till bättre kontinuitet i relationer såväl mellan patient och vårdpersonal som mellan olika grupper av vårdpersonal samt till en mer sammanhållen vård och omsorg för patienter/brukare. Detta ger i sin tur bättre förutsättningar att upptäcka och korrigera felaktig läkemedelsanvändning, t.ex. hos äldre med flera olika sjukdomar viket då i vissa fall kommer innebära minskad läkemedelsanvändning. I förlängningen kan förslagen därmed förväntas innebära en minskad påverkan på miljön genom minskad läkemedelsanvändning.

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

11 Ändamålsenlig administration

11.1 Utfärdande av intyg

11.1.1 Kompetens för att utfärda intyg

Utredningens bedömning: Det kan finnas anledning att se över om förutsättningar för en mer professionsneutral reglering finns på förordningsnivå i vissa fall. Kommuner bör se över i vilken utsträckning kompetenskrav vid utfärdande av intyg i lokala föreskrifter/rutiner kan göras mer professionsneutrala. Verksamhetschefer inom vården bör säkerställa att det finns tydliga riktlinjer om intygshantering. Socialstyrelsen bör överväga att stödja vården genom att förtydliga vem som får utfärda vilka intyg.

Skälen för utredningens bedömning

En mer professionsneutral reglering och stöd i intygshanteringen

Effektiv vård anser att det finns stora möjligheter att ändra lagstiftning om läkarintyg till en mer professionsneutral reglering. Effektiv vård anser att det finns flera omotiverade rättsliga krav på att läkare ska upprätta vissa intyg.

Vår rättsliga kartläggning visar att det finns ett 70-tal regleringar i lag och förordning inom vitt skilda områden som kräver att vissa intyg upprättas av någon med läkarkompetens. Det har inte funnits utrymme att inom ramen för vår utredning se över om någon reglering inte är ändamålsenlig. Vi kan därför inte uttala oss om huruvida något enskilt krav på läkarkompetens är omotiverat. Vår bedömning är dock efter den genomgång av rättsläget som vi har gjort att utrymmet att ändra kraven på läkarintyg i lag till en mer professionsneutral reglering snarare är mycket litet. Vi kan däremot inte utesluta

att det i förordning eller kommunala föreskrifter/rutiner kan finnas intyg som det vore mer ändamålsenligt att en annan profession också kan utfärda. I vissa fall kan övervägas om t.ex. en fysioterapeut, dietist eller arbetsterapeut är bättre lämpad att intyga de förhållanden som avses än just en läkare. Samtidigt måste det ibland säkerställas att en medicinsk bedömning innefattar en helhetsbedömning av patientens hälsotillstånd. I många fall kräver detta att flera professioner är involverade och att en person ansvarar för att göra en samlad helhetsbedömning. Att göra medicinska bedömningar och en samlad bedömning vid utfärdande av ett intyg är en mycket kvalificerad och ansvarsfull uppgift. Vid ändrade ansvarsförhållanden behöver beaktas behovet av utbildning av personal som inte tidigare är van vid den uppgiften och en förståelse för intygets betydelse i en större kontext. En annan viktig aspekt är att man sällan blir bra på något som man inte gör så ofta. Det finns därför även en risk att en ökad spridning av en arbetsuppgift bidrar till att intygens kvalitet försämras. Eftersom intyg som har sin grund i lag och förordning ofta kan få mycket långtgående konsekvenser kan det inte minst bli ett allvarligt rättssäkerhetsproblem. Om inte kvaliteten kan upprätthållas leder det i sig även till en ojämlik intygshantering.

Mot bakgrund av detta krävs enligt utredningens bedömning en relativt omfattande och djupgående analys innan det är möjligt att bedöma om någon reglering av vilken yrkeskategori som bör utfärda ett intyg kan göras mer professionsneutral. För att utreda om en annan medicinsk kompetens bör utfärda vissa intyg krävs även särskild insikt i vart och ett av de områden som berörs. En sådan utredning faller utanför vårt uppdrag.

Utöver en uttrycklig reglering med krav på läkarintyg finns en omfattande reglering i såväl lag som förordning som innefattar behov av medicinska bedömningar utan att det närmare anges vilken medicinsk kompetens som behövs för att utfärda ett utlåtande. Såvida det inte finns ett författningsreglerat kompetenskrav att intyg ska utfärdas av läkare kan den medicinska bedömningen göras av flera legitimerade yrkesgrupper, av den som har tillräcklig kompetens och erfarenhet. Vem som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att göra en viss medicinsk bedömning måste avgöras av vården från fall till fall. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns tydliga riktlinjer till stöd för personalen.

Utredningen bedömer att det finns behov av tydligare riktlinjer från verksamhetschefer om vilka yrkeskategorier som får lov att utfärda olika intyg. Det är även centralt att it-system utformas på ett sådant sätt att administrationen underlättas. På så sätt kan vårdens resurser användas mer effektivt. Det bidrar även till en god arbetsmiljö. Det är vårdgivarens ansvar att det finns ändamålsenliga it-system. Socialstyrelsen bör stödja vården i intygshanteringen genom att tydliggöra vem inom vården som kan utfärda olika typer av intyg, t.ex. på liknande vägledande sätt som myndigheten gjort när det i övrigt gäller vem som får göra vad i vården.

Kommunerna bör se över sina behov av intyg av vården

Det kan noteras att hälso- och sjukvården även upprättar en del intyg som endast har sin grund i kommunala rutiner eller där varken intyg eller kompetenskrav följer av några rättsliga krav. Det gäller vissa intyg som ska visas upp för kommuner, privata föreningar eller internationella organisationer. Det kan avse t.ex. intyg om särskild kost i skolan, att få delta i lägerverksamhet eller viss idrottsutövning såsom boxning eller maratonlopp.

Vår utredning kan inte uttala sig om huruvida krav på att ett intyg utfärdas av en läkare är motiverade i alla de fall en begäran har sin grund i krav från kommunal verksamhet eller privat aktör. Det får förmodas att den som kräver ett intyg och särskilda kompetenskrav har goda skäl för det. Det kan dock inte uteslutas att vissa krav har förts in utan närmare eftertanke på om även andra yrkeskategorier inom vården skulle kunna intyga de förhållanden som avses.

En ändring av vårdgarantin inom primärvården som innebär att den blir behovsstyrd och utvidgas till att omfatta även andra legitimerade professioner än läkare träder i kraft 1 januari 2019. Det innebär att patienten garanteras en medicinsk bedömning av den yrkeskategori som den har behov av, läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan finnas skäl för liknande förändring även i andra fall. Den som begär ett intyg av vården bör överväga om det är nödvändigt dels att alls kräva ett intyg, dels att ange vilken yrkeskategori som ska utfärda intyget eller om det kan avgöras av vården. Såvida särskilda krav ställs i författning kommer det avgöra vem som får utfärda intyget.

I vissa fall kan övervägas om det är tillräckligt att patienten begär ett utdrag ur sin egen journal för att styrka vissa förhållanden. I flera landsting kan patienten få direktåtkomst till delar av sin egen patientjournal. Det ger patienten möjlighet att själv ordna ett intygande från vården vilket i vissa fall kan upplevas som praktiskt och enkelt. För att patienten själv ska slippa maskera delar av sin journal kan vårdgivare underlätta genom att skapa ändamålsenliga it-system som möjliggör att ett mer begränsat och situationsanpassat utdrag av patientjournalen kan skapas. Det innebär att patienten av integritetshänsyn kan dölja delar som inte relevanta. Inom flera landsting pågår även ett arbete med att skapa mer ändamålsenliga it-system med mer strukturerade patientjournaler. Även de landsting och privata vårdgivare som inte utgör en del av det pågående arbetet bör säkerställa att itstöden är ändamålsenliga.

Utredningen anser att kommuner bör se över i vilken utsträckning lokala föreskrifter/rutiner om läkarintyg kan ersättas med en mer professionsneutral reglering. En sådan ändring skulle harmoniera med en behovsstyrd vårdgaranti. Det kan t.ex. övervägas om en fysioterapeut eller arbetsterapeut har den kompetens som behövs för att utfärda intyg om funktionsnedsättning. Det kan finnas skäl för kommunen att i större utsträckning överlåta till vårdens professioner att avgöra vilken kompetens som är bäst lämpad att intyga olika hälsotillstånd. Utredningen uppmanar därför kommunerna att se över om lokala föreskrifter/rutiner om kompetenskrav vid utfärdande av olika intyg från vården är ändamålsenliga.

Av Socialstyrelsens föreskrifter följer att ett intyg alltid ska utfärdas av den som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att intyga de förhållanden som det aktuella intyget avser. Det finns även krav i HSL på att intyg ska utformas med noggrannhet och omsorg. Det bör i många fall räcka med en sådan tillitstyrning mellan hälso- och sjukvården och den offentliga förvaltningen.

I de fall en begäran om intyg har sin grund i helt privata förhållanden utan rättsliga krav på att en läkare upprättar ett intyg finns ett större utrymme för vården att överlåta utfärdande av sådana intyg till fler yrkeskategorier. HSL krav på intygens utformning och Socialstyrelsens föreskrifter om intyg m.m. ska dock alltid tillämpas för alla typer av intyg och utlåtanden.

11.1.2 Intygshantering kräver stora arbetsinsatser

Utredningens bedömning: Regeringen bör ge berörda myndigheter i uppdrag att se över om deras krav på intyg är ändamålsenliga samt att de vidtar nödvändiga åtgärder för att underlätta vårdens hantering av intyg.

Kommunerna bör se över sitt behov av intyg från vården.

Skälen för utredningens bedömning: Effektiv vård gör gällande att vården upprättar många onödiga intyg. Vår utredning kan konstatera att vården förväntas delta i ett stort antal medicinska utredningar och upprätta många intyg och utlåtanden till myndigheter, kommuner och privatpersoner. Vår bedömning är att frågan om vårdens medverkan i medicinska utredningar är omfattande och därför inte kan hanteras inom ramen för vår utredning. Det är däremot angeläget att intygshanteringen i vården kan genomföras på ett ändamålsenligt sätt.

Krav på intyg från andra myndigheter och aktörer medför på grund av sin mängd en stor arbetsbelastning för vården samtidigt som det inte alltid står klart för vårdpersonalen varför ett intyg behövs. Det är därför naturligt om vårdpersonal upplever att intygshanteringen utgör en stor del av en administrativ börda. Det ingår i vårdens ansvarsområde att medicinskt utreda sjukdomar och skador. Vi anser att det är svårt att utan en mycket grundlig utredning uttala sig om i vilken utsträckning vården involveras i intygshantering som är omotiverad. Frågan om vilka intyg som vården bör utfärda väcker nämligen i sig många svåra frågor. Vad är hälso- och sjukvård och dess uppdrag? Hur långt ska vårdens förebyggande arbete sträcka sig? I vilken utsträckning är patientskadelagen tillämplig? Vem ska ansvara för att medicinska utredningar och bedömningar som samhället eller enskilda behöver görs? Hur bör vårdens arbete med medicinska utredningar kompenseras?

Utredningen anser däremot att det kan finnas skäl för regeringen att i flera berörda myndigheters regleringsbrev ge myndigheterna i uppdrag att se över egna krav på intyg. Vid bedömning av vilka myndigheter som bör få ett särskilt uppdrag att se över sina intygskrav kan utgångspunkt tas i den rättsliga kartläggning som redovisas i avsnitt 6.1.2.

Utredningen rekommenderar även att kommuner ser över om alla krav på intyg i lokala föreskrifter/rutiner är ändamålsenliga eller om vissa förhållanden inte alls behöver styrkas med ett intyg av vården.

11.1.3 En mer jämlik intygshantering

Utredningens bedömning: Landsting och kommun bör samordna sin intygshantering i syfte skapa en god och jämlik intygshantering i hela landet.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen rekommenderar att landstingen och kommunerna samverkar i syfte att skapa mer enhetliga riktlinjer för intygshanteringen. Utredningen ser att ett sådant arbete bör prioriteras av flera skäl. Befolkningen bör ha i stort sett samma behov av intyg från vården oavsett var i landet man bor. Intygshanteringen bör vara god och jämlik i hela landet. Det finns därför skäl att skapa en mer ändamålsenlig och likvärdig intygshantering inom samtliga landsting och kommuner. Ur ett jämlikhetsperspektiv är det rimligt att enskildas kostnad för intyg inte skiljer sig åt beroende på var i landet personen bor. Det kan annars skada förtroendet för hälso- och sjukvården.

Här noterar utredningen att det pågår ett arbete inom SKL att se över intygen från vården till andra aktörer däribland kommunal verksamhet, se avsnitt 6.1.3.

11.1.4 Konsekvensanalys

Utredningens bedömning: Förslag om särskilda uppdrag till myndigheter ryms inom befintliga ekonomiska ramar. Förslag om ökad samordning bedöms vara kostnadsneutralt för samtliga berörda aktörer.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens bedömning att regeringen bör ge berörda myndigheter i uppdrag att se över sitt behov av intyg från vården kommer att kräva viss arbetsinsats. Uppdragen bör utformas så att de ryms inom ramen för myndigheternas nuvarande uppdrag och budget.

En ökad samordning mellan landsting och kommuner bör underlätta för enskilda och företag genom att mer likvärdiga krav och förutsättningar ställs på vårdgivare oavsett var de är etablerade. På så sätt kan utförare agera på samma sätt oavsett vem som begär ett intyg. En ökad samordning bedöms även få positiva effekter för befolkningen som får samma rätt till intyg av vården i hela landet. Båda uppdragen bedöms vara kostnadsneutrala för samtliga berörda aktörer.

11.2 Signering av journalanteckningar

11.2.1 Signeringskravet bör finnas kvar men ändras

Utredningens förslag: En journalanteckning ska signeras av den som är ansvarig för uppgiften, om det inte är obehövligt eller finns något synnerligt hinder. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer – lämpligen Socialstyrelsen – bör på liknande sätt som i dag få meddela föreskrifter om när signering inte behövs.

Utredningens bedömning: Signeringskravet orsakar ingen onödig administrativ börda. Vårdgivare bör besluta om när signering inte behövs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Det ingår i verksamhetschefens ansvar att säkerställa att det finns tydliga rutiner för signering, anpassade för den egna verksamheten.

Socialstyrelsen bör i sina föreskrifter och vägledning tydligare skilja på signering av journalanteckningar och verifiering av vidtagna åtgärder.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

Signeringskravet bör finnas kvar men ändras

Utredningen anser att journalanteckningar ska signeras i de fall det inte är obehövligt eller finns något synnerligt hinder. Utredningen går därmed inte vidare med Effektiv vårds förslag att avskaffa signeringskravet och ersätta det med en tydligare reglering av vårdgivarens ansvar för journalföringen på det sätt som Utredningen Rätt information i rätt tid föreslår. Vår analys har visat att det finns en tendens att skylla på rättsliga krav trots att problemen egentligen har annan

grund. De administrativa krav som upplevs tungrodda har främst sin grund i icke användarvänliga it-system och otydliga rutiner och riktlinjer om signering av journalanteckningar.

Vår utredning bedömer att signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL fyller en viktig kontrollfunktion för patientsäkerheten som är svår att ersätta. Behovet av signering av journalanteckningar kan däremot variera mellan olika verksamheter och för olika typer av uppgifter. Vilka anteckningar som behöver signeras för att garantera en god och säker vård bör på samma sätt som i dag kunna överlåtas till vårdgivaren att avgöra. Ett sådant ansvar följer redan av gällande rätt. Verksamhetschefen har en central ledningsfunktion inom hälso- och sjukvården och bär ansvaret för att verksamheten ger en god och säker vård (jfr 4 kap. 2 § HSL och 4 kap. 1 § HSF). Vi anser att det i en sådan ledningsfunktion ingår att ansvara för att personalen har tillräckliga rutiner för hur de ska fullgöra sitt arbete. Att det finns ändamålsenliga it-system ansvarar däremot vårdgivaren för. Vårdgivaren bör besluta om i vilka fall signering är obehövligt eller vad som kan vara ett synnerligt hinder för signering i viss verksamheten. Av vårdgivarens beslut kan t.ex. framgå vilka typer av anteckningar som generellt är obehövligt att signera. Verksamhetschefer behöver därutöver ha rutiner för journalföring och signering anpassade till verksamhet ifråga.

Utredningen bedömer att viss information i journalanteckningar behöver kontrolleras av den medicinskt ansvarige oavsett om noteringen sker direkt eller först efter diktamen. Den uppfattningen framförs även från bl.a. Läkarförbundet i olika sammanhang. För såväl den ansvarige som för vårdutövare senare i vårdkedjan är det av stor vikt att det tydligt framgår om innehållet i vissa journalanteckningar är godkända av den som är medicinskt ansvarig för innehållet. Enligt utredningens bedömning kan den funktionen i dag inte ersättas med någonting annat än någon form av signering. Vidare bedömer utredningen att signeringen i sig i dessa fall inte heller medför någon omfattande extra administration. Det finns därför skäl att behålla signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL.

Innehållet i journalanteckningen bör avgöra om den ska kontrolleras

Signeringskravet är i dag utformat på ett sådant sätt att huvudregeln är att alla journalanteckningar i princip ska signeras. Det krävs väldigt starka skäl för att avvika från den huvudregeln. Vårdgivaren får

med utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter besluta om i vilka situationer det är tillåtet. Utredningen anser att nuvarande reglering i PDL inte är helt ändamålsenligt.

Vad som är en journalanteckning definieras inte i PDL. Där framgår däremot att det är en typ av journalhandling. Utredningen menar att signeringskravet i första hand bör kopplas till anteckningar i fritext oavsett om de görs på papper eller i tekniska system. I alla journalsystem och pappersjournaler finns i stor utsträckning flera standardiserade delar. Risken för felskrivning i samband med att dessa fylls i är mindre än i anteckningar som skrivs i fritext. Det kan t.ex. röra sig om information om patientens vikt och längd. Den typen av standardiserad information finns det sällan behov att kontrollera. Patienten bidrar även själv med viss information om sitt hälsotillstånd t.ex. genom att inför besök fylla i hälsodeklarationer eller beskriva sitt upplevda hälsotillstånd. Den vårdpersonal som för in sådana uppgifter ansvarar för att inga felskrivningar görs. Vården bör i dessa fall kunna utgå ifrån att informationen som sådan är korrekt. Med välfungerande röststyrd diktering kan en genomläsning på sikt visa sig obehövlig även för anteckningar i fritext. Det avgörande för om signeringskravet ska gälla bör alltså vara om informationen bör och kan kontrolleras för att säkerställa en god och säker vård. Att vårdpersonal senare i vårdkedjan vet att uppgifter i journalen är korrekta och kontrollerade är det mest centrala skälet till varför det finns behov av att behålla ett signeringskrav för vissa uppgifter.

I dag tillämpas signeringskravet för i stort sett alla uppgifter i journalen. Få vårdgivare har beslutat om undantag från signeringskravet och det finns sällan tydliga rutiner för journalhanteringen. Det står även klart att det av olika anledningar förs in noteringar i patientjournalen som inte behöver kontrolleras för att patienten ska garanteras en god och säker vård. Samtidigt finns det anteckningar som behöver kontrolleras av den som kan ta ansvar för att innehållet är korrekt. Vårdpersonal upplever däremot att viktig information ”försvinner i bruset”. De har även svårt att avgöra vilken information som rättsligt sett omfattas av signeringskravet.

Utredningen föreslår därför att det i stället bör framgå av bestämmelsen i 3 kap. 10 § PDL att signering ska ske om det inte är obehövligt. På så sätt tydliggörs möjligheten för vårdgivare att besluta om vilken information som inte behöver signeras. Att en uppgift inte behöver signeras hindrar inte att den som skriver in uppgiften måste

kontrollera att inskriften blivit korrekt. Däremot behövs ingen ytterligare synlig signering i dessa fall. Det kan röra sig t.ex. om information som inte har betydelse för en god och säker vård eller som inte kan kontrolleras materiellt av den som är ansvarig för att informationen förs in i journalen. Generellt bör det inte finnas skäl att t.ex. signera uppgifter om negativa provsvar. Signering bör även fortsättningsvis kunna underlåtas om det inte är praktiskt möjligt eller det finns annat synnerligt hinder.

Det finns anledning att påminna om vårdgivarens övergripande ansvar enligt PSL och verksamhetschefens ansvar enligt HSL och HSF för att verksamheten bedrivs så att en god och säker vård säkerställs. Ett sådant ansvar kräver enligt utredningens mening att verksamhetschefen säkerställer att det finns tydliga rutiner och vägledning för journalföring och signering för den egna verksamheten.

Vad orsakar den upplevda administrativa bördan?

Utredningen har noterat att kritik som tidigare förts fram om onödig administration i samband med signering i första hand inte har sitt ursprung i signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL.

Utredningen bedömer att den administrativa börda somt vårdpersonal upplever inte har sin grund i den rättsliga regleringen utan snarare beror på bristande kunskap om bl.a. vad som behöver antecknas i journalen, vad som behöver signeras och om hur it-system fungerar.

Många av vårdens medarbetare upplever i dag att viktig information försvinner bland all annan information som förs in i journalen. Det råder också en stor osäkerhet om vad som ska journalföras och kontrolleras. Det vittnas från flera håll om omfattande dubbeldokumentation som verkar ha sin grund i att befintlig it-struktur inte är ändamålsenlig. Det gäller såväl att aktuellt medicinskt tillstånd m.m. måste upprepas i både journalanteckning, konsultremiss, röntgenremiss m.fl. som att dubbeldokumentation krävs vid återkommande vårdkontakter. Ambitionen bör vara att information endast ska behöva dokumenteras vid ett tillfälle och sedan följa med i systemet. Utredningen utgår från att kraven på funktionalitet i framtida it-system anpassas till de krav och möjligheter som följer av författningar för att på så sätt undvika onödig administration. Det är också viktigt att verksamhetschefen avsätter tid och resurser så att vårdens

medarbetare kan få tillräckligt med utbildning i hur it-system fungerar och kan utnyttjas optimalt.

Den främsta kritiken mot stor administrativ börda förefaller vara kopplad till det krav på verifiering av vidtagna åtgärder som följer av Socialstyrelsens föreskrifter. Det s.k. verifieringskravet har uppfattats innebära att alla journalhandlingar som skannas in och tillförs en journal också måste signeras i journalen för att verifiera att informationen är korrekt. Detta oavsett om samma person även undertecknat originalhandlingen eller egentligen inte kan verifiera innehållet. Det kan röra sig om beställningar av laboratorieprover, utgående och inkommande remisser, och laboratoriesvar m.m. Verifieringskravet riskerar därför många gånger medföra en rutin av dubbelkontroll som vårdens medarbetare upplever som en onödig administrativ börda. Skälet till förvirringen kan vara att signeringskravet och kravet på verifiering av vidtagna åtgärder regleras i samma paragraf i Socialstyrelsens föreskrift. Utredningen anser att det kan finnas anledning för Socialstyrelsen att se över om kritiken är befogad eller om det finns skäl att förtydliga föreskriften.

11.3 Konsekvensanalys av förslaget om hanteringen av patientjournalen

11.3.1 Övergripande konsekvenser av förslagen

Utredningens bedömning: Förslaget om ändring av signeringskravet bidrar till en effektivare resursanvändning inom vården, en stärkt patientsäkerhet och en förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonalen.

Skälen för utredningens bedömning: Förslaget innebär att färre journalanteckningar behöver signeras än vad som följer av nuvarande mer restriktiva reglering.

Förslaget bedöms bidra till en effektivare resursanvändning inom vården genom möjligheten att underlåta signering av journalanteckningar utvidgas. Nuvarande formulering har tolkats mycket restriktivt. På så sätt behöver inte värdefull arbetstid ägnas åt onödig signering av laboratoriedata, hälsodeklarationer och liknande externa fakta-

uppgifter. Det kommer leda till mindre upplevd stress bland vårdpersonalen och därmed en bättre arbetsmiljö. Att uppgifterna inte behöver signeras utesluter inte att de kan behöva kontrolleras eller verifieras, se ovan. Bestämmelsen reglerar endast när det genom en synlig signering ska framgå att uppgiften är kontrollerad.

Genom att tydliggöra att signering inte behövs om det är onödigt eller omöjligt bedöms förslaget bidra till att öka patientsäkerheten. De uppgifter som vårdgivare, verksamhetschef och vårdpersonal bedömer har betydelse för patientsäkerheten eller för kvaliteten på vården kommer även fortsättningsvis att behöva signeras. Dessa uppgifter kommer därmed att prioriteras när personal läser igenom och kontrollerar journalanteckningar. Andra vårdutförare senare i vårdkedjan kan även förlita sig på att viktiga uppgifter har kontrollerats och godkänts av den som är ansvarig för dem.

Förslaget förutsätter att det finns ändamålsenliga it-system med funktioner som möjliggör att skilja på olika typer av anteckningar och att signeringsfunktionen anpassas efter det. En sådan anpassning beräknas tas om hand i samband med att äldre och mindre ändamålsenliga it-system uppdateras eller ersätts med nya. Det kommer därmed i sig inte innebära några nya ytterligare kostnader för landsting, kommun eller privata vårdgivare.

Förslagen förutsätter även att vårdgivaren beslutar om vilka typer av uppgifter som inte behöver signeras och verksamhetenschefen tar fram tydliga verksamhetsanpassade rutiner för signering. En sådan skyldighet finns dock redan i dag.

Förslaget får inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, inte påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda. De får inga andra samhällsekonomiska konsekvenser. Förslagen bedöms inte heller ha betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Förslagen bedöms vara i överensstämmelse med EU-rätten.

12 Författningskommentar

12.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

2 kap.

6 §

Med *primärvård* avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan medicinsk *bedömning och* behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte *av kvalitets- eller effektivitetsskäl* kräver *andra* medicinska eller *särskilda* tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Paragrafen behandlas i avsnitt 9.1.

Genom att lägga till uttrycket medicinsk bedömning anpassas definitionen till motsvarande ändring av vårdgarantin i primärvården i 9 kap. 1 § samma lag. Med medicinsk bedömning avses samma sak som i den bestämmelsen (jfr prop. 2017/18:83 s. 47 f).

Vad som är primärvård redogörs för i tidigare förarbeten. Där och av ordalydelsen framgår att det är fråga om vård som ges utan att avgränsas till att enbart ta om hand vissa särskilda sjukdomstillstånd, organsystem eller åldersgrupper. Det är vård som riktar sig till hela befolkningen (se prop. 1994/95:194 s. 44 f). Uttrycket *grundläggande* tas bort. Ändringarna i bestämmelsen tydliggör att gränsen för vad som är primärvård avgörs av vilken medicinsk kompetens eller vilka tekniska resurser eller annan särskild kompetens som av kvalitets- eller effektivitetsskäl krävs i det enskilda fallet. Kopplingen att det är annan vård än den som ges vid ett sjukhus försvinner. Genom att lägga till ordet andra före medicinska resurser tydliggörs att det är annan medicinsk specialistkompetens än sådan generalistkompetens

som normalt krävs för att fullgöra primärvårdens uppdrag som avses. Ändringarna innebär inte att gränsdragningen förändras i sak då avgränsningen mot annan vård även enligt tidigare reglering drogs mellan specialist i allmänmedicin i förhållande till andra specialistläkare (jfr prop. 1995/96:195 s. 46 och s. 80). Det är i första hand generalistkompetens som krävs för att fullgöra ett brett primärvårdsuppdrag. Framför allt läkare specialiserade i allmänmedicin och distriktssköterskor har sådan kompetens som avses. Även läkare specialiserade i geriatrik och barn- och ungdomsmedicin får anses ha likvärdig generalistkompetens, avgränsat till de åldersgrupper som respektive specialitet omfattar. Definitionen av primärvård hindrar inte att även andra specialister kan arbeta i primärvårdsverksamhet. Andra yrkesgrupper med bred kompetens som är nödvändiga för att fullgöra primärvårdens uppdrag är t.ex. arbetsterapeuter, barnmorskor, dietister, fysioterapeuter, kuratorer och psykologer. Vissa yrkeskategorier såsom sjuksköterskor och undersköterskor är nödvändiga i hela hälso- och sjukvården och behövs även i primärvården. Avgörande för gränsdragningen mellan primärvård och övrig öppenvård (s.k. sekundär vård) är vilken kompetens eller vilka andra resurser som krävs för en god, säker och effektiv vård. Primärvårdsverksamhet omfattar både somatisk och psykisk hälso- och sjukvård.

Med särskilda tekniska resurser avses särskilt avancerad eller kostsam utrustning som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte bör tillhandahållas i primärvården. Även behov av annan särskild kompetens kan medföra att patientens vårdbehov bör tillgodoses i den övriga vården, såsom administrativ eller särskild teknisk kompetens (jfr prop. 1994/95:195 s. 46 och s. 80 f). Avgörande är om det krävs längre specialiserad utbildning för att använda utrustningen eller bedöma resultatet som teknisk utrustning ger och det inte av kvalitets- eller kostnadseffektivitetsskäl kan motiveras att sådan kompetens hålls tillgänglig i primärvården.

När kompetensen i primärvården inte räcker till för att bedöma och behandla en viss patient eller om viss utrustning av kostnadseffektiva skäl bör koncentreras utanför primärvården, ska patientens behov tillgodoses i den övriga vården.

Den som är medicinskt ansvarig för vården får i samverkan med övriga hälso- och sjukvården avgöra var inom hälso- och sjukvården som patientens vårdbehov bör fullgöras. En sådan särskild bedöm-

ning får göras i varje enskilt fall med utgångspunkt i patientens behov och förutsättningar. Någon exakt gränsdragning eller angivning av vem som ska avgöra frågan går inte att ange. Stor vikt bör fästas vid vad som bäst tillgodoser patientens samlade behov av vård och patientens individuella förutsättningar. Det är rimligt att den vårdnivå dit patienten först söker sig i samråd med andra berörda vårdenheter avgör var patienten ska vårdas. Efter bedömning och behandling i övrig vård kan behovet av t.ex. uppföljning och rehabilitering i vissa fall fullgöras inom primärvården. En bedömning om lämplig vårdnivå behöver därför göras återkommande genom en kontinuerlig dialog mellan berörda enheter.

6 kap.

1 §

Regeringen får meddela föreskrifter om

1. att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting,
2. hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara,
3. *primärvårdens grunduppdrag, och*
4. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

Paragrafen behandlas i avsnitt 9.2.1.

Ändringen innebär att det i punkten 3 förs in ett nytt bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om primärvårdens grunduppdrag. Med uttrycket grunduppdrag avses en övergripande reglering om kärnan i primärvården som ska erbjudas individer oavsett var de bor. Uttrycket antyder att regleringen i förordning inte utgör en uttömmande uppräkning av vad primärvården svarar för utan en minsta gemensam nivå. Regleringen bör inte ange hur primärvården ska organiseras utöver vad som följer av denna lag eller annan reglering. Inget hindrar att primärvårdens utformning anpassas efter lokala och regionala behov. Det finns t.ex. inget som hindrar att man på lokal eller regional nivå har tilläggsuppdrag i primärvården. Den yttre ramen för primärvårdens grunduppdrag avgörs av definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § denna lag.

Övriga ändringar är endast redaktionella.

6 kap.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,
2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning
3. *de bestämmelser om patientansvar för fast läkarkontakt i primärvården som behövs för att garantera en god och säker vård*,
4. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, och
5. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.

Ändringen behandlas i avsnitt 10.2.2. Punkterna 1–2 i paragrafen är oförändrade. I punkten 3 införs ett nytt bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om de bestämmelser som krävs för att garantera att patienter får tillgång till en fast läkarkontakt samtidigt som en god och säker vård kan garanteras. För att garantera en god och säker vård kan en enskild läkare inte vara fast läkarkontakt för alltför många patienter. Exakt hur många patienter en enskild läkare kan ansvara för får avgöras i varje enskilt fall. Det bör t.ex. beaktas hur erfaren läkaren är, vilka andra uppdrag läkaren har, hur behoven ser ut hos patienter i aktuellt primärvårdsområde eller den enskilde läkaren har som helhet. Den enskilde läkarens arbetsmiljö kan också inverka på om en god och säker vård kan garanteras. I övrigt har endast redaktionella ändringar gjorts.

7 kap.

3 §

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt *hos den valda utföraren i Vårdval primärvård* få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Regeringen får meddela föreskrifter om vilken kompetens och erfarenhet en fast läkarkontakt inom primärvården ska ha.

Paragrafens första stycke har endast ändrats språkligt och behandlas i avsnitt 2.3.1 och 9.3.1. Av tidigare förarbeten till bestämmelsen framgår att landsting är skyldiga att ha vårdvalssystem i primärvården och att dessa kan organiseras som ett eller flera vårdval (se prop. 2008/09:74 s. 51 f). Genom ändringen förtydligas att enskilda kan välja en fast läkarkontakt hos den utförare som den enskilda valt inom det vårdval som benämns Vårdval Primärvård. Med Vårdval Primärvård avses det vårdval i landstinget där patienten listar sig och där allmänläkaren finns, dvs. det som brukar kallas vårdcentral eller hälsocentral.

Andra–tredje styckena är oförändrade. Fjärde stycket är nytt och innehåller ett bemyndigande för regeringen att reglera vilken kompetens och erfarenhet som ska krävas för att vara fast läkarkontakt inom primärvården. Regleringen behandlas i avsnitt 10.2.1. Det bör som regel krävas att läkaren är specialist i allmänmedicin, men även läkare med likvärdig kompetens såsom läkare med annan specialitet med lång erfarenhet av arbete i primärvård bör uppfylla kompetenskravet. Även läkare som är specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin samt läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin bör uppfylla kompetenskravet.

7 kap.

3 a §

Landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.

Paragrafen, som är ny behandlas, i avsnitt 9.2 och 9.3.1.

Bestämmelsen innebär att landstingen är skyldiga att se till att alla utförare i Vårdval primärvård ensamma eller tillsammans med andra ut-

förare kan erbjuda patienter alla kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som är nödvändiga för att landstinget ska fullgöra primärvårdens grunduppdrag. Med Vårdval primärvård avses det vårdval i landstinget där patienten listar sig och där man har sin fasta läkarkontakt, dvs. det som brukar kallas vårdcentral eller hälsocentral.

Regleringen hindrar inte att primärvårdens grunduppdrag fullgörs av flera utförare i samverkan. Den hindrar inte heller att landstinget bedriver delar av uppdraget t.ex. mödrahälsovård som annat vårdval, genom upphandling enligt LOU eller i egen regi. Andra utförare kan då hänvisa vidare dit. Det avgörande är att enskilda som listar sig på en vårdcentral eller hälsocentral får ett sammanhållet primärvårdspaket.

En utförare i Vårdval primärvård måste däremot minst vara bemannad med läkare med allmänmedicinsk specialistkompetens och distriktssköterska eller sjuksköterska med motsvarande kompetens.

För att primärvårdens grunduppdrag ska kunna fullgöras krävs därutöver flera olika legitimerade yrkesgrupper. Förutom distriktssköterskor behövs framför allt tillgång till sjuksköterskor med annan fördjupad kompetens, såsom inom diabetes och vård av äldre, eller med avancerade utbildningar såsom inom astma/KOL och hjärtsvikt. Vid vård av äldre finns behov av farmaceuter som stöd vid genomgång av läkemedel. Även vid vård av andra patienter som använder flera läkemedel kan farmaceuters kompetens vara nödvändig för en god vård. För att kunna arbeta mer med förebyggande och rehabiliterande insatser behövs tillgång till arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister. För att klara av att hantera patienter med psykisk ohälsa krävs tillgång till hälso- och sjukvårdskuratorer och psykologer. För att primärvård ska kunna ges utan avgränsning till ålder behövs även tillgång till barnmorskor och barnsjuksköterskor inom barnhälsovård, ungdomsmottagningar och mödrahälsovård.

Regleringen innebär inte att en ensam utförare inom den egna verksamheten måste ha tillgång till alla kompetenser som behövs för att fullgöra primärvårdens grunduppdrag. Däremot ska landstingen genom organisatoriska åtgärder och kravställning i förfrågningsunderlag säkerställa att alla utförare i Vårdval primärvård ensamma eller i samverkan med andra utförare, landstingsdriven verksamhet eller annan upphandlad verksamhet tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att utföraren ska fullgöra uppdraget inom Vårdval primärvård. Inget hindrar att landstingen där-

utöver lägger till ytterligare krav. Genom samverkan med andra utförare eller aktörer med annan kompetens kan utföraren i Vårdval primärvård hänvisa patienter till sina samarbetspartner. Det avgörande är inte av vilken utförare eller i vilken driftsform som patienten får sin vård utan att patienten träffar den profession som den har behov av och att det finns en organiserad samverkan som erbjuder patienten en sömlös vård. Samtidigt är enskilda inte bundna av att gå till dessa utförare.

Bestämmelsen innebär att landstingen ska tillhandahålla motsvarande innehåll även i Vårdval primärvård som bedrivs i egen regi. För utförare i landstingsdriven primärvård måste dock likabehandlingsprincipen respekteras. När landsting ingår avtal med andra utförare i Vårdval primärvård förutsätter bestämmelsen att landstingen ställer motsvarande krav i förfrågningsunderlag.

Bestämmelsen gäller genom sin placering i 7 kap. bara för primärvård som landstingen är huvudman för.

7 kap.

3 b §

Landstinget ska rapportera in uppgifter från utförare i primärvård till en nationell databas.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om landstingets rapporteringsskyldighet.

Paragrafen som är ny behandlas i avsnitt 8.4.1.

Paragrafens första stycke reglerar en ny skyldighet för landstingen att rapportera in vissa uppgifter från utförare i primärvård till en nationell databas. Den databas som avses är Väntetidsdatabasen, som Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för. Av andra stycket framgår att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, bemyndigas att meddela föreskrifter om landstingets rapporteringsskyldighet.

12.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

3 kap.

2 §

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. *möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt hos den valda utföraren i Vårdval primärvård,*
3. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
4. vårdgarantin, *och*
5. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

Paragrafen behandlas i avsnitt 10.2.

Ändringen innebär att skyldigheten att informera patienten om möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården regleras i en egen punkt. Genom ändringen förtydligas att patienten ska informeras om möjligheten att få tillgång till en fast läkarkontakt och även kunna välja vilken läkare den har förtroende för hos den utförare den valt inom landstingens Vårdval primärvård. Övriga ändringar är endast redaktionella.

6 kap.

3 §

Patienten ska få *tillgång till* och möjlighet att välja en fast läkarkontakt *hos den utförare som patienten valt i Vårdval primärvård*.

Paragrafen behandlas i avsnitt 10.2.

Genom ändringen förtydligas att patienter ska erbjudas en fast läkarkontakt. Motsvarande förtydligande görs i 3 kap. 2 § samma lag i vilken informationsskyldigheten regleras. Patienten ska få en fast läkarkontakt om den själv så önskar. Patienter som inte själva frågar efter en fast läkarkontakt ska erbjudas en sådan på initiativ från vårdpersonalen. Alla patienter ska ha samma möjlighet att få tillgång till

en fast läkarkontakt. Bestämmelsen kräver ingen behovsprövning såsom att patienten har ett särskilt behov av samordning eller kontinuitet. Det förtydligas att patientens möjlighet att välja fast läkarkontakt omfattar läkare som vid tillfället finns tillgänglig hos den utförare som patienten har valt att lista sig på inom ramen för landstingens Vårdval primärvård.

12.3 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

3 kap.

10 §

En journalanteckning ska signeras av den som *är ansvarig* för uppgiften, *om det inte är obehövligt eller finns något synnerligt hinder*.

Paragrafen behandlas i avsnitt 11.2.

Ändringen innebär att utrymmet att underlåta signering utökas jämfört med tidigare reglering. Paragrafen har även ändrats språkligt. Signering är obehövligt om de aktuella uppgifterna som förs in i journalen kommer direkt från patienten själv, t.ex. genom att patienten har fyllt i en elektronisk hälsodeklaration. Signering kan även underlåtas om det annars rör sig om faktauppgifter som det inte finns skäl att ifrågasätta, t.ex. laboratorierapporter eller andra provsvar. Avgörande för om en signering inte behövs är uppgiftens betydelse för patientsäkerheten och vårdens kvalitet. Det ska även beaktas om vårdpersonal senare i vårdkedjan värdesätter att en viss uppgift kvalitetssäkras av den som är ansvarig för uppgiften. Har uppgiftens innehåll ingen inverkan på patientsäkerheten eller någon märkbar inverkan på vårdens kvalitet så är det obehövligt att verifiera dess riktighet. Signering behöver inte heller göras om det är praktiskt omöjligt. Även om en formell signering inte behövs måste den som ansvarar för anteckningen alltid kontrollera att uppgifterna förs in korrekt så att skrivfel undviks. Socialstyrelsen får i enlighet med 12 § denna lag föreskriva när signering kan underlåtas utan risker för patientsäkerheten. En avvägning ska göras mellan nyttan av signering och det merarbete i vården som signeringskravet innebär (jfr prop. 2007/08:126 s. 94 och s. 235).

Felaktiga personuppgifter ska alltid korrigeras eller rättas i enlighet med bestämmelserna i EU:s allmänna dataskyddsförordning. Då ska även kraven på spårbarhet beaktas.

13 Ikraftträdande

13.1 Ikraftträdande

Utredningens förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2020.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör enligt utredningens mening införas så snart som möjligt. Lagändringarna som föreslås i PL och PDL kräver inga särskilda genomförande åtgärder utöver vad som redan följer av nuvarande regelverk. De kan därför träda i kraft så snart lagstiftningsprocessen tillåter. Omstruktureringen från en akutsjukhustung vård till nära vård med primärvården som nav pågår redan. Det är därför angeläget att den nya definitionen av primärvård träder i kraft så snart som möjligt för att stödja den utvecklingen. Av samma skäl bör bemyndigandet för regeringen att meddela föreskrifter om primärvårdens grunduppdrag också träda i kraft så snart som möjligt. På så sätt kan bestämmelserna beaktas i samband med att landstingen reviderar sina förfrågningsunderlag inom ramen för vårdvalssystemet för primärvården.

Utredningen ska lämna sitt slutbetänkande den 31 mars 2019. I enlighet med utredningens tilläggsdirektiv kommer utredningen då att redovisa sin analys av ändamålsenligheten i uppdelningen mellan öppen och sluten vård. Beroende på vad utredningen kommer fram till kan det finnas behov för utredningen att föreslå justeringar i sitt eget förslag till definition av primärvården. Utredningen anser dock att det inte nödvändigtvis behöver inverka på ikraftträdandet. Med hänsyn tagen till lagstiftningsprocessen kan lagändringen enligt utredningens bedömning tidigast träda i kraft den 1 juli 2020. Utredningen beräknar att det då även finns förutsättningar för att beakta utredningens kompletterande förslag i slutbetänkandet. Utredningen föreslår därför att samtliga lagändringar ska träda i kraft den 1 juli 2020.

Referenser

Författningar

EU rättsakter

Europaparlamentets och rådets förordning, (EU) 2016/679, *av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning*.

Europaparlamentets och rådets direktiv, (EU) 2016/680, *av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behöriga myndigheters behandling av personuppgifter för att förebygga, förhindra, utreda, avslöja eller lagföra brott eller verkställa straffrättsliga påföljder, och det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av rådets rambeslut 2008/977/RIF*.

Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.

Lagar

Tryckfrihetsförordningen (1949:105).

Regeringsformen (1974:152).

Föräldrabalken (1949:351).

Mönstringslagen (1983:929).

Lag (1990:52) *om vård av unga*.

Begravningslagen (1990:1144).

Lag (1991:1128) *om psykiatrisk tvångsvård*.

Lag (1991:1129) *om rättspsykiatrisk vård*.

Lag (1991:1137) *om rättspsykiatrisk undersökning*.

Lag (1991:2041) *om särskild personutredning i brottmål m.m*.

Lag (1994:261*) om fullmaktsställning*.

Körkortslagen (1998:488).

Lag (1998:870) *om vård av missbrukare*.

Socialtjänstlagen (2001:453).

Fartygssäkerhetslagen (2003:364).

Lag (2005:225) *om rättsintyg i anledning av brott*.

Patientdatalagen (2008:355).

Lag (2008:962) *om valfrihetssystem*.

Lag (2009:366) *om handel med läkemedel*.

Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Socialförsäkringsbalken (2010:110).

Taxitrafiklagen (2012:211).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Lag (2017:310) *om framtidsfullmakter*.

Lag (2017:612) *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

Kommunallagen (2017:725).

Förordningar

Förordning (1963:194), *om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställighet av straff m.m*.

Förordning (1977:740), *om tillämpningen av en konvention den 27 februari 1976 mellan Sverige och Förbundsrepubliken Tyskland om social trygghet*.

Förordning (1984:555), *om tillämpningen av en konvention den 4 februari 1983 mellan Sverige och Spanien om social trygghet*.

Förordning (1979:38), *om läkarintyg för sjöfolk*.

Förordning (1991:1472), *om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*.

Förordning (1992:289), *om särskild rättsutredning i brottmål m.m*.

Anställningsförordningen (1994:373).

Förordning (1994:1121), *om läkarvårdsersättning*.

Förordning (1995:1051), *om skyldigheten att lämna läkarintyg m.m. i vissa sjukpenningärenden i vissa fall*.

Förordning (1996:1100), *om aktivitetsstöd*.

Körkortsförordningen (1998:980).

Studiestödsförordningen (2000:655).

Fartygssäkerhetsförordning (2003:438).

Förordning (2001:707), *om patientregister hos Socialstyrelsen*.

Livsmedelsförordningen (2006:813).

Förordning (2007:237), *om behörigheter för sjöpersonal*.

Förordning (2010:407), *om ersättning till vissa nyanlända invandrare*.

Förordning (2011:1533), *om behörigheter för sjöpersonal*.

Förordning (2016:706), *om utbildningsbidrag för kompletterande pedagogisk utbildning som leder till ämneslärarexamen för personer som har en examen på forskarnivå*.

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Förordning (2017:819), *om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser*.

Myndighetsföreskrifter

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29), *om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m*.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6), *om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14), *om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7), *om livsuppehållande behandling*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8), *om läkarnas specialiseringstjänstgöring*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40), *om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården*.

Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:13), *om kontroll i sjukpenningärenden och ersättning för merutgifter vid resa till och från arbetet m.m*.

Utländska författningar

FOR-2012-08-29-842, *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*.

Offentliga tryck

Riksdagstryck

Riksdagens skrivelse 1996/97:186, *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Propositioner och skrivelser

Prop. 1969:125, *om läkarvårdsersättningen*.

Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.; given Stockholms slott den 16 mars 1973*.

Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m*.

Prop. 1984/85:181, *om utvecklingen av hälso- och sjukvården*.

Prop. 1984/85:189, *om patientjournallag m.m*.

Prop. 1991/92:104, *om ändring i patientjournallagen (1985:562) m.m*.

Prop. 1993/94:149, *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m*.

Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m*.

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling*.

Prop. 2005/06:50, *Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar*.

Prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*.

Prop. 2007/08:126, *Patientdatalag m.m*.

Prop. 2008/09:29, *Lag om valfrihetssystem*.

Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*.

Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*.

Prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag*.

Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn*.

Prop. 2013/14:106, *Patientlag*.

Prop. 2014/15:91, *En ny läkemedelslag*.

Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

Prop. 2017/18:24, *Stärkt koppling mellan skola och arbetsliv*.

Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*.

Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvård och en förstärkt vårdgaranti*.

Prop. 2017/18:138, *Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer*.

Prop. 2017/18:151, *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*.

Prop. 2017/18:171, *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning*.

Prop. 2017:18:186, *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter*.

Prop. 2017/18:223, *Nationell läkemedelslista*.

Prop. 2017/18:224, *Lag om försäkringsmedicinska utredningar*.

Prop. 2018/18:249, *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*

Regeringens skrivelse 2017/18:146, *Politiken för global utveckling i genomförandet av Agenda 2030*.

Regeringens skrivelse 2014/15:72, *Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning*.

Statens offentliga utrednings- och kommittébetänkanden

SOU 1984:73, *Patientjournalen, huvudbetänkande*.

SOU 1994:126, *Husläkarreformens första halvår, delbetänkande av husläkardelegationen*.

SOU 2006:82, *Patientdatautredningen*.

SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*.

SOU 2011:6, *Missbruket, Kunskapen, Vården*.

SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder – studiehandbok från FHV-delegationen*.

SOU 2013:15, *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning*.

SOU 2013:33, *En myndighet för alarmering*.

SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid*.

SOU 2015:17, *För kvalitet – Med gemensamt ansvar*.

SOU 2015:20, *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård*.

SOU 2015:98, *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa*.

SOU 2015:101, *Långtidsutredningen 2015, Bilaga 7*.

SOU 2016:2, *Effektiv vård*.

SOU 2016:55, *Det handlar om jämlik hälsa – delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*.

SOU 2017:29, *Brottsdatalag*.

SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.*

SOU 2017:56, *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme*?

SOU 2017:66, *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning.*

SOU 2017:77, *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*.

SOU 2017:87, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt*.

SOU 2017:111, *För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård*.

SOU 2018:11, *Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar*.

SOU 2018:28, *En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser*.

SOU 2018:32, *Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst*.

Departementspromemorior och betänkanden

Socialutskottets betänkande,1984/85:SoU33, *om patientjournallag m.m*.

Socialutskottets betänkande, 1996/97:SoU14, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Socialutskottets betänkande, 2000/01:SoU05, *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*.

Departementsserien

Ds 2016:41, *Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna*.

Ds 2017:56, *Bastjänstgöring för läkare.*

Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser*.

Kommittédirektiv

Dir 2015:105, *En nationell samordnare för området livsvetenskap*.

Dir 2015:138, *Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa*.

Dir. 2016:51, *Tillit i styrningen*.

Dir 2016:91, *Översyn av kostnadsutjämningen för kommuner och landsting*.

Dir 2016:98, *Rättsliga förutsättningar för en digitalt samverkande förvaltning*.

Dir 2016:106, *Tilläggsdirektiv till Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa*.

Dir. 2017:44, *Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*.

Dir 2017:94, *Inrättande av Myndigheten för arbetsmiljökunskap*.

Dir 2017:95, *En organisation för lokal statlig service*.

Dir 2017:117, *Inrättande av en myndighet för digitalisering av den offentliga sektorn*.

Dir. 2017:119, *Tilläggsdirektiv till Tillitsdelegationen*.

Dir. 2017:128, *Ordning och reda i vården*.

Dir 2018:14, *Tilläggsdirektiv till Ordning och reda i vården*.

Dir. 2018:26, *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum*.

Dir 2018:27, *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*.

Rapporter

Agenda 2030-delegationen (Fi 2016:01), *I riktning mot en hållbar välfärd – Agenda 2030-delegationens nulägesbeskrivning och förslag till handlingsplan för genomförandet av Agenda 2030 för hållbar utveckling*, Rapport 170601, Stockholm, 2017.

Andersson, Dan och Fransson, Anna, *Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt*, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2011:3, 2011.

Anderstig, C, *Försörjningskvoten i olika delar av Sverige – scenarier till år 2050*, Underlagsrapport 8 till Framtidskommissionen, Statsrådsberedningen, 2012.

Anell, Anders, *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt* – rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4), 2015.

Anell, Anders, *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7, 2010.

Astma- och allergiförbundet, Diabetesorganistaionen i Sverige. Neuroförbundet, Reumatikerförbundet, Riksförbundet HjärtLung och Storstockholms diabetesförening, *Vägen mot världsklass*, 2018.

Barnombudsmannen, *Nyanlända barns hälsa*, 2017.

Den norske Legeforening, *Fastlegeordningen Veileder og kommentarutgave*, 2013.

E-hälsomyndigheten, *Digitalt pedagogiskt stöd för e-hälsolösningar – Återrapportering enligt E-hälsomyndighetens och Socialstyrelsens likalydande regeringsuppdrag (S2017/02466/FS. 2018)*, 2018.

E-hälsomyndigheten, *Samordning av regeringens satsningar på e-hälsa – Återrapportering enligt E-hälsomyndighetens regleringsbrev 2017 (S2017/00838/FS)*, 2017.

European Commission, *State of Health in the EU: Companion Report 2017*, 2017.

Framtidens vårdkompetens, *Samverkan om kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården – Årsrapport för 2017*, 2018-02-20, www.framtidensvardkompetens.se/wp-content/uploads/2018/03/arsrapport-2017-samverkan-om-kompetensforsorjning-i-halso-o-sjukvarden-framtidens-vardkompetens-2018-02-20.pdf (hämtad 2018-04-04).

Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor*, 2016.

Folkhälsomyndigheten, *Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016*", 2016.

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsan i Sverige 2016 – Årlig rapportering, 2016.*

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2017*, 2017.

Folkhälsomyndigheten, *Suicidprevention 2017*. 2018.

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018*, 2018.

Försäkringskassan, *Socialförsäkringsrapport 2017*, Socialförsäkringsrapport 2017:13, 2017

Helsedirektoratet, *Styringsdata for fastlegeordningen*, 4, kvartal 2016.

Inera, *Kartläggning intyg*, 2013.

Konkurrensverket, *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*, 2014.

Kringos, DS et al, *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 1, 2015.

Kringos, DS, et al, *Building Primary care in a changing Europe, European Observatory on Health Systems and Policies*, Volume 2, 2015.

Myndigheten för delaktighet, *Uppföljning av funktionshinderpolitiken*, 2017.

Mörk, E., Sjögren, A., och Svaleryd, H, *"Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa"*, SNS, 2014.

Norges forskningsråd, *Evaluering av fastlegereformen 2001–2005*, 2006.

Norges forskningsråd, *Evaluering av samhandlingsreformen*, 2016.

The Primary Care Workforce Commission, *The future of Primary Care-Creating teams for tomorrow*, 2015.

OECD, *Doing Better for Children*, 2009.

OECD, *OECD Health Care Quality Review of Sweden*, Paris, 2013.

OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, Paris, 2017.

OECD, *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2017.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Sverige: Landprofil hälsa 2017*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Denmark: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Finland: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017.

Persson U, Svensson M, Ödegaard K, *Kostnadsutvecklingen i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma*, Stockholm, 2005.

Persson U, Ödegaard K, *Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma*, Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 2005.

Riksrevisionen, *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning*, (RiR 2011:17), Riksdagstryckeriet, Stockholm, 2011.

Socialstyrelsen, *Om implementering*, 2012.

Socialstyrelsen, *Meddelandeblad nr 9/2012; Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning*, Socialstyrelsens vägledning, 2012.

Socialstyrelsen, *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården åren 2012–2025*, 2014.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Utvärdering, 2014 Sjukdomsförebyggande metoder*, 2015.

Socialstyrelsen, *Traumavård vid allvarlig händelse*, 2015.

Socialstyrelsen, *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2015*, 2016.

Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap*, 2016.

Socialstyrelsen, *Remissvar över Effektiv vård (SOU 2016:2)*, 2016.

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin – Slutrapport*, 2016.

Socialstyrelsen, *Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård – Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess*, 2017.

Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård*, Lägesrapport, 2017.

Socialstyrelsen, *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016*, Stockholm, 2017.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av hälso- och sjukvården*, 2017.

Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet 2018*, 2018.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av universitetssjukvård*, 2018.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2017, En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*, 2018.

Statens folkhälsoinstitut, *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*, 2005.

Statistiska centralbyrån, SCB, *Hälsoräkenskaper 2001–2016,* 2018.

Statskontoret, Rapport (2016:24), *Statens styrning av kommunerna*, 2016.

Statskontoret, Rapport (2018:4), *Utvärdering av rättsintygsreformen, 2018*

Sveriges Kommuner och Landsting, *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende*, 2012.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Ingen på sjukhus i onödan*, 2016.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Nationella Patientenkäten*, 2017.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Skador i vården, 2013–2016 – På nationell, regional- och landstingsnivå*, Markörbaserad journalgranskning, 2017.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Flippen i primärvården – Ett nationellt innovationsprojekt med och för Sveriges primärvård – slutrapport*, 2018.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Rapport Analysuppdrag: Flippen*, https://skl.se/download/18.b0a557c16076a65ab52516e/1513926973950/Flippen,%20analysuppdrag.pdf (hämtad 2018-05-14).

Sveriges läkarförbund, *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning*, 2013.

U 2015:08, *Delrapportering för U 2015:08 en nationell samordnare för livsvetenskaperna*, 2017.

UNICEF Office of Research, '*Fairness for Children: A league table of inequality in child well-being in rich countries*', Innocenti Report Card 13, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2016.

Vetenskapsrådet, *Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de landsting som omfattas av ALF-avtalet*, 2018.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?* 2012.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2013:9, *Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*, 2013.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem*, 2014.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, Stockholm, 2016.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, Stockholm, 2016.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En primär angelägenhet*, 2017.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, Stockholm, 2017.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Primärvårdens resurser, styrning och organisation*, 2017.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, PM 2017:4, *Primärvården i Europa – En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse*, 2017.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2017:7, *Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft*, 2017.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2017:10, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, 2017.

WHO, *Now more than ever*, *World Health Report 2008*, Genève 2008.

Litteratur

Ekman et al, *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*, 2013.

Övrigt

Agenda 2030-delegationen, *Om delegationen*, https://agenda2030delegationen.se/ agenda-2030/om-agendan/ (hämtad 2018-02-16).

Ahrnell, Britt-Marie, *Vem tar ansvar för min mans cancer?* 2013-06-13. www.dagenssamhalle.se/nyhet/vem-i-vardapparaten-tar-ansvar-foer-min-mans-cancer-5726 (hämtad 2018-04-17).

Apoteket, *Egenvård – Självval och egenvård moderniserade apoteken*, https://www.apoteket.se/om-apoteket/apotekets-historia/organisationen/egenvard (hämtad 2018-05-03).

Arbetsterapeuterna, *Sverige behöver en MAR i varje kommun*, 2017-10-31, www.arbetsterapeuterna.se/Om-forbundet/vi-tycker/stallningstaganden/Sverige-behover-en--MAR-i-varje-kommun (hämtad 2018-05-05).

Cancerfonden, *Cancerprevention – Vad säger forskningen?* Stockholm, 2016.

Dagens medisin, *Fastleger i 40-årener slutter*, 2017-09-28, www.dagensmedisin.no/artikler/2017/09/28/-fastleger-i-40-arene-slutter-som-fastlege (hämtad 2018-05-06).

Eurohealth, *Developing integrated Health and Social care models in Scotland*, 22(2), 2016.

Eurostat, *Self-perceived health statistics*, 2018-02-21. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Self-perceived_health_statistics&oldid=374099 (hämtad 2018-04-26).

Expert Group on Health Systems Performance Assessment, *A New Drive for Primary Care in Europe: Rethinking the Assessment Tools and Methodologies*, 2018.

FPA, *FPA finansiering 2016*, www.kela.fi/web/sv/fpas-finansiering (hämtad 2018-04-08).

Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro per bransch och sektor*, 2016, www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/eca49949-6bc6-4e03-ae57-60398ff31ff1/PM_sjukfranvaro_olika_branscher.pdf?MOD=AJPERES (hämtad 2018-04-25).

Health Education England, *Response to "The future of primary care: Creating teams for tomorrow"*, www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/The%20Future%20of%20Primary%20Care%20report.pdf (hämtad 2018-04-08).

Helfo, *Nytt kompetansekrav for leger i allmennpraksis*, https://helfo.no/nytt-kompetansekrav-for-leger-i-allmennpraksis (hämtad 2018-03-07).

Hermansen M, Ören, T.O, *Fastlegeordningen slår sprekker*, 2018-04-16, www.vg.no/nyheter/meninger/i/3jgXzA/fastlegeordningen-slaar-sprekker (hämtad 2018-05-01).

Hospital at home, *About Hospital at Home*, www.hospitalathome.org/about-us/overview.php (hämtad 2018-05-03).

IHME, *About GDB – The Global Burden of Disease: a critical resource for informed policymaking*, www.healthdata.org/gbd/about (hämtad 2018-04-26).

Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham UG, Hemstrom O, et al, *The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden*, 2002, Eur J Health Econ, 2008;9(4):351-60, DOI:10.1007/s10198-007-0082-1.

Landskaps- och vårdreformen, Allmän presentation av landskaps- och vårdreformen, http://alueuudistus.fi/sv/allman-information (hämtad 2018-04-08).

Landskaps- och vårdreformen, *Tidtabell*, http://alueuudistus.fi/sv/tidtabell (hämtad 2018-04-08).

Landstinget i Kalmar, *Om hemsjukhuset i Borgholm*, 2017-12-22, www.ltkalmar.se/forskning-och-forbattring/kvalitet-och-forbattringar/forbattringsarbete/hemsjukhuset (hämtad 2018-05-03).

Landstinget i Kalmar, *Oskar - samverkan kommun och landsting,* 2018-03-29, www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/oskar-samverkan-kommun-och-landsting (hämtad 2018-05-14).

Leading Healthcare. *Working paper 2016:1*, 2016.

Lim, SS, Allen, K, Bhutta, ZA, Dandona, L, Forouzanfar, MH, Fullman, N, et al, *Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*, The Lancet, 388(10053), 2015.

Lundkvist, L, *Migration ger en yngre befolkning*, SCB:s tidskrift Välfärd, nr 1, 2016.

Läkartidningen, Agardh et al, *Hälsoutvecklingen i Stockholm bättre än i övriga landet – Jämförelse av hälsoläget utifrån globala sjukdomsbördeprojektet*, 2018-01-22, www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Rapport/2018/01/Halsoutvecklingen-i-Stockholm-battre-an-i-ovriga-landet (hämtad 2018-04-26).

Nationella forskarskolan i allmänmedicin, *Målsättning med Nationella forskarskolan i allmänmedicin*, www.forskarskolanallmanmedicin.se/presentation (hämtad 2018-05-14).

OECD, *Health database*, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA (hämtad 2018-02-27).

OECD, *Infant mortality rates (indicator)*, 2018, doi: 10.1787/83dea506-en (hämtad 2018-03-26).

Regeringskansliet, *Överenskommelse om Vision e-hälsa 2025*, 2016-03-14, www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2016/03/overenskommelse-om-vision-e-halsa-2025 (hämtad 2018-05-14).

Regeringskansliet, *Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum – Åtgärdsprogram 3.0*, 2018-01-24, www.regeringen.se/rattsdokument/departementsserien-och-promemorior/2018/01/atgardsprogram-3.0--regeringens-initiativ-for-en-trygg-sjukforsakring-med-manniskan-i-centrum/ (hämtad 2018-05-03).

Regeringskansliet, *Sverige vässar arbetet inom life science*, 2018-02-08, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/02/sverige-vassar-arbetet-inom-life-science/ (hämtad 2018-04-26).

Regeringskansliet, *Regeringen växlar upp för fler specialistläkare*, 2018-03-03, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/03/regeringen-vaxlar-upp-for-fler-specialistlakare (hämtad 2018-04-15).

Regeringskansliet, *Stärkt arbete med kunskap att bemöta psykisk ohälsa i primärvården*, 2018-03-22, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/03/starkt-arbete-med-kunskap-att-bemota-psykisk-ohalsa-i-primarvarden (hämtad 2018-04-26).

Regeringskansliet (Näringsdepartementet), *Uppdrag att göra en förstudie om hur internetombud inom vård och omsorg kan etableras över hela landet*, N2018/00718/D.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet*, S2017/00594/FS.

Regeringskansliet, *Ny arbetsmiljömyndighet placeras i Gävle*, 2018-04-20, www.regeringen.se/artiklar/2017/09/ny-arbetsmiljomyndighet-placeras-i-gavle (hämtad 2018-05-02).

Regeringskansliet, *Regeringen inrättar ett patientråd för hälso- och sjukvården*, 2018-04-30, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/04/regeringen-inrattar-ett-patientrad-for-halso--och-sjukvarden (hämtad 2018-05-02).

Regjeringen, *Kommuner og regioner*, www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/id921 (hämtad 2018-02-27).

Regjeringen, *Samhandlingsreformen i kortversjon*, 2014-10-03, www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/ (hämtad 2018-02-27).

Regeringen, *Sammenhængsreform*, www.regeringen.dk/nyheder/sammenhaengsreform/ (hämtad 2018-02-20).

Regeringen, *Udvalg om det naere og sammenhaengenede sundhedsväsende, Afrapportering, juni 2017*, https://www.regeringen.dk/media/3589/afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.pdf (hämtad 2018-05-14).

Region Sjaelland, *Ansøgning til Pulje til etablering af læge- og sundhedshuse*, http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2018/Sider/Udvalget%20for%20det%20n%C3%A6re%20sundhedsv%C3%A6sen/3960-M%C3%B8de%20d.%2015-3-2018/3513807.aspx (hämtad 2018-05-14).

Riksrevisionen, *Läkares förutsättningar för att bedöma arbetsförmåga (15 maj)*, 2017-04-05, www.riksrevisionen.se/nu-granskas/pagaende-granskningar/lakares-forutsattningar-for-att-bedoma-arbetsformaga.html (hämtad 2018-05-14).

SFAM, Svensk förening för allmänmedicin, *Ersättningssystem som främjar god vårdkvalitet i primärvården – ett policydokument*, 2014.

Sjukhusläkaren, *Signering: Så tyckte läkare från norr till söder*, 2013-02-19, www.sjukhuslakaren.se/signering-sa-tycker-lakare-fran-norr-till-soder (hämtad 2018-05-03).

Sjukhusläkaren, *Använd möjligheten till undantag från signerings-tvånget*, 2013-02-20, www.sjukhuslakaren.se/anvand-mojligheten-till-undantag-fran-signeringstvanget (hämtad 2018-05-03).

Sjukhusläkaren, *Färre signeringar ger obefintliga vinster*, 2013-02-20, www.sjukhuslakaren.se/farre-signeringar-ger-obefintliga-vinster (hämtad 2018-05-03).

Skolverket, *Egenvård i förskola och skola,* 2014-02-18, www.skolverket.se/ polopoly_fs/1.254800!/7.2.1-2014-228%20Mer%20om%20egenv%C3%A5rd%20i%20f%C3%B6r skolan%20och%20skolan.pdf (hämtad 2018-05-03).

Skottlands regering, National Health and Wellbeing Outcomes: Information Framework, www.gov.scot/Resource/0047/ 00473499.pdf (hämtad 2018-03-07).

Slawomirski, L., A. Auraaen and N. Klazinga, *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*, OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs), 2017.

Socialstyrelsen, *Digital verksamhetsutveckling i vården*, https://div.socialstyrelsen.se (hämtad 2018-04-26).

Socialstyrelsen, *Frågor och svar om patientjournalen*, www.socialstyrelsen.se/Frågor och svar om patientjournaler (hämtad 2018-05-03).

Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*, https://roi.socialstyrelsen.se/fmb (hämtad 2018-05-14).

Socialstyrelsen, *Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)*, 2018-04-27, vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/medicinskt-ansvarig-sjukskoterska-mas-och-medicinskt-ansvarig-rehabilitering-mar (hämtad 2018-05-05).

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*, Remissversion, 2017.

Socialstyrelsen, *Nu prövas ny modell för nationell högspecialiserad vård*, www.socialstyrelsen.se/nyheter/2018/nuprovasnymodellfornationell hogspecialiseradvard (hämtad 2018-04-26).

Socialstyrelsen, *Patientregistret*, www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret (hämtad 2018-04-21).

Socialstyrelsen, *Statistikdatabas över hälso- och sjukvårdspersonal*, www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/halsoochsjuk vardspersonal (hämtad 2018-04-15).

Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser*, 2017-05-18, www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20608/2017-5-3.pdf (hämtat 2018-05-02).

Socialstyrelsen, *Tillsynsbeslut dnr 44-9129/08*, 2008.

Socialstyrelsen, *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?*, https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se (hämtad 2018-05-14).

Socialstyrelsen, *Våld i nära relationer*, www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer (hämtad 2018-04-25).

Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering, *Fetma – Problem och åtgärder, en systematisk litteraturöversikt*, Stockholm, 2002.

Starfield, B., Shi, L., Macinko, J, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, The Milbank Quarterly, vol. 83. nr. 3, 2005.

Statistiska centralbyrån, SCB, *Befolkningsstatistik – Kommuner med högst och lägst medelålder*, 2018-03-21, www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/topplistor-kommuner/kommuner-med-hogst-och-lagst-medelalder-31-december-2016-jamfort-med-31-december-2015 (hämtad 2018-04-26).

Statistiska centralbyrån, SCB, *Försörjningskvot 1960–2016 och prognos 2017–2060*, 2017-04-12, www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/tabell-och-diagram/sveriges-framtida-befolkning-20162060/forsorjningskvot-och-prognos (hämtad 2018-04-26).

Statistiska centralbyrån, SCB, *Förändring av Hälsoräkenskaperna – publicering mars 2015*, Örebro: Statistiska centralbyrån, 2015.

Statistiska centralbyrån, SCB, *Prisomräknaren 2018*, www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/prisomraknaren (hämtad 2018-05-04).

Statistiska centralbyrån, SCB, *Prognos folkmängd 2016–2060*, www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/framtidens-befolkning/ (hämtad 2018-04-15).

Statistiska centralbyrån, SCB, *Studenter och examina i högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå*, www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/hogskolevasende/studenter-och-examina-i-hogskoleutbildning-pa-grundniva-och-avancerad-niva/ (hämtad 2018-04-15).

Statistiska centralbyrån, SCB, *Sveriges framtida befolkning 2017–2060* 2017-04-12, www.scb.se/contentassets/fee6de8eb7dc43bd9b3f36da925b5458/be0401_2017i60_sm_be18sm1701.pdf (hämtad 2018-04-26).

Stortingsmelding, *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, nr 47, 2008–09, 2009.

Stockholm Läns Landsting, *Norra Stockholms psykiatri*, 2015-10-09, www.norrastockholmspsykiatri.se/Om-oss/Press/aktuellt/asa-ar-bron-mellan-patienterna-och-verksamheten (hämtad 2018-05-07).

Stockholms Läns Landsting, *Akademiskt Primärvårdscentrum, För en starkare primärvård!,* www.cefam.se/om *(hämtad 2018-05-14).*

Sundheds og ældreministeriet, *Sygeplejersker får ny specialuddannelse i kommuner og almen praksis,* 2018-08-02, www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspersonale/2018/Februar/Sygeplejersker-faar-ny-specialuddannelse-i-kommuner-og-almen-praksis.aspx (hämtad 2018-05-03).

Sundheds og ældreministeriet, Sundhed, hvor du er, december 2017, https://www.sum.dk/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2017/Sundhed-hvor-du-er-dec-2017/Sundhed-hvor-du-er-08012018.pdf (hämtad 2018-05-14).

Sveriges Kommuner och Landsting, *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården*, https://skl.se/download/18.5e588ed415aa6ecabde9f48f/1489484509965/Beteenden+och+behov+hos+personer+i+kontakt+med+v%C3%A5rden.pdf (hämtad 2018-05-07).

Sveriges Kommuner och Landsting, *ACG, Adjusted Clinical Groups, nätverk*, 2018-04-06, https://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemersattningssystem/halsoochsjukvard/ersattningssystem/acgnatverk.11263.html (hämtad 2018-05-14).

Sveriges Kommuner och Landsting, *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2017*, 2018.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Landsting och regioners system för kunskapsstyrning*, 2018-04-23, www.skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html (hämtad 2018-05-03).

Sveriges Kommuner och Landsting, *PrimärvårdsKvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården*, 2018-05-02, www.skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html (hämtad 2018-05-03).

Sveriges Kommuner och Landsting, *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2016*, 2017-08-30, www.skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik.270.html (hämtad 2018-04-24).

Sveriges Kommuner och Landsting, *Strategi för hälsa*, 2018-04-11, www.skl.se/halsasjukvard/strategiforhalsa.9515.html (hämtad 2018-05-03).

Sveriges Kommuner och Landsting, *Tillgänglighet i primärvård*, 2018-01-08. https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/tillganglighet.10238.html (hämtad 18-05-14).

Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelser mellan SKL och regeringen inom vård och omsorg*, 2018-03-22, www.skl.se/halsasjukvard/overenskommelsermellansklochregeringen.1463.html (hämtad 2018-04-26).

Sveriges Läkarförbund/Distriktsläkarföreningen, *DLF:s åtgärdsprogram för primärvården*, 2017-08-31, www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Yrkesforening/Distriktslakarforeningen/60-punkts-lista/ (hämtad 2018-04-15).

Sveriges Läkarförbund, *Åtta av tio vill ha fast läkare enligt ny undersökning från Novus*, 2018-04-11, www.slf.se/Aktuellt/Atta-av-tio-vill-ha-fast-lakare-enligt-ny-undersokning-fran-Novus/ (hämtad 2018-04-15).

Sveriges Läkarförbund, *Fortbildningsenkät 2016*, www.slf.se/Pages/39049/Fortbildningsenk%c3%a4t%202016.pdf (hämtad 2018-04-15).

Vinnova, *Spetspatienter – en ny resurs för hälsa*, https://www.vinnova.se/ p/spetspatienter---en-ny-resurs-for-halsa/ (hämtad 2018-04-21).

Vårdval Region Uppsala, *Regelbok för vårdcentral*, www.lul.se/Global/Landsting_politik/Upphandling/UPPH2009-0050%20Vardcentral/2017/F%C3%B6rfr%C3%A5gningsunderlag%20VC%202017.pdf (hämtad 2018-05-04).

Västra Götalandregionen, *Sjukvårdens Larmcentral VGR (SvLc)*, www.narhalsan.se/om-narhalsan/for-vardgivare/sjukvardens-larmcentral-vgr (hämtad 2018-05-03).

Webbkollen, *Trygghet i vardagen*, www.webbkollen.com (hämtad 2018-05-14).

WHO, *Alma Ata Deklarationen*, 1978.

WHO, *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*, 2014.

WHO, *Hälsa 2020 – Ett policyramverk för sektorsövergripande insatser för hälsa och välbefinnande i WHO:s Europaregion*, www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0dd4f55131d5443d9b8efd36d8d7de4c/halsa-2020-sektorsovergripande-policyramverk-insatser-halsa-valbefinnande-15008.pdf (hämtad 2018-04-07).

WHO, *Resolution WHA69.24, Strengthening integrated, people-centred health services, In:Sixty-Ninth World Health Assembly*, Geneva, 16–24 May 2016, Resolutions and decisions, annexes, Geneva, World Health Organization, 2016.

WHO, *Non Communicable diseases*, 2017-06-21, www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases (hämtad 2018-05-01).

Kommittédirektiv 2017:24

Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården

Beslut vid regeringssammanträde den 2 mars 2017

Sammanfattning

En särskild utredare ska utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

Utredaren ska bl.a.

- fördjupa analyserna av förslag i betänkandet Effektiv vård,
- redovisa förslagens konsekvenser samt
- i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sverige är ett av de länder som har flest sjukhusläkare i världen per capita. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. För

hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning finns det sjukhus och den vården kallas för sluten vård. All annan hälso- och sjukvård är öppen vård.

I internationella jämförelser har svensk vård en hög kvalitet när det gäller medicinska resultat, men sämre resultat när det gäller kontinuitet, patientmedverkan m.m. Den demografiska utvecklingen, fler personer med kroniska sjukdomar, begränsade resurser, urbanisering och utvecklingen inom andra områden, exempelvis medicinteknik, it och behov hos vårdpersonal, kommer dock att kräva en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande, ökad kvalitet och bättre tillgänglighet samt öka förtroendet hos befolkningen.

Huvudmän – och därmed de ytterst ansvariga – för hälso- och sjukvården är de landsting och de kommuner som enligt lag ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget eller som efter beslut av kommunen bor i vissa sådana boendeformer eller bostäder som avses i socialtjänstlagen (2001:453).

Primärvården har en central roll

Primärvården, som är en del av den öppna vården, har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet eftersom det är dit patienten först förväntas vända sig för att få en bedömning, behandling eller skickas vidare för utredning eller behandling inom specialistsjukvården. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bl.a. på grund av brist på annan tillgänglig vårdinstans (Effektiv vård SOU 2016:2). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Regeringen har därutöver ett delmål för jämställdhetspolitiken om att kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vård och vårdnivå de har behov av och vården erbjuds i rätt tid. Utgångsläget ska vara att ingen ska behöva vårdas på sjukhus i onödan.

Vård på sjukhus som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i en icke optimal vård av patienten, i höga kostnader och vårdskador.

En enda akut slutenvårdsepisod motsvarar i genomsnitt kostnaden för 56 läkarbesök i primärvården eller 220 hemtjänsttimmar för de mest sjuka äldre (Ingen på sjukhus i onödan, SKL 2016).

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver därför reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En förstärkning av primärvården är därför nödvändig.

Under det senaste decenniet har primärvården i Sverige genomgått omfattande förändringar såsom införandet av vårdval, lagregleringen av vårdgarantin och möjligheterna att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård utanför det egna landstinget. Dessutom kan vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, genom nya sätt att organisera hälso- och sjukvården samt nya behandlingsalternativ numera även utföras på andra platser än sjukhus. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken successivt förändras. Som exempel kan nämnas att viss vård som tidigare endast kunde ges på sjukhus numera kan erbjudas i hemmet. Den öppna vården kan således utföras på en vårdmottagning men också i patientens hem eller i ett särskilt boende.

Primärvården, och den övriga hälso- och sjukvården, har dessutom flera utmaningar att hantera, t.ex. ökade bemanningsproblem och en bristande digital arbetsmiljö i flera delar av landet. När det gäller den sistnämnda frågan visade myndigheten Vårdanalys i promemorian Ändamålsenliga journalsystem i primärvården att i en internationell jämförelse mellan tio länder så är svenska primärvårdsläkare minst nöjda med sina elektroniska journalsystem. Endast 37 procent svarade att de var nöjda eller mycket nöjda medan motsvarande siffra i Storbritannien var 86 procent. Läkarnas nöjdhet med journalsystemen varierar vidare betydligt mellan olika landsting och regioner inom landet, från 10 procent i Skåne till 78 procent i Kronoberg. Därutöver kommer antalet patienter som behöver ha kontinuerlig kontakt med vården, och flera delar av vården, att öka eftersom fler lever allt längre och därmed hinner utveckla och leva under lång tid med kroniska sjukdomar.

Enligt 5 § HSL ska primärvården som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver

sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Förutom denna bestämmelse i HSL finns det inte någon lagstadgad definition av primärvårdens uppdrag. Vad som ingår i uppdraget till primärvården påverkas av landstingens bedömning av vilka insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det kommunala självstyret innebär dessutom att landstingen har stor frihet att själva besluta om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och nivåstruktureras. I ett landsting kan en verksamhet ingå i uppdraget till primärvården medan samma verksamhet i ett annat landsting ingår i hälso- och sjukvårdstjänster som organiseras på annat sätt.

Det har framförts förslag om att primärvårdens uppdrag bör tydliggöras. Riksrevisionen har t.ex. granskat hur de statliga reformerna om vårdval och lagstadgad vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I en granskningsrapport som publicerades i oktober 2014 rekommenderade Riksrevisionen att regeringen ska ta initiativ till att göra vårdvalssystemen mer lika och formulera ett nytt mer enhetligt primärvårdsuppdrag. Enligt Riksrevisionen är det en bland flera åtgärder ”som är värda att pröva i syfte att styra primärvården mot vårdens övergripande målsättningar”. Sedan den 1 januari 2015 har patienter, enligt 9 kap. patientlagen (2014:821), möjlighet att välja utförare inom eller utom det egna landstinget. Det innebär bl.a. att en person som är bosatt i ett landsting kan välja vårdcentral och fast läkarkontakt i ett annat landsting. Detta förhållande kan också i förlängningen öka medborgarnas förväntningar på att få samma eller likvärdiga tjänster oavsett landsting – och därigenom skynda på en utveckling mot en mer jämlik hälso- och sjukvård. Att primärvårdsuppdraget blir mer enhetligt över landet och tydligt för medborgarna är också viktigt för att öka förtroendet för vården.

Beträffande försörjning och finansiering av läkemedel så utgår dagens system från den lagstadgade uppdelningen av vården i öppen respektive sluten vård. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i

den öppna vården distribueras dock på öppenvårdsapoteken och bekostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna.

En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Regeringen beslutade den 21 november 2013 att ge en nationell samordnare i uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt (dir. 2013:104). Analysen skulle bl.a. belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Utredningen antog namnet En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. I januari 2016 överlämnades slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) till regeringen.

I betänkandet framhåller utredningen att det behövs en starkare och mer enhetlig styrning på stukturnivå i hälso- och sjukvården för att åstadkomma förändringar. Utredningen menar bl.a. att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Regeringen delar utredningens övergripande bedömning.

Enligt utredningen har primärvården svårt att klara uppdraget som första linjens vård. Primärvården är underdimensionerad både i förhållande till förväntningar och potential. Öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg. Det kan också konstateras att primärvården i Sverige i jämförelse med andra länder erbjuder en låg grad av kontinuitet för patienten. En bidragande orsak till bristande tillgänglighet och kontinuitet är de svårigheter som landstingen har med kompetensförsörjning och bemanning av bl.a. specialister i allmänmedicin. En växande användning av s.k. hyrläkare påverkar primärvårdens kostnader och därmed landstingens budget. Även kontinuitet för patienten påverkas. Såväl Konkurrensverket som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i rapporter lyft frågan och visat på eventuella negativa konsekvenser av situationen (se Konkurrensverket 2015:10 Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader och IVO 2016 Hyrläkare – vårdgivarens dilemma?).

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en viktig bidragande orsak

till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården är alltför begränsad i sin funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatser från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst.

Förslagen i Effektiv vård

I betänkandet Effektiv vård föreslås en förändring av de grundläggande styrprinciperna för vårdens organisering. Utredningen menar att de styrande principerna för hälso- och sjukvårdens organisering i dag i stor utsträckning utgår från sluten vård vid sjukhus. Därför föreslår utredningen att lagstiftningen ska utgå från att vården ska organiseras nära befolkningen om det inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat att koncentrera vården. Huvudprincipen ska vara öppen vård men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som sluten vård. Detta synsätt är enligt utredaren egentligen praxis redan i dag. Utredningen påpekar även att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Vidare anges att gränserna mellan öppen och sluten vård nu är så oklara att det sannolikt inte är ändamålsenligt att upprätthålla någon exakt distinktion. När det gäller den slutna vården föreslår utredningen att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Utredningen föreslår dessutom en lagstiftning med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det innebär att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården, ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov, ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus, remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten och se till patientens samlade förutsättningar och behov.

Utredningen menar att en principiellt viktig skillnad mot nuvarande lagstiftning är att primärvården ska ta hand om ”de allra flesta vårdbehov” och inte bara ”grundläggande behov” som i dag. Utredningen anser att mer och mer avancerad vård behöver utföras i primärvården, och att det kommer att innebära att primärvården behöver förstärkas med personella resurser.

Därutöver innehåller betänkandet förslag som innebär att primärvården ska få ett tydligare akutuppdrag. Primärvården ska vara lättillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar. Det finns behov av en lagstiftning för att komma till rätta med problemet att patienter söker vård på sjukhusens akutmottagningar för åkommor som kan hanteras på annan vårdnivå.

Utredningen föreslår även att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti ska ändras på så sätt att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning inom primärvården, dvs. lagstiftningen ska inte styra patienten till en specifik profession. Den nuvarande bestämmelsen om vårdgarantin ska således ändras så att ”besöksgarantin” i primärvården istället blir en ”bedömningsgaranti”. Om ”besöksgarantin” blir en ”bedömningsgaranti”, gör utredningen bedömningen att tidsfristen skulle kunna förkortas. Utredningen föreslår därför att en bedömning ska kunna lämnas inom tre dagar från patientens kontakt med vården.

Utredningens bedömning är att det finns en bred uppslutning kring uppfattningen att primärvården behöver stärkas i form av resurser och strukturer. Landstingen behöver omfördela resurser inom sina respektive organisationer. Resurser behöver föras över från sjukhusen till primärvården. Överföringen av resurser bör dock ske gradvis, med en tydlig långsiktig viljeinriktning och ett konsekvent agerande. Små och gradvisa steg är att föredra för att tillväxten ska ske dynamiskt och inte riskera att sjukhusvården påverkas negativt i fråga om kvalitet och effektivitet.

Remittering av betänkandet

Betänkandet har remitterats (dnr S2016/00212/FS). I remissvaren till betänkandet instämmer en stor majoritet av instanserna i utredningens bedömning att Sverige har ett sjukhustungt system och de välkomnar att primärvården ska stärkas och vara första linjens vård. Det betonas dock att detta måste ske gradvis och det finns behov av ytterligare analys. Instanserna är vidare positiva till ett nationellt utformat uppdrag för primärvården och att primärvården får ett tydligare akutuppdrag. En del instanser önskar att den resursöverföring från sjukhusen till primärvården, som utredningen bygger förslagen på, tydligare hade beskrivits.

Andra kartläggningar och analyser

År 2010 hade Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) följa upp hur vårdval har införts i primärvården. Inom ramen för detta uppdrag studerade Socialstyrelsen även hur landstingen beskrev primärvårdens grunduppdrag och vilka likheter och skillnader som fanns mellan huvudmännen med avseende på hur uppdraget var formulerat. Resultatet av uppföljningen visade att det trots vissa skillnader fanns en ganska stor överensstämmelse mellan landstingen om vad som utgör ett grund- eller basåtagande inom primärvården med utgångspunkt från det allmänmedicinska kompetensområdet.

Socialstyrelsen gjorde även 2012 ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården. I uppdraget ingick bland annat att utarbeta ett konkret förslag på hur en rikstäckande datainsamling inom primärvården kan genomföras samt att föreslå vilka uppgifter som bör samlas in om patienternas besök i primärvården. I dag är uppföljningen av primärvården begränsad och därmed saknas viktig information för att få en mer fullständig bild av hälso- och sjukvården.

År 2012 genomförde SKL en jämförelse av landstingens uppdrag till primärvården. Syftet var att kartlägga och jämföra vårdvalssystemen i samtliga 21 landsting utifrån uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter, samt att studera hur dessa villkor förändrats sedan vårdvalet infördes. Jämförelsen visar att landstingen arbetar med likartade övergripande principer men att det finns skillnader.

Socialstyrelsen genomförde 2013 en kartläggning och analys av primärvårdens insatser för de mest sjuka äldre. Ett flertal utvecklingsområden för primärvården identifierades, bland annat förslag som syftade till att förbättra samordningen av vården och behandlingen för de mest sjuka äldre.

Enligt en undersökning om befolkningens (55 år eller äldre) erfarenheter av hälso- och sjukvården framgår att bland de respondenter som angav att de besökt en akutmottagning de senaste två åren, ansåg 29 procent att deras tillstånd kunde ha behandlats av deras ordinarie läkare eller mottagning. Någon skillnad mellan kvinnor och mäns uppfattning framgår inte av rapporten. (Vården ur patienternas perspektiv, Vårdanalys 2014). I rapporten Utveckling av indikatorer

för äldres rehabilitering identifierade Socialstyrelsen två studier kring undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, varav den ena studien avsåg ett litet urval av besök i ett enskilt landsting och den andra studien riktade sig mot äldre kvinnor och män som besökte akutmottagningar. Även om det är svårt att fastslå hur stor andel besök vid sjukhusbundna akutmottagningar som gäller undvikbara akuta tillstånd eller inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, skriver Socialstyrelsen att i storleksordningen en femtedel av besöken hade varit möjliga att behandla i primärvården. I Socialstyrelsens rapport redovisas inte om det föreligger någon skillnad mellan kvinnor och män.

Socialstyrelsen har i en nyligen utförd kartläggning (Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade, 2016) konstaterat att kärnverksamheten i primärvården på en övergripande nivå fortfarande är relativt överensstämmande mellan landstingen. Samtidigt har myndigheten i denna studie fördjupat sig i innehållet i kärnverksamheten och har då observerat att det finns variation mellan landstingen i hur kärnuppdraget till primärvården är formulerat och vad som anses ingå i uppdraget. Myndigheten bedömer att en tydligare definition på nationell nivå kan bidra till att minska skillnaderna mellan landstingen.

När det gäller primärvårdens förutsättningar att tillhandhålla en jämlik och patientcentrerad vård har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en fördjupad analys utifrån ett patient- och medborgarperspektiv (dnr S2015/08135/RS). Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2017.

Inom ramen för överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar genomför SKL bl.a. insatser för att främja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskilt fokus på primärvården. I överenskommelsen ingår bl.a. att främja spridningen och tillämpningen av nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer för ett stort antal kroniska sjukdomar samt att utveckla ledarskap och stödja uppföljningen av patientresultat i primärvården. I överenskommelsen ingår även att främja utvecklingen av patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården inom ramen för ett projekt som kallas ”flippen”. I detta arbete ingår att stödja utveckling av vårdtjänster på vårdcentraler som passar olika patientgruppers behov och förutsättningar samt att stödja sprid-

ningen av ett sådant arbetssätt inom landstingen och erfarenhetsutbyte mellan sjukvårdsregionerna. Överenskommelsen med SKL pågår t.o.m. 2017 och en redovisning av arbetet ska ske i mars 2018.

Utvecklingen av primärvården har även en central roll i andra överenskommelser mellan regeringen och SKL, bl.a. överenskommelsen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa samt överenskommelsen om psykisk hälsa.

När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dnr S2016/07174/FS). Översynens övergripande mål är ett långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhällsekonomiskt effektiv användning av läkemedel och följer den etiska plattform som gäller inom hälso- och sjukvården samtidigt som läkemedelskostnaderna kan hållas på en rimlig nivå. Utredningen ska bland annat analysera och överväga om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. Utredaren ska senast den 1 november 2017 lämna en delredovisning som innehåller en övergripande problembeskrivning och en beskrivning av inriktningen för det fortsatta arbetet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2018.

Behovet av ett utvecklingsarbete

Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förutsättningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för de patientgrupper som har störst behov, framför allt personer med kroniska sjukdomar och personer med komplexa vårdbehov. Ett steg i detta är att vidareutveckla primärvården. Primärvårdens samordnande roll kan bidra till en helhetssyn på patienten och skapa förutsättningar för samverkan mellan olika yrkeskategorier. Det möjliggör ett förebyggande förhållningssätt som är en viktig förutsättning för en hållbar hälsoutveckling. Det är angeläget att primärvården förmår bidra till livsstilsförändringar för att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt till att minska risken för felaktig läkemedelsanvändning. Insatser för att

förebygga psykisk ohälsa och för att minska antalet sjukskrivningar är angelägna utvecklingsområden för primärvården.

Flera studier visar att investeringar i primärvård kan ha en positiv betydelse för hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet och effektivitet. Det gäller inte minst förutsättningarna för att uppnå en jämlikhet fördelning av vårdens resurser. WHO har även i sin världshälsorapport 2008 lyft fram vikten av en väl fungerande primärvård.

Primärvården måste vara föränderlig och kunna möta de utmaningar som den står inför, bl.a. den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och att allt fler lever med kroniska sjukdomar. Ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning kan bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen.

Förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

Forskning och erfarenheter visar att många av dagens kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas. En förbättrad sjukvård för personer med dessa sjukdomar är därför viktig för patientens välbefinnande. Historiskt har dock vården av personer med kroniska sjukdomar varit lägre prioriterad än andra områden. Personer med kroniska sjukdomar har stort behov av kontinuitet och behöver en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa och komplexa sjukdomsförlopp och med hög delaktighet från patienten.

Det finns tecken på en positiv utveckling av vården för kroniskt sjuka, bl.a. genom den uppmärksamhet som området fått de senaste åren. Regeringen beslutade 2014 om en satsning för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, och den presenterades i form av en nationell strategi. Strategin syftade till att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige.

Den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården menar att en komponent i lösningen för att effektivisera vården för personer med kroniska sjukdomar är att utveckla primärvården för att bättre än i dag kunna ta detta ansvar.

En bättre vård för personer med kroniska sjukdomar är också viktig för samhällsekonomin. I Sverige har närmare halva befolkningen minst en kronisk sjukdom och ca 80–85 procent av vårdens kostnader kan knytas till vården av dessa patientgrupper (Vårdanalys (2014) VIP i vården). När fler personer lever allt längre med kroniska sjukdomar får det stora ekonomiska konsekvenser både för den enskilde och för samhället. Dessa personer är också i högre grad långtidssjukskrivna och står utanför arbetsmarknaden jämfört med dem utan kroniska sjukdomar.

En väl fungerande primärvård är sannolikt den enskilt viktigaste åtgärden hälso- och sjukvården kan göra för en mer jämlik hälsa

Primärvården har betydelse för att vården ska ges på lika villkor och fördelas jämlikt över befolkningen. Att vården generellt sett i dag har problem med att nå socioekonomiskt svaga grupper och tillmötesgå hälso- och sjukvårdsbehov hos dessa är väl känt.

Ojämlikhet i hälsa är ett problem, såväl ur ett individ- som ett samhällsperspektiv. Ökad jämlikhet i hälsa leder till bättre utnyttjande av tillgängliga resurser, och insatser för jämlikhet i hälsa är därför samhällsekonomiskt väl motiverade. Regeringen tillsatte i juni 2015 en kommitté – Kommissionen för jämlik hälsa – med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar. Kommissionen har lämnat två delbetänkanden och ska slutredovisa sitt uppdrag den 31 maj 2017.

En utbyggnad av primärvården är en åtgärd som landstingen kan göra för att uppnå en mer tillgänglig och jämlik vård oavsett om det gäller jämlikhet mellan geografiska områden eller mellan olika grupper i befolkningen.

Ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag kan bidra till detta genom att vårdens innehåll och organisering blir mer likartad över landet och på ett mer transparent sätt kan ge underlag för analyser, jämförelser och utveckling.

Det krävs dock ytterligare analys för att det ska vara möjligt att skapa goda förutsättningar för att primärvården bättre ska kunna tillgodose kvinnors och mäns, flickors och pojkars skilda behov och förutsättningar och fungera som basen i ett effektivt och modernt hälso- och sjukvårdssystem.

Resursöverföring från sjukhusvården

En förstärkning av primärvårdens kapacitet är enligt betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) nödvändig för att nuvarande primärvård ska klara av det primärvårdsuppdrag som samordnaren föreslår. Det kommer därför att krävas en resursöverföring från sjukhusen till primärvården för att primärvården ska kunna ta ett större ansvar för akuta vårdbehov samt för att koordinera hälso- och sjukvårdens insatser. Det bedöms bl.a. handla om att flytta kompetenser och funktioner från sjukhus och annan öppenvård till primärvårdsorganisationen. Sådana exempel finns det gott om, t.ex. att specialister på sjukhusen tjänstgör på vårdcentraler i varierande grad. Det kan göras på flera sätt och måste anpassas till den lokala kontexten. Hur en resursöverföring ska genomföras utan att riskera en försämring av kvaliteten i vården i sin helhet måste analyseras vidare.

En insats i ett större sammanhang

En reformering av hälso- och sjukvården förutsätter att en mängd olika insatser genomförs, där förslagen i Effektiv vård utgör en viktig del. Därutöver är det viktigt att bl.a. stimulera patientkontrakt, slutföra det påbörjade arbetet med betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) samt att ge förutsättningar för att utveckla en god uppföljning av primärvården. Andra centrala delar för en utveckling av vården är fortsatt arbete med kompetensförsörjningsfrågorna och att ta tillvara digitaliseringens möjligheter. Sammanfattningsvis förutsätter en reformering av hälso- och sjukvården att en mängd olika insatser genomförs som tillsammans lägger grunden för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

Uppdraget

För att kunna möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, där en del handlar om att organisera vården utifrån allmänhetens och patienternas behov. Mot bakgrund av ovanstående får en särskild utredare i uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård stödja landstingen, berörda myndigheter

och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Målsättningen är att på sikt förverkliga denna strukturreform av hälso- och sjukvården. En utveckling av primärvården förbättrar också förutsättningarna för en mer tillgänglig vård. Primärvården ska vara det naturliga förstahandsvalet för alla som söker vård, inte minst vid behov av regelbundna vårdkontakter. Till uppdraget ska flera referensgrupper knytas, bl.a. bestående av företrädare för politiska partier och företrädare för professionerna och patienterna.

Analys av förslagen i Effektiv vård

Utredaren får i uppdrag att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade när det gäller primärvården i betänkandet Effektiv vård. Utredaren ska beakta följande förslag:

– förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisering
– att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning
– ett nationellt utformat uppdrag för primärvården
– ett tydligare akutuppdrag för primärvården
– en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
– resursöverföring från sjukhusvård till primärvård.

I detta ingår att analysera hur ett genomförande skulle kunna ske i praktiken utan att riskera en sämre kvalitetet i vården i dess helhet och identifiera och analysera vilka framgångsfaktorer, problem och hinder som finns för att primärvården ska utvecklas på ett framgångsrikt sätt. En utgångspunkt ska vara kvinnors respektive mäns behov och förutsättningar. En analys ska även göras av de ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenserna. Analysen ska visa på hur förslagen påverkar patienter samt aktörer så som landsting, vårdgivare m.fl.

Dialog med berörda aktörer

En viktig del av uppdraget består i att initiera samarbeten och samordna diskussioner mellan företrädare för landstingen, myndigheter och andra berörda aktörer, såsom i synnerhet kommuner samt organisationer som företräder patienter och professionerna, när det gäller hur primärvården ska utvecklas. Arbetet ska utgå från förslagen i Effektiv vård, den analys som utredaren har i uppdrag att göra utifrån förslagen i betänkandet.

Med utgångspunkt i detta behöver det formuleras strategier och tas fram regionalt anpassade modeller för utvecklingen av primärvården och en mer effektiv vård. I denna del ingår det bl.a. att se över vilka resurser som behöver föras över från sjukhusvården till primärvården, i enlighet med förslagen i Effektiv vård, och hur detta bör ske. Utredaren ska dock inte ta över det ansvar som landstingen, vårdgivarna och andra myndigheter har utan enbart stödja deras arbete och verka för att arbetet samordnas på nationell och regional nivå.

Även andra förutsättningar som är centrala i utvecklingen av primärvården, som t.ex. kompetensförsörjning och kunskaps- och verksamhetsstöd, ska beaktas i analysen och dialogen med huvudmännen. I uppdraget ingår även att lyfta fram exempel på organisering av primärvården som gett gott resultat. Det kan även ske jämförelser med hur primärvården har organiserats i de nordiska grannländerna.

Utredaren ska även stödja arbetet med andra närliggande frågor, som t.ex. utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister, kvalitetsregister, nationell kunskapsstyrning och den nationella väntetidsdatabasen.

Vidare ska utredaren lämna en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso-

och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön samt jämlik vård över landet.

Samråd och redovisning av uppdraget

Samråd och kunskapsinhämtning

Utredaren ska samråda med SKL och med företrädare för landstingen samt med samtliga myndigheter med centrala uppgifter som berör uppdraget och andra berörda aktörer. I den mån det bedöms lämpligt ska utredaren även föra dialog med andra pågående utredningar, bl.a. utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (dir. 2015:127), utredningen som ska genomföra en översyn av dagens system för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dir. 2016:95) samt generaldirektören med uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet (S2017/00594/FS).

Utredaren ska även inhämta synpunkter från de referensgrupper som ska biträda utredaren i arbetet, varav en ska vara parlamentariskt sammansatt.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren ta tillvara på kunskaper och erfarenheter från den analys som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att göra när det gäller en jämlik och patientcentrerad primärvård samt de projekt som SKL genomför för att främja nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården som ingår i överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Utredaren ska även ta hänsyn till tidigare utredningar och kartläggningsarbeten som kan vara av betydelse för uppdraget.

Även annat pågående arbete på välfärdsområdet bör beaktas, såsom hanteringen av betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) och övriga insatser som regeringen har initierat och som syftar till att utveckla primärvården, t.ex. delar av överenskommelserna om att förbättra förlossningsvården och förbättra kvinnors hälsa samt stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

Redovisning

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet och ska senast den 9 juni 2017 lämna en delredovisning som innehåller en beskrivning av inriktningen för det kommande arbetet som utgår från att de nuvarande styrande principerna för vårdens organisering bör ersättas av nya principer som anger närheten till patienten och en tidsplan för detta. Delredovisningen ska även innehålla en analys inklusive konsekvensanalys av förslagen om den nationella vårdgarantin.

En nationell plan, där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten, samt en analys av övriga förslag i Effektiv vård ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2018. Denna redovisning kan även vid behov innehålla förslag till ytterligare lagändringar Uppdraget ska sedan slutredovisas senast den 31 mars 2019. Slutredovisningen ska sammanfatta erfarenheterna och beskriva resultatet av det arbete utredaren har bedrivit samt de initiativ som har tagits.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2017:97

Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 21 september 2017

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 kommittédirektiv om Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Sammanfattning av tilläggsuppdraget

Utredaren ska utöver vad som framgår av redan beslutade kommittédirektiv,

– analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få, och

– utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Utredningens nuvarande uppdrag

Regeringen gav den 2 mars 2017 en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredaren ska även i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2019. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

Uppdraget utvidgas med två frågeställningar

Är uppdelningen i öppen och sluten vård ändamålsenlig?

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. Med sluten vård avses enligt 2 kap.4 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Vidare anges i 7 kap.4 § HSL att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska finnas sjukhus. Med öppen vård avses enligt 2 kap.5 § HSL annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) görs bedömningen att den nuvarande strukturen vad gäller öppen vård och sluten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. I betänkandet anges att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera hälso- och sjukvården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus numera även kan utföras på andra platser, så som en öppen vårdenhet eller i patientens hem, ibland med hjälp av digitala lösningar. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken

successivt förändras. I betänkandet Effektiv vård anser utredaren att gränserna mellan öppen och sluten vård i dag i realiteten är så flytande att begreppen inte längre är relevanta att upprätthålla. När det gäller den slutna vården föreslås det i betänkandet att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Uppdelningen i öppen och sluten vård är direkt kopplad till huvudmannafrågan där landstinget är huvudman för den slutna vården medan den öppna vården kan ha antingen landsting eller kommun som huvudman. Många vårdprocesser går fram och tillbaka över gränserna mellan öppen och sluten vård, bl.a. när det gäller de standardiserade vårdförlopp som införs i cancervården. Uppdelningen påverkar också organiseringen av åtskilliga separata funktioner och aktiviteter i hälso- och sjukvårdssystemet. Försörjning och finansiering av läkemedel utgår exempelvis i dagens system från denna uppdelning. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel, betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård, t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i den öppna vården distribueras dock via öppenvårdsapoteken och bekostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna. När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (S 2016:07). Utredningen har tagit namnet Läkemedelsutredningen. Inom ramen för den utredningen ska det bl.a. analyseras om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. I direktiven aviseras även att tilläggsdirektiv ska komma att beslutas om att se över regelverket för läkemedelsförsörjningen.

Läkemedelsfrågan och huvudmannafrågan är bara två exempel på aspekter av det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet som beror på, eller påverkas av, uppdelningen i öppen och sluten vård. I delbetänkandet (SOU 2017:53) från utredningen S 2017:01 föreslås att vård ska ges som öppen vård i första hand och att en överflytning av resurser från sluten vård skulle kunna ge kostnadsbesparingar.

Uppdelningen tydliggör ansvarsfördelning och finansieringsansvar men det är angeläget att den inte hindrar effektiva vårdprocesser och kontinuitet eller skapar otrygghet för den enskilda patienten. I ljuset

av en omfattande omorganisation av hälso- och sjukvården behöver denna uppdelning därför utredas närmare.

I tillägg till det tidigare kommittédirektivet (dir. 2017:24) ska utredaren därför

- analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård med utgångspunkt att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet utifrån den enskildes vårdbehov
- göra analysen utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag och
- redogöra för vilka konsekvenser en förändring skulle kunna få för kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner och landsting, ur ett samhällsekonomiskt perspektiv samt avseende ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen.

Hur kan samverkan mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg underlättas?

Ädel-reformen 1992 innebar att kommunerna övertog viss typ av vård från landstingen. Både landstingen och kommunerna är därmed huvudmän för hälso- och sjukvård. Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Kommunerna ansvarar enligt 12 kap.1 och 2 §§ och 14 kap.1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilt boende, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med landstinget, även i hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. I alla landsting utom ett har skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende överlåtits till kommunerna. I och med detta har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård ökat.

Enligt såväl socialtjänstlagen (2001:453) som HSL har kommunerna och landstingen skyldighet att samverka både på övergripande nivå och på patientnivå. Ett exempel är bestämmelsen om samordnad individuell plan som ska upprättas av landsting och kommun tillsammans för personer som behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten. Enligt 6 kap.2 § patientlagen (2014:821) ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av

trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Vad gäller primärvården ska landstinget enligt 7 kap.3 § HSL organisera den så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Tidigare lagstiftning talade om patientansvarig läkare.

Kontinuitet och samordning utgör emellertid fortfarande stora utmaningar i hälso- och sjukvården och det är ofta svårt för patienterna att navigera rätt. I betänkandet Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21) beskrivs hur samspelet mellan huvudmännen allt för ofta brister men att det finns goda exempel att lära ifrån. Under åren 2010 till 2014 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting överenskommelsen Bättre liv för sjuka äldre. Inom ramen för överenskommelsen stimulerades en rad verksamheter och initiativ så som Mobilt hembesöksteam i Uppsala och Närvård i västra Skaraborg. Flera av projekten har permanentats.

Regeringen har i år, efter pilotprojekt i tre landsting, aviserat en nationell satsning på s.k. Patientkontrakt. Ett patientkontrakt är en sammanhållen plan över inplanerade vårdinsatser som gör patienten mer delaktig i sin vård.

I betänkandet Effektiv vård anförs att primärvården i dag är alltför begränsad i sin funktion när det gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får samt att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vidare anförs att insatser från olika huvudmän och verksamheter i dag inte är tillräckligt integrerade med varandra och inte möter individens samlade behov.

I betänkandet Effektiv vård föreslås ytterligare ny lagstiftning som ställer krav på att landsting och kommun ska utföra verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov. Förslaget är ett led i att skapa en juridisk ram för verksamhet som behöver hänga ihop. Personer med komplexa behov av vård och omsorg rör sig ofta mellan olika vårdnivåer och huvudmän och det är angeläget, inte minst ur ett patientperspektiv, att vården och omhändertagandet sker smidigt och sömlöst. Betänkandet lyfter också fram behovet av samverkan mellan huvudmännen kring prevention och att förebyggande åtgärder behöver prioriteras mer.

Även patienter som får sitt huvudsakliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen har ofta en eller flera läkare i primärvården med ett medicinskt ansvar för patienten. För att säkra kontinuiteten är det därför angeläget att även primärvården deltar i samarbetet kring den enskilde. Detta tydliggörs också i den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som träder i kraft den 1 januari 2018. En stor mängd vårdplatser uppehålls i dag av utskrivningsklara patienter och det bidrar till överbeläggningar i slutenvården. I den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård tydliggörs att både kommunala verksamheter och primärvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från sluten vård. Informationsöverföringen mellan huvudmännen måste fungera och beredskap finnas för att ta emot de utskrivna patienterna. Några behöver skrivas ut till ett kommunalt boende medan andra kan komma hem under förutsättning att primärvård och kommunen kan erbjuda den vård och omsorg som behövs. Den nya lagen kommer att påverka både primärvårdens och kommunernas arbetssätt och samverkan. Ett tydligt syfte med lagen är att skapa en större delaktighet från primärvården i den fortsatta planeringen för patienten.

En god samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen är alltså en förutsättning för ett gott omhändertagande och en förbättrad kontinuitet för många patienter. Det är angeläget att närmare utreda relationen mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredaren ska därför lämna förslag på

– hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och
– hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Genomförande och redovisning av uppdraget

För frågan som berör ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård ska utredningen föra dialog med Läkemedelsutredningen (S 2016:07). Utredningen förväntas i frågan om samverkan och gränssnitt mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg särskilt beakta införandet av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet. Uppdraget ska fortfarande redovisas senast den 31 mars 2019.

(Socialdepartementet)

Interprofessionell utbildning och interprofessionella arbetssätt

Denna bilaga belyser området interprofessionell utbildning och interprofessionella arbetssätt. Utredningen vill tacka följande personer som bidragit med texter till bilagan: Sari Ponzer, professor/överläkare, Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset, Karolinska Institutet, Viviana Lundberg, sammankallande i Sveriges hälso- och sjukvårdsstudenter, Sofia Kialt, Emma Spak och Michael Bergström, Sveriges Kommuner och Landsting, René Ballnus, Föreståndare C-IPLS, Södersjukhuset samt Lena Lund och Erika Berggren, Akademiskt primärvårdscentrum, Stockholm Läns landsting. Ett speciellt tack går också till Douglas Eby, medical director, Kathryn Gottlieb CEO och medarbetare vid Southcentral Foundation, Alaska.

En kunskapsöversikt

Hälso- och sjukvårdens professioner ska samarbeta i välfungerande arbetslag/team för att kunna ge effektiv och ändamålsenlig vård av god kvalitet till patienterna. Trots denna målsättning utbildas varje profession fortfarande i stor utsträckning var för sig (uniprofessionellt) utan formella eller organiserade gemensamma utbildningsmoment. Detta gäller både grundläggande högskoleutbildningar och vidareutbildning av redan yrkesverksamma. Det är välkänt att ett fungerande samarbete mellan professioner förutsätter kunskaper om varandras kompetensområden, gemensamma mål och värderingar. Interprofessionell utbildning, som oftast förkortas IPE (från engelska Inter-Professional Education), erbjuder möjlighet att lära sig tillsammans. IPE definieras som följer: Interprofessionell utbildning sker när två eller flera professioner lär med, av och om varandra för att förbättra

samarbetet och vårdkvalitet (från eng: IPE enables two or more professions to learn with, from and about each other to improve collaborative practice and quality of care).[1]

Med interprofessionellt lärande (InterProfessional Learning, IPL) menas lärande som sker i samband med IPE-aktiviteter eller på annat sätt. Det viktigaste målet med IPE/IPL är att förbättra vården av patienter genom att tillföra kunskaper, färdigheter och attityder för de professioner som samarbetar med varandra.[2] Det är väsentligt att urskilja IPE begreppet från ”multiprofessionell utbildning” där olika aktörer lär sig sida vid sida oavsett målet, dvs. parallellt i stället för interaktivt med varandra. Att flera studentkategorier samtidigt gör sin praktik på samma avdelning eller att flera yrkesverksamma från olika professioner medverkar utan klara uttalade mål leder således inte automatiskt till en samverkan. Att vara klar över de andra professionernas kompetensområden är speciellt viktigt i dag när vårdens olika vårdnivåer och mångfasetterade vårdbehov ska hanteras. En interprofessionell lärandemodell vilar på pedagogiska, sociologiska och psykologiska teorier såsom vuxenlärande, problembaserat lärande, erfarenhetsinlärning och reflektion.[3]

Utbildning

Att redan under studietiden träna interprofessionellt samarbete är numera accepterat och efterfrågat och ett flertal interprofessionella lärandeaktiviteter har också introducerats inom hälso- och sjukvårdsutbildningar världen över.[4] Interprofessionella aktiviteter för studenter kan ske i många olika kontexter och former och praktise-

[1] CAIPE: Interprofessional-Education-Guidelines (2017). ISBN 978-0-9571382-6-1. www.caipe.org., Freeth, D., Hammick, M., Reeves, S., Koppel, I., & Barr, H. (2005). Effective Interprofessional Education: Development, Delivery and Evaluation. Oxford: Blackwell Publishing.
[2] Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: A review of context, learning and the research agenda. Medical Education, 46(1), 58–70. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x
[3] Thistlethwaite, 2012; CAIPE, 2017.
[4] Reeves, Tassone, Parker, Wagner, Simmons (2012). Interprofessional education : An overview of key developments in the past three decades, 41, 233–245. https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1298

ras redan i dag exempelvis inom akutsjukvården, primärvården, kommuner och inom socialtjänsten.[5] Formerna varierar allt från workshops, simuleringsövningar, integrerande utbildningsmoment eller verksamhetsförlagd utbildning (VFU) på vårdavdelningar, akutmottagningar eller inom primärvården och kommunal vård och omsorg. En väl beprövad modell av IPE i Sverige är s.k. studentdrivna interprofessionella vårdavdelningar.[6] Denna typ av VFU är specifikt planerad för att stödja ett av IPE:s kärnkoncept: att lärandet sker i realistiska inlärningssituationer.[7] I Stockholm har dessa VFU placeringar till exempel skett på s.k. Kliniska Utbildningsavdelningar (KUA). Ett antal publicerade artiklar har belyst verksamheten och visat dess positiva effekter.[8] Motsvarande data har även redovisats från andra orter.[9] De flesta KUA finns inom ortopedi eller rehabilitering då patienter som vårdas på denna typ av vårdavdelningar så tydligt är i behov av kompetens från flera yrkeskategorier (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter) under sin vårdtid, vilket ger studenter utmärkt tillfälle att arbeta tillsammans men också med yrkesspecifika frågor. Vid varje arbetspass deltar en mindre grupp studenter och deras handledare från respektive yrkeskategori. KUA-verksamhet bedrivs även på intensivvårdsavdelningar där narkosläkare under specialistutbildning arbetar i team med sjuksköterskor under specialistutbildning. Andra IPE/IPL aktiviteter som kan nämnas är simulationsövningar t.ex. inom akut trauma livshotande tillstånd hos

[5] Hammick Freeth, Koppel, Reeves, Barr (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. Medical Teacher, 29(8), 735–51. https://doi.org/10.1080/01421590701682576

[6] Wilhelmsson, Pelling, Ludvigsson, Hammar, Dahlgren, Faresjö (2009). Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable. Journal of Interprofessional Care, 23(2), 121–133. https://doi.org/10.1080/13561820902728984

[7] Oandasan & Reeves, Sc. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. Journal of Interprofessional Care, 19(s1), 21–38. https://doi.org/10.1080/13561820500083550

[8] Ponzer, Hylin, Kusoffsky, Lauffs, Lonka, Mattiasson, Nordström (2004). Interprofessional training in the context of clinical practice: Goals and students' perceptions on clinical education wards. Medical Education, 38(7), 727–736. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01848.x, • Hallin, Kiessling, Waldner, Henriksson (2009). Active interprofessional education in a patient based setting increases perceived collaborative and professional competence. Medical Teacher, 31(908669285), 151–157. https://doi.org/10.1080/01421590802216258

[9] Jacobsen, Fink, Marcussen, Larsen, Bæk Hansen (2009). Interprofessional undergraduate clinical learning: Results from a three year project in a Danish Interprofessional Training Unit. Journal of Interprofessional Care, 23(1), 30–40. https://doi.org/10.1080/13561820802490909, Falk, Hult, Hammar, Hopwood, Dahlgren (2013). One site fits all? A student ward as a learning practice for interprofessional development. Journal of Interprofessional Care, 1820(2006), 1–6. https://doi.org/10.3109/13561820.2013.807224

nyfödda barn. Klinisk Utbildningsmottagning (KUM) är en variant av KUA men sker på en akutmottagning, likaledes mycket uppskattat av studenter.[10]

Att ha möjlighet att delta i interprofessionella utbildningsmoment redan under grundutbildning kan ses som en god början på att skaffa sig interprofessionell kompetens. IPE-aktiviteter syftar till att använda sin egen kompetens på ett sätt som kommer hela teamet tillgodo och bidrar därmed till ändamålsenlig vård. En tydlig och öppen kommunikation i ett team är viktig för att medlemmarna effektivt ska kunna ta tillvara den befintliga kompetensen i arbetet. Utmaningen är också att få teamarbetet meningsfullt och effektivt vilket innebär att teamets medlemmar bör ha förmåga att se arbetet i ett vidare perspektiv utifrån hela teamets satsning framför sin egen individuella insats. Ett sådant helhetsperspektiv blir inte fullständigt om inte teamets medlemmar kan se sin egen plats i det aktuella sammanhanget. Detta kräver reflektion. Förmåga till reflektion är av betydelse för att utveckla ett kritiskt förhållningssätt och få en ökad självinsikt. Medvetenhet om egna reaktioner, preferenser, starka och svaga sidor är förutsättningen för att förnuftiga val ska kunna göras. Reflektion sker dock inte per automatik utan kräver stöd, träning och tid. Reflektion är således en kärnkomponent i IPE-strategier.

Förväntade effekter

Interprofessionell kompetens innebär således förmåga att samverka med andra professioner, att ha kunskap om, förståelse och respekt för andra professioners funktioner, roller och etiska värderingar. Dessa kompetensen anses bidra till att förbättra vårdens kvalitet.[11] För att nå det ultimata målet med IPE, bättre vårdkvalitet, är det väsentligt att fortsätta att inkludera och vidareutveckla IPE-kompetenser under kontinuerlig fortbildning. En expertkommitté under Institute of Medicine (2015) har publicerat en omfattande rapport ”Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collabora-

[10] Ericson, Masiello, Bolinder, G. (2012). Interprofessional clinical training for undergraduate students in an emergency department setting. Journal of Interprofessional Care, 26(4), 319–25. https://doi.org/10.3109/13561820.2012.676109

[11] World Health Organization. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Practice, 1–63. https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2007.00144.x

tive Practice and Patient Outcomes" där man diskuterar olika aspekter om IPE och dess nytta, men också betonar betydelsen av att flera väl designade studier genomförs där interprofessionell samverkans betydelse mäts ur ett patientutfallsperspektiv.

Det mesta av litteraturen gällande IPE har fokuserat på formella och planerade utbildningsaktivitet men på senare år har IPEs roll och betydelse inom det livslånga informella lärandet på arbetsplatsen ökat.[12] Med informellt lärande avses "övervägande ostrukturerat, experimenterande och icke-institutionellt" lärande som sker som en del av vardagen och är en betydelsefull komponent i att kontinuerligt uppdatera sina kunskaper.[13] Att beakta IPE i ljuset av det informella lärandet kan vara till hjälp för att förstå hur IPE kan implementeras.[14]

De flesta publicerade IPE-studier är genomförda inom slutenvård men det finns också ett antal där fokus har legat på öppen vård och specifikt primärvården. Litteratursökning i Pubmed på orden "primary care" and "interprofessional education" ger över 2000 publikationer på varierande aspekter av primärvårdens verksamhet allt från studenters lärande till olika typer av interventioner för medarbetare i ett primärvårdsteam.[15]

Att hitta entydiga evidens om IPE:s fördelar är inte enkelt då endast ett fåtal randomiserade studier har genomförts inom detta forskningsfält. I en Cochrane-rapport undersöktes betydelsen av interprofessionell samverkan mellan yrkesverksamma (InterProfessional collaboration, IPC) och dess betydelse för patientrelaterade utfall och vårdens effektivitet.[16] Totalt inkluderades nio studier (6 540 deltagare), alla från höginkomstländer. Man kunde utifrån de inkluderade studierna inte visa några säkra effekter av de varierande IPE interventioner (ronder, möten, checklistor) som hade använts i dessa

[12] Owen, Schmitt (2013). Integrating interprofessional education into continuing education: a planning process for continuing interprofessional education programs. J Contin Educ Health Prof. 33(2):109-17.
[13] Marsick, Volpe (1999). The nature and need for informal learning. Advances in Developing Human Resources, 1, 1–9), • Regehr, Mylopoulos (2008). Maintaining competence in the field: Learning about practice, through practice, in practice. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 28, S19–S23.
[14] Nisbet, Lincoln, Dunn (2013) Informal interprofessional learning: an untapped opportunity for learning and change within the workplace. Journal of Interprofessional Care, 27:6, 469-475, DOI: 10.3109/13561820.2013.805735
[15] Exempelvis Lee, Hillier, Weston (2017). "Booster Days": An educational initiative to develop a community of practice of primary care collaborative memory clinics. GERONTOLOGY & GERIATRICS EDUCATION. https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/02701960.2017.1373350
[16] Reeves, Pelone, Harrison, Goldman, Zwarenstein (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews.

studier. Författarna konstaterade att graden av evidens var låg, varför det var svårt att dra några slutsatser men också att det fanns flera studier som kunde inkluderas jämfört med den tidigare Cochrane-analysen (2008). Författarna uppmanade till ytterligare studier där andra metoder (t.ex. mixed methods) används, och där utvärdering genomförs först efter en längre implementeringsfas och där även uppföljning sker i ett senare skede efter intervention.

Sammanfattningsvis kan konstateras att även om det finns många studier som pekar på nyttan av IPE, är evidensläget fortfarande relativt lågt avseende IPE:s betydelse för vårdens kvalitet. Det betyder inte att det saknas mätbara effekter, utan relaterar mer till att forskningsområdet är relativt nytt och har metodologiska utmaningar. Det finns givetvis heller inga studier som visar motsatsen, att uniprofessionellt lärande, den dominerande modellen för hälso- och sjukvårdspersonal, leder till förbättrad samverkan eller har fördelar ur patientens perspektiv.

Att redan under utbildningen få kunskap om vilka kompetenser de andra professionerna i teamet runt patienten har måste betraktas som en investering för framtiden, så att alla professioner under sina yrkesverksamma år kan fortsätta att lära med, av och om varandra för att förbättra samarbetet och bida till patientsäkerhet och vårdens kvalitet. Mer forskning behövs om framgångsrika arbetssätt inom hälso- och sjukvård och omsorg, och det är av stor betydelse att när omorganisationer och omstrukturering sker också redan från början planera uppföljande insatser och följeforskning av de omställningar som genomförs.

Nätverket för Sveriges hälso- och sjukvårdsstudenter

Bakgrund

Nätverket för Sveriges Hälso- och Sjukvårdsstudenter är en samarbetsplattform för studenter inom Hälso- och Sjukvårdsutbildningarna. Följande organisationer* och professioner finns representerade i nätverket:

- Akademikerförbundet SSR (socionomer)
- Arbetsterapeuterna (arbetsterapeuter)
- Dietisternas Riksförbund (dietister)
- Farmaceuterna (farmaceuter)
- Fysioterapeuterna (fysioterapeuter)
- Naturvetarna (dietister, biomedicinska analytiker)
- Psykologförbundet (psykologer)
- Svenska Läkaresällskapet (läkare)
- Sveriges Läkarförbund (läkare)
- SRAT (Logopeder)
- Vårdförbundet (biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor).

* Respektive organisations studentorganisation/förening är anslutna till nätverket.

Studenter från olika hälso- och sjukvårdsutbildningar har under åren träffats via olika plattformar, forum och arenor. Det har då framkommit, i dialog med makthavare och beslutsfattare, att studenterna saknar en egen gemensam arena för att diskutera och föra studentorganisationernas talan. På initiativ från enskilda studenter bildades 2016 det som i dag är Sveriges Hälso- och Sjukvårdsstudenter. Till en början fungerade det som ett kontaktnätverk. Främsta syftet var att skapa kontaktvägar och nätverk samt introducera aktuella frågor och dialoger. Ordföranden och förtroendevalda från de olika studentfackliga organisationerna etablerade på så sätt en kontakt organisationerna emellan.

Nätverket höll sitt första möte under våren 2017. Tidigt formulerades en agenda kring frågor om de olika utbildningarnas innehåll och vikten av ett interprofessionellt lärande och samarbete. Två representanter från respektive organisation sammanträder två till tre gånger per år. Huvudsakligt fokus är utmaningar och möjligheter i hälso- och sjukvårdsutbildningarna och hur respektive organisations medlemmar ser på interprofessionellt lärande i deras respektive kontext. Nätverket representerar cirka 45 000 studenter som är på väg att utbilda sig inom elva olika professioner.

Mål och Vision

Nätverket inledde tidigt under 2018 en kartläggning om möjligheterna att under året omorganiseras från nätverk till ideell förening. Syftet är att främja och underlätta för såväl engagemang som kontinuiteten i nätverket. Nätverket verkar i dag som en samarbetsplattform med förtroendevalda för samtliga parter där studenterna med stöd från olika intressenter strävar efter att genom en gemensam röst vara en drivande kraft i frågor som rör hälso- och sjukvårdsutbildningarnas olika typer av interprofessionella inslag. Nätverkets gemensamma vision är att främja patientsäkerheten genom att lyfta vikten av interprofessionellt lärande och teamarbete, samt möjliggöra att detta blir en obligatoriskt och självklar del av hälso- och sjukvårdsutbildningarna. Teamarbetet är som vi ser det en avgörande del för yrkesutövning i god arbetsmiljö och för att upprätthålla en hög standard på svensk hälso- och sjukvård. Nätverkets mål är att alla studenter under sin utbildning ska får möjlighet att både teoretiskt såväl som praktiskt träna sina färdigheter i teamarbete och interprofessionellt samarbete. Nätverket arbetar via respektive organisation för att nå ut till medlemmar och inhämta information, åsikter men även kunskap om attityder till interprofessionalism. Den nationella representantgruppen består av 1–2 representanter från respektive organisation med ansvar att planera nätverkets arbete framåt.

Verksamhet

Under åren har en stor del av det arbete som nätverket bedriver syftat till att få en översikt i utbildningarnas möjligheter och utmaningar och få en uppfattning av hur stor plats interprofessionellt lärande och samarbete får i utbildningen. Samtliga organisationer har uppfattningen att det existerar stora skillnader mellan lärosäten. Skillnaderna förefaller till stor del bero på hur många hälso- och sjukvårdsutbildningar det finns på lärosätet. Olika skolor har också olika ingångssätt till interprofessionellt lärande. Utbildningsort är följaktligen avgörande för studentens erfarenhet av interprofessionellt samarbete. Lärosäten som enbart utbildar enstaka professioner har i regel färre interprofessionella moment. Däremot är det fortfarande få av lärosätena med samtliga utbildningar som har interprofessionella lärandemoment som en obligatorisk del i undervisningen.

Nätverket har under året tagit del av många goda exempel på interprofessionella lärandemoment som främjar studenterna insikt och kunskap om interprofessionalitet och teamarbetets betydelse för patientsäkerhet och personcentrerad vård. Det finns således goda möjligheter såväl som stora utmaningar för att tillgängliggöra interprofessionellt lärande för samtliga studenter oberoende av lärosäte.

Utbildningarnas innehåll och professionsutveckling

Nätverket menar att interprofessionella lärandemoment behöver vara en självklar del i hela utbildningen. Momentens innehåll ska anpassas utifrån studenternas utveckling. Tidigt i utbildningarna kan teoretiska grunder i interprofessionalitet och teamarbete introduceras för att i utbildningarnas senare delar avancera till praktiska moment där studenterna exempelvis genomför en gemensam klinisk placering/verksamhetsförlagd utbildning på en Klinisk Utbildningsavdelning (KUA) alternativt Klinisk Utbildningsmottagning (KUM). Insikten i andra professioner än den egna ska inte enbart bestå av delar där studenten ges teoretiska kunskaper om en annan profession, utan kan med fördel skapas i samarbete och gemensamt lärande. Studenten bör med grund i den egna professionen utvecklas och ges kunskaper om såväl teamet som interprofessionellt samarbete i hälso- och sjukvården för att ges förutsättningar att arbeta patientsäkert och personcentrerat.

Primärvård, prevention, promotion och personcentrerad vård

Med studenter från elva olika professioner finns det en rad utmaningar och möjligheter som lägger grunden för nätverkets samarbete. Ett av de stora ämnena är primärvård och möjlighet till interprofessionella lärandemoment med fokus på primärvård, prevention och promotion. Den interprofessionella diskussionen har medfört flertalet intressanta vidaredialoger gällande promotion och preventivt arbete. Nätverkets medlemmar har uppmärksammat hur olika professioner nyttjas beroende på preventionsnivå (primär, sekundär samt tertiär), men framför allt på studenternas inställningar, fördomar och förväntningar kopplat till respektive profession. Nätverkets medlemmar menar att samtliga professioner bör få med sig ytterligare kunskaper och insikt

i hur promotion och prevention kan adresseras ur ett interprofessionellt perspektiv och att lärosätena bör anpassa kliniska placeringar och verksamhetsförlagd utbildning utefter de prognoser som finns avseende var framtidens hälso- och sjukvård i huvudsak kommer att bedrivas. Bland annat ser Nätverket att primärvård, olika former av vård i hemmet och folkhälsa (med särskilt fokus promotion och prevention) är ämnen som bör få ett avsevärt större utrymme i utbildningarna.

Organisationskunskap och förbättringsarbete

Nätverket ser organisationskunskap, systemförståelse och förbättringskunskap som viktiga delar att utveckla inom grundutbildningarna för att framtidens medarbetare ska kunna möta samhällets efterfrågan och behov av en god hälso- och sjukvård. Att möta utmaningar och nya möjligheter med ett interprofessionellt perspektiv tror vi kan skapa möjligheter för framtidens medarbetare. Nätverket är eniga om att dessa inslag bör ingå i grundutbildningarna, och att det behöver säkras goda möjligheter för studenter som representerar hela vårdteamet att aktivt arbeta med förbättringsarbeten.

Framtidens hälso- och sjukvårdsutbildningar

Dagens hälso- och sjukvårdsstudenter behöver rustas för en framtid med allt fler multisjuka äldre, och ett växande antal individer som lever med kroniska sjukdomstillstånd. Nätverket menar att det är av största vikt att studenter ges möjlighet att under sina respektive utbildningar ges verktyg för att utveckla dagens hälso- och sjukvård. Vi behöver få redskap för att implementera dagens forskning i verksamheten samt förbereda framtidens medarbetare på de utmaningar som kommer.

Sveriges Hälso- och Sjukvårdsstudenter ser att satsningar behöver ske huvudsakligen inom fyra olika områden:

- Att alla vårdutbildningar i större utsträckning bör ha strukturerade inslag av IPL,
- Att vårdverksamheter bör säkra att det finns möjligheter att bedriva IPL (t.ex. genom att säkerställa att fysioterapeuter finns på eller i anslutning till vårdcentraler/hälsocentraler och andra vårdverksamheter där andra studenter befinner sig),
- En viss nivå av system- och organisationskunskap bör ingå i alla utbildningars nationella examensmål,
- Att förutsättningarna för en lärorik klinisk praktik måste stärkas i primärvården (t.ex. genom att öka akademiseringen i primärvården genom att ge resurser till utbildning och forskning på ett genomtänkt sätt).

Ett exempel: Integrerade vårdteam är hjärtat i Southcentral Foundation

Southcentral Foundation i Alaska sticker ut i omvärldsspaningen bland internationella hälso- och sjukvårdssystem. De har på ett tydligt sätt gjort primärvården till basen för vården. Genom att sätta relationer och kontinuitet i centrum, stöttat av tvärprofessionella team, har de nått toppklass i nationella och internationella jämförelser avseende resurseffektivitet, kvalitet och kundnöjdhet. Southcentral Foundations ”Nuka” vårdsystem är en icke vinstdrivande organisation vars verksamhet riktar sig till sydvästra Alaskas ursprungsbefolkning om 65 000 invånare.

Organisationen beskrivs som kundägd och kundstyrd, har 2 000 anställda och en budget på 210 miljoner dollar. Verksamheten består i första hand av primärvård, tandvård, psykosociala stödtjänster, MVC, BVC, hemsjukvård och utbildning. Alternativmedicin och traditionell healing ingår eftersom det förväntas utifrån den lokala kontexten och traditionen. Southcentral Foundation deläger ett sjukhus med cirka 150 vårdplatser.

Innan omställningen – i slutet av 1990-talet

Ursprungsbefolkningen i Alaska har länge varit diskriminerad och haft dålig folkhälsa. Hälso- och sjukvården hade dåliga resultat trots höga kostnader. Hälsoproblemen i befolkningen bestod bland annat av alkohol, tobak, våld i nära relationer och fetma. Patienterna fick vänta veckor på att få en tid vilket ledde till många besök via akuten. Patienterna träffade olika personer varje gång. Vården av kroppen och av själen var helt skild från varandra. Sjukvårdssystemet var stort och byråkratiskt och kontrollerades från Washington, cirka 800 mil från Alaska. Medarbetare upplevde att de inte hade lov att vara kreativa och innovativa. Avdelningar och verksamheter agerade enskilt utifrån vad som var bäst för dem. I mätningar visades att vare sig patienterna eller vårdens medarbetare var nöjda.

Startpunkten för förändringen blev en nationell lagförändring 1997 som möjliggjorde för Amerikas ursprungsbefolkningen att ta över ägarskapet för skattefinansierad service. Ledarna för Alaskas ursprungsbefolkning såg detta som en möjlighet för radikal förnyelse och innovation. Detta blev starten för en omfattande dialog för att nå en djupare förståelse för behov och värderingar hos de nya ”kundägarna”.

Efter omställningen

I dag är Southcentral Foundations Nuka vårdsystem ett av världens mest framgångsrika exempel på en omställning av ett hälso- och sjukvårdssystem. Hälso- och sjukvårdsresultaten är topp 25 i USA. Nationella och internationella jämförelser visar toppklass avseende resurseffektivitet, kvalitet och kundnöjdhet. 95 procent av befolkningen är kopplade till ett integrerat vårdteam. De erbjuds kontakt samma dag, via mail, telefon, video eller besök efter kundägarens eget val. Ett år efter införandet av kontakt samma dag hade till exempel väntelistan till beteendevetare minskat från 1 300 personer till noll.

De första åren minskade antalet vårddygn med 36 procent, akutbesök med 42 procent och besök till sjukhusspecialister med 58 procent, förändringar som också stått sig över tid. Även besök till allmänläkare har minskat med 36 procent. Våld i nära relationer har minskat samtidigt medan deltagandet i barnvaccinationsprogrammet ökat med 25 procent.

Personalomsättningen minskade med 15 procent mellan 2007 och 2015. Kundägarnöjdheten är 96 procent och medarbetarnöjdheten 95 procent.

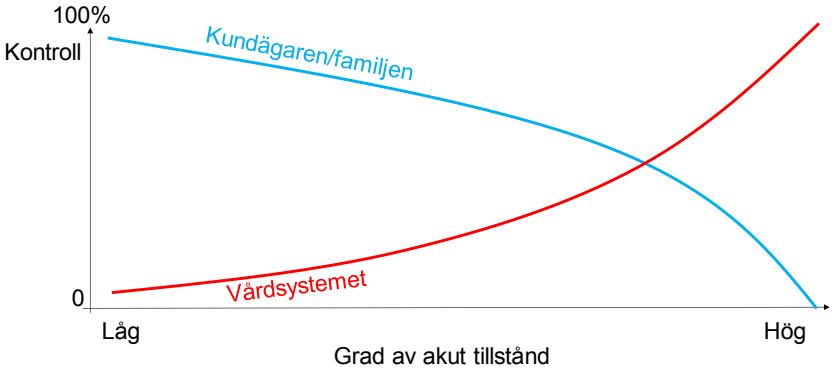
Southcentral Foundation mottog 2011 och 2017 Malcolm Baldrige National Quality Award och blev den första organisation som erhållit utmärkelsen två gånger.

Strategiskt ledarskap med fokus på relationer

Den initiala behovs- och värdedialogen visade dels på behovet av att bli sedd som en fullvärdig människa med makt och ansvar för sin egen hälsosituation och dels att erkänna familjens centrala ställning i kulturen.

Figuren nedan visar hur hög kontroll patienten och familjen har vid kroniska tillstånd medan vårdens professioner fattar besluten i akuta skeden. Det är de som fattar besluten som påverkar utfallet av vården.

Figur 1 **Vem fattar egentligen besluten om hälsan?**



En viktig insikt är att kundägaren och dennes familj har stort inflytande över resultaten för systemet.

Denna insikt har lett till att hela organisationen och alla strategier i dag fokuserar på att bygga och vårda relationer, vilket också är en uttalad huvuduppgift för alla medarbetare. Exempelvis bildar organisationens principer med sina första bokstäver ordet Relationships.

Southcentral Foundation har gått längre än det vi kallar personcentrerad vård. De fokuserar på hur kundägarna med familj driver

systemet. Hälso- och sjukvården ska vara invävd i invånarnas liv och uppbyggda ur deras perspektiv snarare än utifrån professionens. Människan och familjen adresseras på ett sammanhållet och personligt sätt. Begrepp som används är ”kunddriven helhetsvård” eller ”kund- och familjedriven integrerad vård på egna villkor”.

De integrerade vårdteamen

Hjärtat i organisationen är de integrerade vårdteamen. Det är de som står för den kontinuerliga relationen mellan kundägarna och vården. Navet i det integrerade vårdteamet är ett primärt ansvarigt team med fyra funktioner; läkare, distriktssköterska, en samordnande funktion och en undersköterska. Det är till dessa personer som kundägaren hör av sig direkt med sina frågor och problem.

I de integrerade vårdteamen ingår förutom det primära teamet även andra kompetenser såsom beteendevetare/psykologer, apotekare, dietist, barnmorska, psykiatriker och socialarbetare. Dessa kompetenser är samlokaliserade med de primära teamen och samarbetar nära flera primära team. Mödravård och barnhälsovård är också samlokaliserad med de primära vårdteamen.

Medlemmarna i det integrerade vårdteamet samlas löpande under arbetsdagen för kortare avstämningar för att tillsammans hantera de frågor och problem som kommer från kundägarna.

Det integrerade teamet har ett antal resurser och program att nyttja och remittera till för att lösa det som uppkommit för kundägarna. Exempelvis konsulter för kronisk smärta, rehabiliteringsinsatser, HIV rådgivare, samtalsterapi, studiecirklar, missbruksvård, suicidprevention, kristeam, traditionell healing, familjeterapi.

Det finns ett tydligt fokus på psykosocial kompetens i de integrerade vårdteamen med avsikt att kunna ge stöd till kundägaren och dennes familj på grund av sjukdom eller andra livshändelser. Kompetenser som beteendevetare, socionom och psykiatriker gör att teamet väl kan möta problem för kundägaren oavsett om det gäller kroppen eller själen.

> It is only through solid relationships that you can begin to get at insidious underlying health issues such as depression, domestic violence, and obesity.
>
> *Doug Eby MD, PhD, Vice President of Medical Services Division*

Hela det integrerade teamet har ett gemensamt ansvar att lära känna kundägarna på djupet och vårda relationerna. När en kundägare hör av sig med ett problem eller fråga tas kontakt samma dag. Tack vare en etablerad relation till teamet tas dessa kontakter i dag till cirka 50 procent digitalt. Målsättningen är att öka denna andel till 80–90 procent. Kundägarens behov avgör vilken kompetens som står för kontakten.

> Primary care isn't manufacturing, it's not linear. It's about doctors and patients and how well they connect. It's about messy human relationships. And it's about partnering.
>
> *Doug Eby MD, PhD, Vice President of Medical Services Division*

De integrerade teamen har ingen permanent utsedd ledare, alla ingår på lika villkor och det finns en målmedveten strävan att nå välfungerande icke-hierarkiskt teamsamarbete, något som kräver träning.

Teamen tränas tillsammans

Southcentral Foundation investerar i sina medarbetare. Första året som anställd ägnas 15 arbetsdagar åt utbildning utanför den kliniska situationen för att befästa organisationens vision och arbetssätt.

Det är den högsta ledningen som leder den obligatorisk introduktionsutbildningen på tre dagar. Ledarna för organisationen blir därmed levande förebilder för den kultur organisationen vill odla och nära. De, liksom alla som deltar, delar personliga berättelser, uppmuntrar ifrågasättande, erkänner misstag och firar framgångar. Fokus ligger på relationer och den värdegrund som kundägarna definierat som viktigt och som genomsyrar organisationen. De anställda får på ett aktivt sätt ställa sig bakom den.

Träningen sker ofta i form av simulering av reella situationer och fokus ligger på hur teamet tillsammans löser uppgifter och medlemmarna möter både kundägare och övriga medlemmar i teamet.

Under första året sker en omformande träning som är oberoende av profession. Träningen utgår från vad det innebär att vara människa och bidrar till teammedlemmarnas förmåga att använda sig själv som verktyg i arbetet. Det är en utmanande träning som kan väcka motstånd initialt men som många beskriver som livsförändrande. Inte minst erfarna medarbetare kan känna sig obekväma i situationen och ha svårt att förskjuta fokus från den egna yrkesrollen till hur de

som individer i grupp tar sig an uppgifter, löser situationer och möter människor. Detta är ingen kunskap eller kompetens medarbetarna fått med sig från professionsutbildningarna. Det är något helt nytt. Träningen bidrar till att likställda alla, oavsett profession, vilket blir en ny situation i sig.

Teamen tränar kontinuerligt tillsammans. När någon ny börjar i teamet genomförs träningen igen för att ge teamet möjlighet att bygga sina relationer. Träningen sker ofta med digitalt stöd i form av filmade scenarion eller situationer som sedan teamet diskuterar. Det ger möjlighet att reflektera kring hur teamet löser uppgifter tillsammans och utvecklar relationer med kundägarna.

Arbetsmiljön underlättar teamarbete

Den fysiska arbetsmiljön är utformad för att underlätta kommunikation och relationer inom teamet. Den bidrar också till att få bort hierarkier och uppmuntrar alla att se varandra som jämbördiga kollegor.

Hela det integrerade vårdteamet sitter tillsammans i ett öppet landskap. Att sitta så att det hela tiden går att se varandra bidrar till att det är lättare att hjälpas åt och att delegera arbetsuppgifter. Det pågår ett ständigt resonerande och interagerande med varandra för att utröna hur problem och situationer ska hanteras och vem som är mest lämpad att ha kontakt med kundägaren. Det är den samordnade funktionen som ansvarar för att journaler och andra relevanta dokument och planer hålls uppdaterade.

Primärvårdsverksamheternas lokaler är utformade för att kundägarna ska känna sig bekväma och likvärdiga. De är genomgående ljust designade med tydliga inslag från den lokala kulturen. Berörda teammedlemmarna träffar kundägarna i samtals- eller undersökningsrum.

En del i arbetsmiljön är också de olika former av kunskapsstöd och återkoppling som teamen har för att arbeta med ständiga förbättringar. Teamen har löpande tillgång till utfallsdata för att kunna driva sin egen utveckling. Det är både hälsodata ur ett befolkningsperspektiv och data avseende vård och behandling. Southcentral Foundation har en dataavdelning som är indelade i egna ”integrerade informationsteam” som arbetar tillsammans med verksamheterna. Dessa team består av analytiker, statistiker och erfarna forskare som

kan hjälpa till att formulera frågor för analytiska metoder och programmerare som kan få fram data ur organisationens system.

Att arbeta med ständiga förbättringar och innovation är en av fyra kompetenser som Southcentral Foundation förväntar sig av alla sina medarbetare.

Förmåga att rekrytera personal

Det är en central ledningsfråga för Southcentral Foundation att hitta rätt medarbetare, för att kunna bygga långvariga relationer krävs det en låg personalomsättning. Organisationen lägger därför mycket tid och omsorg på rekryteringen. I stället för att bara rekrytera när det finns vakanser, är man proaktiv och rekryterar kontinuerligt oavsett om det finns någon ledig tjänst. De har tillexempel ett program för att tidigt identifiera 14–18 åringar med potential och ge stöd genom skolan för att sedan kunna vidareutbilda och anställa på sikt.

Southcentral har i dag en kommittébaserad intervjumodell för rekrytering. Intervjuerna fokuserar på kompetenser som efterfrågas hos samtliga anställda såsom kundsyn och relationer, kommunikation och teamarbete, ständiga förbättringar och innovation samt systematiskt arbetsmiljöarbete. Chefer från olika divisioner är utbildade i beteendevetenskapliga intervjutekniker och intervjuar kandidaterna i grupp utifrån tjänster med behov av liknande kompetenser och meriter. Intervjuarna gör en grundläggande bedömning av huruvida den sökande passar i Southcentrals organisation och av personen kompetenser för att sedan kunna föreslå i vilken roll personen skulle passa innan en tjänst erbjuds.

Southcentral Foundation har genom sitt tydliga kundägarperspektiv ett starkt incitament att återupprätta ursprungsbefolkningen stolthet och värdighet. I dag kommer över 50 procent av medarbetarna själva från målgruppen och är därmed samtidigt kundägare.

Organisationen har byggt en strukturerad karriärmodell så att till exempel allmänläkare och distriktssjuksköterskor efter kompetensutveckling kan ta på sig ansvar för mentorskap, kvalitetssäkring eller kvalitetsutveckling eller ta på sig ett ledarskap/chefskap för flera integrerade vårdteam.

Reflektioner och lärdomar

Det är slående hur seriöst och genomtänkt Southcentral Foundation förhåller sig till teamarbete. I relation till detta blir det tydligt att vi i Sverige inte sällan sätter en team-etikett på personer med olika funktioner som ska arbeta tillsammans för att lösa problem eller situationer för patienter, men utan särskild träning eller långsiktighet. Dessa grupper får sällan stöd i hur själva teamarbetet ska gå till. Vi slarvar med team-etiketten och ibland applicerar den på personer som bara är samlokaliserade, utan incitament eller förmåga att arbeta tillsammans.

Southcentral Foundations fokus på behov och relationer kan ge både djup inspiration och lärdomar. Några områden noteras specifikt:

- Utgångspunkt i kundägarnas behov och förutsättningar
- Stark integrering av hälso- och sjukvård med psykosocial kompetens som en väg att arbeta med de underliggande orsakerna till hälsoproblem
- Strategiskt och långsiktigt ledarskap med fokus på värde och relationer för att göra så väl personal som kundägare till kulturbärare
- Förmåga att rekrytera proaktivt och långsiktigt
- Bygga team och avsätta tid och resurser för att de ska kunna träna och utvecklas tillsammans
- Skapa en fysisk och digital arbetsmiljö som underlättar teamarbete.

Det går förstås inte att helt överföra Southcentral Foundations arbete med ursprungsbefolkningen i Alaska till svenska förhållanden, kultur och värderingar, men det finns mycket att lära av deras arbetssätt och goda resultat. Att träna för teamarbete är något som är möjligt att göra i större utsträckning än i dag. Att helhjärtat sätta kundägarnas behov och förutsättningar i första rummet är heller inget som är beroende av den kulturella kontexten. Att utgå från kundägarnas behov och förutsättningar är något alla organisationer kan gör, det kräver dock att denna utgångspunkt integreras i värdegrunden. Om så inte redan är fallet kräver det ett omfattande kulturarbete. Resan dit är avgörande för framgång.

Ytterligare ett exempel: C-IPLS, Centrum för Interprofessionellt Lärande och Samarbete

C-IPLS (Center för kliniskt interprofessionellt lärande och samarbete) är ett landstingsövergripande kunskapscentrum för medarbetare inom alla vårdens professioner inom Stockholms läns landsting (SLL). C-IPLS har sin fysiska hemvist på Södersjukhuset i Stockholm. Verksamheten är placerad under Avdelningen för Forskning, Utveckling, Utbildning och Innovation (FoUUi). Ambitionen är att bidra med stöd och utbildningsinsatser som främjar interprofessionella samarbeten och lärande. Verksamheten sker i nära samverkan med SLL och i samarbete med såväl nationella som internationella partners. Den övergripande målsättningen är att öka den interprofessionella kompetensen bland vårdens medarbetare. Arbetet utgår från att ett tätt samarbete och en effektiv kommunikation mellan hälso- och sjukvårdens professioner är en förutsättning för att möta framtidens utmaningar med en personcentrerad och patientsäker vård. C-IPLS bidrar till att möjliggöra förbättrade arbetssätt och ett utökat utbildningssamarbete mellan professioner och verksamheter.[17]

C-IPLS har som uppdrag och ambition att arbeta tillsammans med många olika enheter inom landstinget. Därför arbetar man med en bred representation i verksamhetens styrgrupp. För att möjliggöra spridning av kunskap och genomföra insatser i olika verksamheter har C-IPLS byggt upp ett nätverk av ambassadörer (kontaktpersoner). Kontaktpersonerna representerar olika professioner och deltar i kompetensutveckling inom såväl utbildning som i det vardagliga kliniska arbetet.

Ett urval av C- IPLs aktiviteter

C-IPLS prioriterar förfrågningar om stöd från verksamheter där ambitionen att integrera IPLS i verksamheten är tydligt uttalade. Förfrågningar inkommer regelbundet och kan antingen resultera i konkret stöd till genomförande från C-IPLS, eller stöd i planeringen av aktiviteter som sedan genomförs självständigt av de respektive enheternas medarbetare.

[17] Södersjukhuset. C-IPL – Centrum för interprofessionellt Lärande. www.sodersjukhuset.se/Forskning-utbildning--utveckling/Utbildning/C-IPL---Centrum-for-interprofessionellt-Larande/ (hämtad 2018-05-04).

Nationell och internationell samverkan

C-IPLS har ett kontinuerligt utbyte med bland annat ”Centre for IPE” i Toronto och ”Selskabet för IPLS” i Danmark.[18] Båda organisationerna arbetar aktivt med IPLS i sitt kompetensutvecklingsarbete. C-IPLS arbetar fortlöpande med omvärldsbevakning. Intresset för dessa frågor återfinns såväl på internationell som på nationell och regional nivå. Det förekommer i dag en rad utbildningssatsningar IPLS runtom i Sverige, exempelvis i region Kalmar, region Östergötland och region Skåne.[19]

Inventering av pågående IPLS-aktiviteter på regional nivå

Många aktiviteter för att främja IPLS finns i dag på olika håll inom SLL:s verksamheter, men medvetenheten om området behöver stärkas och befintliga kliniska IPLS-aktiviteter tydliggöras för möjligheten till ökad spridning och lärande. Inventeringen genomförs av de ovan nämnda kontaktpersonerna i olika verksamheter. De aktiviteter som beskrivs rör i huvudsak:

- lokala arbetssätt och rutiner
- arbetssätt relaterade till specifika processer såsom in- och utskrivning
- fortbildning
- arbetsplatsintroduktion
- möjligheten att hospitera i andra verksamheter
- strukturerad kommunikation (SBAR; Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendationer)

[18] Dansk Selskab for Interprofessionel Læring og Samarbejde i sundhedsvæsenet www.ipls.dk/wordpress (hämtad 2018-04-30).
[19] Linköpings Universitet. Medicinska fakulteten. Kommittén för interprofessionellt lärande. 2017-04-03. https://old.liu.se/medfak/om-oss/styrelse_namnder/utbildningsnamnden/integrationskommitten?l=sv (hämtad 2018-05-04).
Region Skåne. Practicum Clinical Skills Centres. www.practicum.info/kurser/ (hämtad 2018-05-03).
Region Östergötland. Clinicum Östergötland– centrum för färdighetsträning och simulering. www.regionostergotland.se/Om-regionen/Verksamheter/Centrum-for-verksamhetsstod-och-utveckling/Clinicum/ (hämtad 2018-05-04).
Klinsim. Svensk Förening för Klinisk Träning och Medicinsk Simulering. www.klinsim.se/ (hämtad 2018-05-04).

- möteskultur på arbetsplatsträffar (APT)
- möteskultur vid ronder och överrapportering
- teambaserade planeringsdagar
- teambaserat förbättringsarbete och forskning
- utformning av lokaler utifrån teambaserade arbetssätt
- dokumentation
- arbete med vårdplaner
- teambaserade metoder för briefing och debriefing
- metodspecifik praktisk teamträning exempelvis med hjälp av CEPS, CAMST, Bergen-modellen[20]
- studentrelaterade aktiviteter.

Samverkan med patientföreningar

C-IPLS har kontakt med flera patientföreningar såsom Bröstcancerföreningen Amazona och Tarm-, uro- och stomiförbundet, ILCO. Föreningarnas representanter bekräftar ur sitt perspektiv behovet av en förbättrad interprofessionell samverkan, och hur tillfällen av bristande samarbete och kommunikation mellan professionerna påverkat vårdupplevelsen negativt. Lyckligtvis existerar förstås också positiv återkoppling. Under IPLS utbildningar används personliga patientberättelser, efter samtycke från patienter, som pedagogisk metod.

Stöd till verksamhetsprojekt

C-IPLS ger stöd till diverse förändringsarbeten och arbetsmiljöprojekt som fokuserar på interprofessionella samarbeten. Exempelvis kan kompetens från C-IPLS ingå i arbetsgrupper och i samråd med

[20] CEPS. Centrum för patientsimulering Södersjukhuset. 2015-06-12. www.sodersjukhuset.se/Forskning-utbildning--utveckling/Utbildning/CEPS---Pediatriskt-utbildnings--och-traningscentrum (hämtad 2018-05-04).
CAMST simulatorcentrum. www.simulatorcentrum.se (hämtad 2018-05-04).
Stockholm Läns Landsting. Bergenmodellen. http://dok.slso.sll.se/Psykiatri.sll.se/bergenmodellen.pdf (hämtad 2018-05-04).
Suntarbetsliv. Bergenmodellen. https://www.suntarbetsliv.se/taggar/bergenmodellen (hämtad 2018-05-03).

verksamheter genomföra utbildningar och simuleringar, t.ex. gällande strukturerat stöd till teambaserade rondsystem.

Stöd till utbildningsinsatser

C-IPLS erbjuder föreläsningar och workshops. Föreläsningar kan genomföras i sammanhang som chefsdagar, temadagar, fortbildningsdagar, personalmöten, nätverksmöten för utbildningsledare, verksamhetsutvecklare och studentansvariga. Föreläsningar kombineras oftast med workshop, för att aktivt involvera deltagarna. Föreläsningarna består av grundläggande information om IPLS och dess praktiska betydelse i den kliniska vardagen. Situationer där C-IPLS kompetens särskilt efterfrågas är exempelvis som stöd till HLR-instruktörer som ska utbilda professionsövergripande i HLR, och teamsimuleringar inom enheter där simuleringsövningar inte tidigare använts i större omfattning, såsom ordinarie vårdavdelningar och öppenvårdsmottagningar. De metoder som används vid dessa tillfällen grundas på CEPS och omhändertagande av patienter utifrån CRM-modellen.[21]

Smart training platform

C-IPLS har tillsammans med SLL-Innovation tagit fram en vårdavdelningssimulator ”Smart Training Platform” som en modern pedagogisk metod för att träna IPLS i vardagliga situationer. Målbilden med programvaran är att återspegla den mångfacetterade verkligheten på en vårdavdelning. I denna simuleringsmiljö kan man välja att träna olika fokusområden som t.ex. arbetsfördelning, prioritering i team, samarbete, kommunikation, roller och ansvarsfördelning, teamledarskap eller logistiska frågeställningar. Det är även möjligt att testa nya rutiner och arbetssätt under den trygga form som simulering erbjuder. I en nära framtid ska simulatorn även kunna användas för simulering av mottagnings- och vårdcentralsmiljöer.

[21] Vårdhandboken. Crew Resource Management – CRM. 2018-04-10. www.vardhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Crew-Resource-Management-CRM (hämtad 2018-05-03).

C-IPLS facilitatorutbildning

I samarbete med ”Centre for Interprofessional Education” på Torontos Universitet och ”Center for HR” i Region Hovedstaden i Danmark har C-IPLS utvecklat ett kompetensutvecklingsprogram för IPLS ambassadörer. Första kursomgång avslutades i mars 2018 med 27 deltagare varav två från primärvården. En utbildad IPLS facilitator kan initiera och stödja teamsamarbete och grupprocesser, sätta fokus på ett ökat lärande mellan professionerna och en strukturerad involvering av patienter i olika processer. Facilitatorerna fungerar som samarbetspartners för ledningen i respektive organisation i arbetet med interprofessionella insatsområden och utvecklingsprojekt IPLS-facilitatorer stödjer och utbildar sina kollegor i grundläggande IPLS i vardagen.

Kompetensutvecklingsprogrammet består av tre moduler som sträcker sig över två dagar vardera. Deltagarnas kunskap återförs direkt till verksamheten via konkreta hemuppgifter och ett långsiktigt IPLS insatsområde för den egna verksamheten som arbetas fram under utbildningen.

Utbildningen syftar även till att möjliggöra nätverksbyggande mellan deltagare. Utbildningen efterföljs av kortare träffar och möjligheter till en fortsatt webbaserad samverkan. Programmet riktar sig främst till medarbetare som deltar i eller planerar utvecklingsprojekt som involverar flera olika professioner, eller som har ansvar för utbildningsaktiviteter mellan olika professioner.

Att driva interprofessionell utveckling inom primärvården

Interprofessionellt samarbete sker dagligen inom primärvården, olika väl utvecklat i olika verksamheter. På många ställen i landet bedrivs stödet till och utvecklingen av interprofessionella arbetssätt särskilt som uppdrag till Akademiska Vårdcentraler. De kan fungera som noder i ett akademiskt vårdcentralsområde och ha en disputerad samordnare anställd som har till uppgift att driva just utvecklingsfrågor.[22] Fokus är ofta på studentverksamhet, utvecklingsprojekt och fortbildning och mycket av detta sker i dag med målsättning att genomföras interprofessionellt. I andra exempel finns flera kompetenser med högre akademisk examen representerade på en vård- eller

[22] Exempelvis Akademiska Vårdcentraler/Akademiskt Primärvårdscentrum, SLSO, SLL.

hälsocentral, och har då förutom ett forsknings- och utbildningsuppdrag också i uppgift att driva interprofessionella arbetssätt och visa på interprofessionell samverkan såväl i forskning och utbildning som därmed också i implementeringsarbete och klinisk verksamhet.[23] Ett exempel på väl utvecklade interprofessionella arbetsformer i den kliniska vardagen är Övertorneå Hälsocentral[24], där medarbetarna tillsammans med ledningen utifrån befolkningens behov och lokala förutsättningar har detta som en ledstjärna i verksamhetsutvecklingen.

[23] Exempelvis Vårdcentralen Jakobsgårdarna, Landstinget Dalarna.
[24] Övertorneå Hälsocentral, Region Norrbotten.



Detta är ett svar från SBU:s Upplysningstjänst 9 maj 2018. SBU:s Upplysningstjänst svarar på avgränsade frågor. Svaret bygger inte på en systematisk litteraturöversikt utförd av SBU. Därför kan resultaten av litteratursökningen vara ofullständiga. Kvaliteten på ingående studier har inte bedömts. Detta svar har tagits fram av SBU:s kansli och har inte granskats av SBU:s nämnd.

Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård

Egenavgifter som innebär att patienter själva får betala en viss del av sin vård används som ett styrmedel för att påverka nyttjandet av vård. SBU publicerade 2011 en sammanställning av systematiska översikter som undersökte hur egenavgifter påverkar patienters hälsa och efterfrågan på läkemedel och läkarbesök inom öppenvården.

Den statliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har bett SBU om en uppdatering av vilka systematiska översikter som har publicerats på ämnet sedan den tidigare sammanställningen.

Frågor

Vilka systematiska översikter finns det som undersöker hur nivån på egenavgifter för läkarbesök påverkar patienters hälsa och efterfrågan på läkarbesök?

Vilka systematiska översikter finns det som undersöker hur nivån på egenavgifter för läkemedel påverkar patienters hälsa, samt efterfrågan på läkemedel och annan vård?

Sammanfattning

Upplysningstjänsten har identifierat 31 systematiska översikter som tillkommit sedan SBU:s tidigare sammanställning år 2011. Vi har inte tagit ställning i sakfrågan eftersom vi inte bedömt de enskilda översikternas kvalitet eller vägt samman resultaten. I det här upplysningstjänstsvaret redovisar vi därför endast de enskilda översiktsförfattarnas slutsatser.

Fyra översikter har undersökt hur egenavgifter för vårdbesök påverkat antalet besök. Slutsatserna från översikterna går generellt i linje med slutsatserna från



SBU:s tidigare sammanställning, dvs. att ökade egenavgifter för vårdbesök minskar efterfrågan på vård.

Tjugosju översikter har sammanställt studier som undersökt hur egenavgifter för läkemedel påverkat följsamheten till läkemedelsbehandling, vårdnyttjande och/eller hälsa. Ett stort antal olika system för egenavgifter har utvärderats och studierna som ingår i översikterna har gjorts i olika kontexter med olika jämförelsealternativ, vilket i vissa fall gör det svårt att dra några generella slutsatser.

Vissa översikter har inkluderat studier av interventioner där patienterna betalat fasta egenavgifter per recept medan i andra studier har policyer studerats som innebär att patienterna fått betala en viss andel av läkemedelskostnaden själva, fått ett visst antal recept gratis per månad, fått betala mellanskillnaden om de velat välja andra läkemedel än specifika referensläkemedel, eller fått betala kostnaden själva upp till ett visst tak. I det här svaret presenteras översikterna indelade i olika tabeller utifrån om de har undersökt effekterna av egenavgifter för läkemedel generellt eller för läkemedel riktade till patienter med kroniska eller andra specifika sjukdomar, eller om de har fokuserat på egenavgifters påverkan på särskilt utsatta grupper.

De flesta av översikterna har fokuserat på egenavgifters påverkan på följsamhet till läkemedelsbehandling. Översiktsförfattarna drar, i linje med översikterna i SBU:s tidigare sammanställning, slutsatsen att högre egenavgifter leder till minskad användning av läkemedel. Ett fåtal översikter har även undersökt hur egenavgifter för läkemedel påverkat nyttjandet av annan vård, och/eller hälsan.

De flesta studier som ingår i översikterna är retrospektiva observationsstudier från USA. Anledningen till den stora mängden amerikanska studier är att det finns ett stort antal, främst privata, hälso- och sjukvårdsförsäkringar som använder egenavgifter som ett medel för att styra efterfrågan på vård och för att kontrollera kostnader. Då det amerikanska systemet är väldigt olikt det svenska offentligt finansierade hälso- och sjukvårdsystemet kan generaliserbarheten av dessa studier till svenska förhållanden ifrågasättas. Eftersom påverkan av egenavgifter även kan vara nära kopplat till betalningsförmåga kan skillnader i befolkningarnas socioekonomiska sammansättning också påverka generaliserbarheten av resultaten mellan olika länder.

Svar från SBU:s Upplysningstjänst
Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård
2018-05-09



Bakgrund

Införande eller ökning av egenavgifter inom hälso- och sjukvården innebär att man ökar andelen av kostnaden som patienterna själva betalar vid konsumtion av vård genom att låta patienten betala en avgift eller en andel av kostnaden själv. Enligt ekonomisk teori förväntas ökningar av egenavgifter minska efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster. Egenavgifterna kan dock få oönskade konsekvenser när konsumtionen styrs mot annan typ av vård eller när det drabbar vissa grupper mer än andra.

SBU publicerade år 2011 en sammanställning av systematiska översikter som utvärderade egenavgifters påverkan på hälsa och efterfrågan på läkarbesök och läkemedel i öppenvården (1). Sammanställningen gjordes som stöd till en statlig utredning (Direktiv 2011:61) vilken skulle se över avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, för läkemedel och för äldre- och handikappomsorg m.m. Slutsatsen var att det fanns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att ökade egenavgifter ledde till minskad efterfrågan på läkarbesök och läkemedel. Det bedömdes däremot oklart om nivån på egenavgifter påverkade efterfrågan på annan vård och patienters hälsa.

SBU:s Upplysningstjänst har fått in en förfrågan från den statliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) om att uppdatera den tidigare sammanställningen. Syftet med föreliggande upplysningstjänstsvar är därför att presentera och beskriva slutsatser från systematiska översikter som sammanställt studier av hur nivån på egenavgifter i hälso- och sjukvården påverkar patienternas efterfrågan på läkemedel och läkarbesök, och om möjligt även hur egenavgifterna påverkar patienternas hälsa.

Avgränsningar

Vi har gjort sökningar (se avsnittet Litteratursökning) i databaserna PubMed, Embase, Cochrane Library, DARE, NHS EED samt HTA database.

Den här sammanställningen har begränsats till att inkludera systematiska översikter som sammanställt kvantitativa studier av sambandet mellan olika nivåer av egenavgifter för läkemedel respektive vårdbesök i öppen vård och patienternas hälsa och/eller efterfrågan på läkemedel och vårdbesök. Vi har endast inkluderat studier som tillkommit sedan den förra sökningen. Översikter som undersökt egenavgifter för vaccin ingår inte i sammanställningen.

För att resultaten skulle vara relevanta för en svensk kontext har vi i likhet med tidigare sammanställning endast inkluderat systematiska översikter som innehållit studier baserade på data från Europa, Kanada och USA. Det betyder



att systematiska översikter som begränsats till studier inom ett område utanför Europa, Kanada och USA har exkluderats.

Vi har enbart inkluderat artiklar skrivna på engelska, svenska, norska eller danska. Översikter som endast publicerats som sammanfattningar i samband med en konferens eller som endast inkluderat kvalitativa studier har exkluderats.

Till skillnad från SBU:s tidigare sammanställning granskas i det här svaret inte de ingående översikternas kvalitet och resultatet och de har därför inte heller vägts samman och evidensgraderats. En viss överlappning av studier i de inkluderade översikterna kan förekomma men har inte undersökts närmare.

Resultat från sökningen

Upplysningstjänstens litteratursökning genererade totalt 898 träffar. En person läste alla artikelsammanfattningar. Av dessa bedömdes 100 vara relevanta och lästes i fulltext. Vid oklarheter diskuterades artiklarna med ytterligare en person. Totalt ingår 31 översikter i svaret. De artiklar som inte ingår, exkluderades på grund av att de inte var relevanta för frågeställningen.

I de identifierade översikterna beskrevs interventionerna oftast antingen som en form av försäkring där patienterna fick betala en andel av kostnaden själva, så kallad cost-sharing, eller som fasta egenavgifter som beskrevs som fixed co-payment. I det här upplysningstjänstsvaret benämns båda dessa former som förekomst av egenavgifter.

Bland de studier som ingick i översikterna förekom ett fåtal randomiserade kontrollerade studier (RCT). Majoriteten av studierna var retrospektiva observationsstudier från USA. Vanliga förekommande studiedesigner var icke-randomiserade experimentella studier, avbrutna tidsserieanalyser, upprepade mätningar och tvärsnittsstudier.

Observera att vi inte bedömt kvaliteten på varken översikterna eller de inkluderade studierna. Det är därför möjligt att flera av studierna kan ha lägre kvalitet än vad SBU inkluderar i sina ordinarie utvärderingar. Läsaren bör därför själv göra en bedömning av studiernas kvalitet. Vid granskning av observationsstudier är det viktigt att tänka på vad studien har haft för kontrollgrupp och om författarna justerat för viktiga förväxlingsfaktorer. För mer information om granskning av observationsstudier, se SBU:s metodbok (2).



Vilka systematiska översikter finns det som undersöker hur nivån på egenavgifter för läkarbesök påverkar patienters hälsa och efterfrågan på läkarbesök?

Fyra systematiska översikter har undersökt hur egenavgifter i samband med vårdbesök påverkat patienters hälsa och efterfrågan på vårdbesök (Tabell 1). Ingen av översikterna var begränsade till en specifik population. Efterfrågan på vårdbesök mättes i översikterna som antalet vårdbesök.

I översikten av Flores-Mateo och medarbetare studerades hur egenavgifter för akutvårdsbesök påverkade antalet besök (3). I översikten ingick elva studier från USA och en från Irland. Författarnas slutsats var att egenavgifter minskade antalet akutvårdsbesök men att det saknades studier som undersökte effekten av egenavgifter i mer socioekonomiskt utsatta grupper, som är de grupper som mest frekvent besöker akutvården.

I översikten av Hone och medarbetare undersöktes hur relativt lägre egenavgifter inom primärvård, jämfört med specialistvård, påverkade nyttjandet av de olika tjänsterna (4). Åtta studier ingick i översikten (ingen från Europa). Författarnas slutsats var att det var oklart om relativt högre egenavgifter för specialistvård styr nyttjandet av vård mot primärvården.

I översikten av Kiil och medarbetare undersöktes hur egenavgifter för allmänläkarbesök, specialistläkarbesök, ambulerande vård, sjukhusinläggningar, receptläkemedel och olika preventionsåtgärder i höginkomstländer påverkade efterfrågan på de tjänster som egenavgiften gällde, om egenavgifter ledde till negativa effekter eller ökade användningen av andra tjänster, samt om egenavgifter ledde till någon form av fördelningseffekter inom befolkningen (5). I översikten ingick 47 studier, varav de flesta var från Kanada men också flera från USA och Europa.

Författarnas slutsatser var att egenavgifter minskade nyttjandet av receptläkemedel, läkarbesök inom öppen- och specialistvård, och ambulerande vård, men inte signifikant minskade antalet inläggningar på sjukhus. Det vetenskapliga stödet för huruvida egenavgifter påverkade hälsa, och/eller ledde till att de tjänster som egenavgifterna gällde ersattes med andra typer av tjänster, sammanfattades av författarna som svagt och motsägelsefullt. Författarna drog också slutsatsen att egenavgifter påverkade nyttjandet av vård mer hos särskilt utsatta grupper, till exempel de med låg inkomst eller de med särskilda behov av vård, än i övriga populationen.

Slutligen har översikten av Rezayatmand och medarbetare sammanställt 47 studier som undersökte hur egenavgifter inom primärprevention (rökning, rådgivning, vaccinering, myggnät etc.) och/eller sekundärprevention



(läkemedelsbehandling, periodiska eller omfattande hälsoundersökningar, screening) påverkade användningen av preventiva tjänster och hälsorelaterad livsstil (6). Författarnas slutsats var att det fanns ett starkt vetenskapligt stöd för att patientutgifter i samband med sekundärprevention minskade följsamhet vid läkemedelsbehandling och nyttjandet av preventiva tjänster.

I SBU:s tidigare sammanställning identifierades en översikt av Skriabikova och medarbetare som undersökte hur egenavgifter för läkarbesök påverkade efterfrågan på läkarbesök (7). Översikten inkluderade 46 studier. Slutsatsen var att nivån på egenavgifter hade en påverkan på efterfrågan av läkarbesök (priselasticitet med cirka –0,3) och att priselasticiteten ökade med lägre inkomst.

Tabell 1. Översikter som undersökt påverkan av egenavgifter för läkarbesök (endast översikter som tillkommit sedan den tidigare sammanställningen)

Inkluderade studier	Population Intervention	Studerade samband
Flores-Mateo och medförfattare, 2012 (3)		
Totalt 12 studier varav 6 icke-randomiserade experimentella studier med kontrollgrupp 2 tvärsnittsstudier 2 prospektiva studier 1 icke-randomiserad experimentell studie utan kontrollgrupp 1 RCT 11 från USA 1 från Irland	Inga begränsningar när det gäller population Egenavgifter och olika nivåer på egenavgifter för akutvård	Effekten av organisatoriska interventioner (inklusive egenavgifter) på antalet akutvårdsbesök (ED visits)
Författarnas slutsatser: "Our review found consistent evidence that ED cost-sharing successfully reduces ED utilization. Apparently, people who should go to the ED are not deterred by co-payments, whereas at least some of those who should not be using the ED are deterred. However, the impact of cost-sharing in different subgroups is limited. Notably absent are studies that assess the effect of cost-sharing in populations with low purchasing power and in the more disadvantaged social classes which, in general, are those that most frequently utilize hospital ED facilities."		



Hone och medförfattare, 2017 (4)		
Totalt 8 studier varav 2 tidserieanalyser 5 tvärsnittsstudier 1 icke-randomiserad experimentell studie 2 från Israel 2 från Taiwan 1 från Egypten, 1 från Eritrea 1 från Kina 1 från USA	Inga begränsningar när det gäller population <u>Differentiella egenavgifter</u> Införandet av högre egenavgifter för specialistvård jämfört med primärvård, minskning av egenavgifter för primärvård, eller införandet av en avgift för icke-remitterad specialistvård	Påverkan av differentiella egenavgifter på utnyttjandet av primärvårdstjänster
Författarnas slutsatser: "Our findings suggest the impact of introducing differential user-charges on PHC utilisation remains uncertain. Whilst five of the eight studies suggest differential user charges may have increased utilisation in PHC, two of these were methodologically weak. With regard to SHC utilisation, four (including two low quality) studies found lower utilisation whilst two studies showed increased utilisation in services subjected to higher fees. There is little and very weak evidence that differential user charges can actually shift utilisation from SHC to PHC."		
Kiil och medförfattare, 2014 (5)		
Totalt 47 studier 29 experimentella studier 14 observationsstudier 4 multinationella studier (cross-country) 7 från Kanada Flera studier också från Belgien, Danmark, Irland, Italien, Spanien, Sverige, USA, Tjeckien och Tyskland	Inga begränsningar när det gäller population Egenavgifter för allmänläkarbesök, specialistläkarbesök, ambulerande vård, sjukhusinläggningar, receptläkemedel och prevention i höginkomstländer.	Egenavgifters påverkan på individuell efterfrågan av de tjänster som egenavgiften gäller, om egenavgifter leder till negativa effekter eller ökar användningen av andra tjänster, om egenavgifter leder till fördelningseffekter Redovisar även priselasticiteter
Författarnas slutsatser: <u>Efterfrågan på de tjänster som egenavgiften gäller</u> "Considering the demand effects, the majority of the reviewed studies find that co-payment reduces the use of prescription medicine, consultations with general practitioners and specialists, and ambulatory care, respectively, thereby potentially lowering the total health care costs. In general the literature finds no significant effects of co-payment on the prevalence of hospitalisations, which implies that co-payment for this type of treatment mainly shifts the burden of financing from the public coffers to the users rather than reduces demand."		



Användning av andra tjänster "The empirical evidence on whether co-payment for some services, but not for others, causes substitution from the services that are subject to co-payment to the 'free' services rather than lower total use is sparse and mixed. Likewise, the health effects of co-payment have only been analysed empirically in a limited number of studies, of which half did not find any significant effects in the short term. This result is, however, restricted by the fact that the reviewed studies primarily consider effects on mortality, which is a rather coarse measure of health." Fördelningseffekter "Finally, the empirical literature confirms almost unambiguously that distributional consequences are a real matter of concern and not just a theoretical construct. On the financing side, the reviewed studies find that co-payment represents an unequal type of financing vertically as well as horizontally. The empirical evidence likewise indicates that vulnerable groups, including individuals with low income and in particular need of care, reduce their use relatively more than the remaining population in consequence of co-payment."		
Rezayatmand och medförfattare, 2012 (6)		
Totalt 47 studier Majoriteten av studierna baserades på existerande data och sekundär dataanalys och/eller simulering och ekonometrisk modellering 6 prospektiva studier baserade på enkätdata 3 prospektiva experimentella studier 31 av 47 studier från USA Endast 2 från Europa	Konsumenter av primär prevention (rökning, rådgivning, vaccinering, myggnät, vattenrening, kondomer) eller sekundär prevention (läkemedelsbehandling, periodiska eller omfattande hälsoundersökningar, screening) Patientutgifter (egenavgifter för rådgivning, läkemedel eller vårdbesök)	Effekten av patientutgifter (out-of-pocket payments) på användningen av preventiva tjänster och hälsorelaterad livsstil 37 av 47 studier fokuserade på sekundär prevention (effekten av egenavgifter för receptläkemedel på följsamhet till läkemedelsbehandling)
Författarnas slutsatser: "Despite much theoretical discussion, sound empirical evidence on the relation between out-of-pocket payments and primary prevention and health-related behaviour is still lacking." "Few studies address the impact of cost sharing obligations and reduced insurance coverage on health-related lifestyle and moreover, their results are contradictory." "There is strong evidence that in case of secondary prevention, out-of-pocket payments present a financial barrier by decreasing adherence to medication and preventive services."		

RCT = Randomised Controlled Trial; **ED** = Emergency Department (akutmottagning); **SHC** = Specialised Healthcare (specialistvård), **PHC** = Primary Healthcare (primärvård)



Vilka systematiska översikter finns det som undersöker hur nivån på egenavgifter för läkemedel påverkar patienters hälsa, samt efterfrågan på läkemedel och annan vård?

Tjugosju systematiska översikter har undersökt hur egenavgifter för läkemedel påverkar efterfrågan av läkemedel, nyttjandet av annan vård och/eller patienternas hälsa.

Flera av översikterna undersökte effekten av olika läkemedelspolicyer. Det var till exempel att patienterna fick ett visst antal recept per månad gratis (prescription caps), att patienterna fick betala mellanskillnaden om de valde dyrare läkemedel än specifika referensläkemedel (interna referenspriser), eller differentierade egenavgifter som innebar att patienterna fick betala lägre egenavgifter för vissa kategorier av läkemedel som bedömdes ha ett högre värde (tiered co-payment).

Efterfrågan eller användningen av läkemedel mättes ofta som konsumtion av läkemedel, antingen som uttag från apotek eller som självrapporterad konsumtion. I flera översikter användes begreppet adherence, som i det här svaret har översatts till det svenska begreppet följsamhet.

Nedan presenteras översikterna indelade i olika tabeller utifrån om de undersökt effekterna av egenavgifter för läkemedel generellt (Tabell 2) eller effekterna för läkemedel riktade till patienter med kroniska eller andra specifika sjukdomar (Tabell 3 och 4), eller om de har fokuserat på egenavgifters påverkan på särskilt utsatta grupper (Tabell 5).

I SBU:s tidigare sammanställning identifierades sju översikter som undersökte hur egenavgifter för läkemedel påverkade användningen av läkemedel, efterfrågan på annan vård och/eller patienters hälsa (8-14). I linje med den sammanställningen drar de flesta översikterna i den här uppdateringen slutsatsen att högre egenavgifter för läkemedel kan minska efterfrågan på läkemedel men att det är mer oklart hur egenavgifterna påverkar användning av annan vård och patienternas hälsa.



Översikter som undersökte egenavgifter för läkemedel generellt

Åtta översikter undersökte sambanden mellan egenavgifter och följsamhet till läkemedelsbehandling utan att fokusera på några specifika patientgrupper (Tabell 2). En av översikterna fokuserade helt på egenavgifter för generiska läkemedel och inkluderade endast en studie (15). Två av översikterna fokuserade enbart på studier från USA (16, 17).

Två av översikterna är Cochrane-rapporter (18, 19). Rapporten av Acosta och medarbetare undersökte effekten av olika policyer för prissättning och inköp av läkemedel på hälsa, vårdnyttjande, läkemedelsutgifter och läkemedelsanvändning (18). Majoriteten av de inkluderade studierna fokuserade på interna referenspriser, som innebar att patienterna fick betala mellanskillnaden om de valde dyrare läkemedel än specifika referensläkemedel. Författarnas slutsats var att interna referenspriser styrde läkemedelsanvändningen mot referensläkemedel men att det var oklart om det hade en påverkan på patienternas hälsa.

Luiza och medarbetare (19) gjorde en uppdatering av en tidigare Cochrane-rapport av Austvoll-Dahlgren och medarbetare (8), vilken presenterades i SBU:s tidigare sammanställning. Den uppdaterade översikten identifierade 17 nya studier som undersökte hur fasta egenavgifter, ett visst antal gratis läkemedel per månad (prescription caps) eller differentierade egenavgifter (tiered payments) påverkade vårdnyttjande, hälsa och kostnader.

Cochrane-rapportens slutsats var att de interventioner och utfall som hade undersökts i de inkluderade studierna var så olika och var undersökta i så olika kontexter och populationer samt med så olika jämförelsealternativ att det var svårt att sammanfatta resultaten från studierna. De drog dock slutsatsen att en övre gräns när det gällde antalet gratis recept (caps), och andra policys för egenavgifter, kunde minska användningen av läkemedel men att det också kunde leda till en ökad användning av hälso- och sjukvårdstjänster då påverkan även verkade gälla livsuppehållande läkemedel och behandling av kroniska symtomatiska sjukdomar. Författarna skrev vidare att fasta egenavgifter med ett specifikt tak och differentierade egenavgifter (tiered payment) inte förväntas påverka användningen av viktiga läkemedel och annan vård i samma omfattning.

I översikten av Ogbechie och medarbetare fanns 28 studier sammanställda (20). Studierna undersökte hur differentiell prissättning, med interna referenspriser eller med lägre egenavgifter för vissa kategorier av läkemedel som bedömdes ha ett högre värde (tiered payments), påverkade läkemedelsanvändning och hälsa. Författarna drog slutsatsen att införandet av differentiell prissättning ledde till att vissa patienter bytte till de billigare läkemedelsalternativen och de totala läkemedelsutgifterna minskade, men att patienternas läkemedelsutgifter ökade. Det senare förklarade författarna med att vissa patienter stod kvar på de dyrare alternativen. Författarna skrev vidare att sex av åtta studier inte hittade



några skillnader i hälsa som kunde kopplas till differentiell prissättning samt att de flesta studier som undersökte nyttjande av annan vård inte hittade någon förändring kopplad till differentiell prissättning när det gällde antalet besök i akutvård eller inläggningar på sjukhus.

Även översikten av Lee och medarbetare, som inkluderade 69 studier, drog slutsatsen att egenavgifter, begränsningar när det gäller antalet gratis recept (caps), och differentierade egenavgifter (tiered payments) påverkade användningen av läkemedel (21). Författarna drog också slutsatsen att begränsningar i antalet gratis recept minskade användningen av viktiga läkemedel i särskilt utsatta grupper och att nyttjandet av annan vård i vissa populationer därför kunde öka.

Kolasa och medarbetare sammanställde studier som undersökte hur förändringar i egenavgifter för läkemedel påverkade hälsa och konsumtion av vård (22). Författarna identifierade 18 studier. Elva av dessa studerade hur egenavgifter för läkemedel påverkade nyttjandet av vård. Författarna drog slutsatsen att vårdtjänster inom såväl öppen- och slutenvården som akutvården påverkades av förändringar i egenavgifter för läkemedel. Sju studier undersökte hur egenavgifterna påverkade patienters hälsa, mätt som antalet kardiovaskulära händelser, överlevnad eller som självskattad hälsa. Författarnas slutsats var att studiernas resultat tydde på att minskade patientutgifter kunde förbättra patienters hälsa.

Tabell 2. Översikter som undersökt påverkan av egenavgifter för läkemedel utan restriktioner på population (endast översikter som tillkommit sedan den tidigare sammanställningen)

Inkluderade studier	Population Intervention	Studerade samband
Acosta och medförfattare, 2014 (18)		
Totalt 18 studier varav 15 tidsserieanalyser (med eller utan kontrollgrupp) 3 studier med upprepade mätningar (repeated measures design) 8 från Kanada 2 från Tyskland 2 från USA 2 från Spanien 2 från Norge 1 från Sverige 1 från Australien	Hälso- och sjukvårdskonsumenter Policyer för prissättning och inköp av läkemedel (referenspriser, indexpriser, maxpriser, vinstreglering, en modell för stegvisa priser, och andra policyer för prissättning) Referenspriser: Patienter betalar för mellanskillnaden om de väljer ett läkemedel som kostar mer än referenspriset	Effekten av policyer för prissättning och inköp av läkemedel på hälsa, nyttjande av vård, läkemedelsutgifter och läkemedelsanvändning.



Författarnas slutsatser: "The majority of the studies of pricing and purchasing policies that met our inclusion criteria evaluated reference pricing. We found that internal reference pricing may reduce expenditures in the short term by shifting drug use from cost share drugs to reference drugs. Reference pricing may reduce related expenditures with effects on reference drugs but the effect on expenditures of cost share drugs is uncertain. Reference pricing may increase the use of reference drugs and may reduce the use of cost share drugs. The analysis and reporting of the effects on patients' drug expenditures were limited in the included studies and administration costs were not reported. Reference pricing effects on health are uncertain due to lack of evidence. "		
Babar och medförfattare, 2014 (15)		
Totalt 18 studier varav endast en icke-randomiserad experimentell före-efterstudie från USA har studerat egenavgifter	Inga begränsningar när det gäller population Interventioner som kan förbättra användningen, förskrivandet och utdelningen av generiska läkemedel (t.ex. ändringar i egenavgifter). Egenavgifter definierades som högre fasta avgifter som patienterna fick betala för sina läkemedel eller en nyligen införd höjning av egenavgifter	Interventionernas påverkan på förändringar i användningen och fördelningen av generiska läkemedel samt i försäljningen av originalläkemedel
Författarnas slutsatser: "Rodin et al., assessed the effect of a free generic medicine benefit on the rate of generic utilisation and its effect on medicines adherence. An insurance company in Minnesota introduced a change to the pharmaceutical benefit, whereby the $5 co-payment for generic medicine was waived while the co-payment of brand name and nonformulary medicines was increased by $5. The rate of switching from brand-name medicines to generic drugs in the intervention group was not statistically different from that in the control group. The net change in adherence was higher for the intervention group patients taking statins who switched to generic drugs, a 6.2% increase compared with an 8.5% decrease in the control group."		
Happe och medförfattare, 2014 (16)		
Totalt 93 studier (56 utvärderade egenavgifter) varav 61 kohorter eller fall-kontrollstudier 31 tidsserieanalyser 1 RCT Samtliga studier från USA	Inga begränsningar när det gäller population "Managed care formulary restrictions" för läkemedel (inklusive "step therapy", egenavgifter, "prior authorization", "preferred drug lists", och "quantity limits"). Egenavgifter inkluderade både fasta egenavgifter och att patienter betalar en viss andel av kostnaden själva (coinsurance)	Riktningen (positiv, negativ, eller neutral) på samband mellan "managed care formulary restrictions" och följsamhet till läkemedel (medication adherence), kliniska och ekonomiska utfallsmått och vårdnyttjande



Författarnas slutsatser: "Our study found that the most commonly assessed outcomes were related to medication adherence, of which 68% were negatively associated with formulary restrictions. Previous literature reviews have also concluded that formulary restrictions are associated with worsened medication adherence. Additionally, we found that health care resource utilization had no significant association with formulary restrictions in half of the outcomes assessed in the literature, a conclusion substantiated by a prior literature review. Despite the evidence that formulary restrictions reduce expenditures of the restricted drug, we found no distinct trend in the direction of association between formulary restrictions and broader economic measures, including total costs, medical costs, and total pharmacy costs."		
Kolasa och medförfattare, 2017 (22)		
Totalt 18 studier varav 15 retrospektiva studier 3 prospektiva studier 14 från USA 2 från Kanada 1 från Japan 1 från Italien	Från förskolebarn till äldre med en medelålder på 75,5 år (en majoritet av studierna var sjukdomsspecifika) Förändringar i egenavgifter för läkemedel ("co-payment mechanisms" och "coinsurance policy")	Samband mellan egenavgifter för läkemedel och såväl hälso- och sjukvårdskonsumtion som hälsa (självskattad hälsa, kardiovaskulär sjukdom, mortalitet)
Författarnas slutsatser: <u>Hälso- och sjukvårdskonsumtion</u> "the most impactful results reported were with respect to the impact of OOP pharmaceutical payments on health care utilization patterns. As many as nine out of 11 studies found statistically significant associations between drug cost sharing and the consumption of medical services. Interestingly, the majority of included publications focused on the consequences of an increase in OOP drug payments. The findings suggest that the bigger the OOP burden the fewer prescriptions filled, but the higher demand for health care services, such as outpatient and ER lists, as well as hospitalization." <u>Hälsa</u> "this review tends to suggest that a decrease in the burden of OOPs might also improve patient health outcomes. Among seven studies that looked into this particular relationship, two did not find any association and five delivered statistically significant results. Three types of health outcomes were mainly reported. These were: subjective health, cardiovascular events and mortality."		



Lee och medförfattare, 2015 (21)		
Totalt 69 studier varav 4 RCT 35 avbrutna tidsserier 30 kontrollerade före-och-efter studier 45 från USA 5 från Kanada 4 från UK 5 från Asien 2 från Sverige 2 från Nederländerna 1 från Australien, Island, Spanien, Portugal, Tyskland, Finland	Inga begränsningar när det gäller population Internationella policyer: • Egenavgifter (52 studier) • Differentierade egenavgifter för olika kategorier av läkemedel (tiered co-payments, 12 studier) • Patienten behöver inte betala för ett visst antal recept per månad (prescription caps, 6 studier).	Effekten av internationella policyer på läkemedels-utgifter, priser eller användning; annan resursförbrukning relaterad till läkemedel; och hälsa och patienters och vårdaktörer beteende relaterat till användning av läkemedel
Författarnas slutsatser: "Interventions aiming to influence patients were mostly based on cost sharing, including user charges, tiered co-payments and prescription caps. Overall, evidence showed that cost sharing reduces payer expenditure on pharmaceuticals by reducing utilization and shifting costs to patiopidogrel users: 0.89, 95% CI: 0.74, 0.90)."		
Luiza och medförfattare, 2015 (19) Uppdatering av Austvoll-Dahlgren, 2008 (8)		
Totalt 32 studier (17 nya efter Austvoll-Dahlgren 2008) varav 1 RCTs 8 studier med upprepade mätningar(repeated measures) 21 avbrutna tidsserier 2 kontrollerade före- och efter studier 17 från USA 9 från Kanada 4 från Australien 2 från Sverige	Hälso- och sjukvårdskonsumenter och vårdaktörer Policyer för egenavgifter för läkemedel: Fasta egenavgifter, policyer som innebär att patienten får ett visst antal recept gratis per månad (cap policy), samförsäkring där patienten betalar en andel av kostnaden (co-insurance), högkostnadsskydd där patienten betalar kostnaden upp till ett visst tak, differentierade egenavgifter för olika kategorier av läkemedel (tiered co-payments)	Effekten av olika typer av egenavgifter för läkemedel (inklusive cap policys) på användningen av läkemedel, vårdutnyttjande, hälsa och kostnader (utgifter)



Författarnas slutsatser: " The diversity of interventions and outcomes addressed across studies and differences in settings, populations and comparisons made it difficult to summarise results across studies. Cap and co-payment polices may reduce the use of medicines and reduce medicine expenditures for health insurers. However, they may also reduce the use of life-sustaining medicines or medicines that are important in treating chronic, including symptomatic, conditions and, consequently, could increase the use of healthcare services. Fixed co-payment with a ceiling and tiered fixed co-payment may be less likely to reduce the use of essential medicines or to increase the use of healthcare services."		
Ogbechie och medförfattare, 2015 (20)		
31 artiklar totalt (28 unika interventioner) Icke-randomiserade experimentella studier (quasi-experimental) som studerade longitudinella förändringar i priser och utvärderade effekter före och efter. Studier från bl.a. Kanada, USA och Nya Zeeland	Inga begränsningar när det gäller population Incentive-based health insurance designs: Genom att konsumenten behöver betala en lägre andel av kostnaden för vissa läkemedel ökar incitamenten att välja dessa läkemedel. De flesta studerade differentierade egenavgifter ("tiered formularies", 19 studier) eller referenspriser (10 studier).	Effekten av differentiell kostnadsdelning för receptläkemedel på beteenden när det gäller läkemedelsanvändning (byte av läkemedel, följsamhet och användning), utgifter och hälsa
Författarnas slutsatser: <u>Läkemedelsanvändning</u> "Overall, the reviewed articles suggest that when faced with differential cost sharing, some patients will switch to the cheaper drug option, overall plans' pharmacy spending decreases, and overall patients' OOP pharmacy spending increases. Although these findings may appear to be in conflict, they suggest that some patients continue using the more expensive option, which results in high OOP expenditures. Reports on patients' adherence were mixed but suggestive of decreased adherence to the more expensive option. Similarly, most articles found decreases in utilization of the expensive option. However, on balance, the articles were inconclusive on the overall treatment adherence." <u>Hälsa</u> "Only 8 articles examined any health outcomes, and 6 of these found no changes in the studied health outcome measures (Figure 4). All 6 articles that assessed ED visits and 5 of 6 that assessed in-patient hospitalizations found no change compared to controls after the differential drug-pricing intervention."		



Viswanathan och medförfattare, 2012 (17)		
Totalt 5 studier varav 1 RCT 4 kohorter Endast studier från USA	Konsumenter av primär- och specialisttjänster inom öppenvård samt i en hem- eller samhällsbaserad kontext Minskade patientutgifter genom lägre egenavgifter för läkemedel eller bättre täckning av receptläkemedel i patienternas försäkring Inkluderade studier fokuserade på egenavgifter för läkemedel för behandling av kardiovaskulär sjukdom, diabetes och/eller respiratoriska sjukdomar	Effekten av minskade egenavgifter på följsamhet till läkemedel och andra utfall
Författarnas slutsatser: "Among interventions to improve medication adherence at the policy level, we found robust evidence that reduced out-of-pocket expenses improved medication adherence across clinical conditions."		

RCT = Randomised Controlled Trial; **OOP** = Out-Of-Pocket costs (patientavgifter)



Översikter som undersökte egenavgifter för läkemedel riktade till patienter med kroniska sjukdomar eller med andra specifika sjukdomar

Tretton översikter undersökte påverkan av egenavgifter för läkemedel riktade till patienter med kroniska sjukdomar eller andra specifika sjukdomar (Tabell 3 och 4). Översikterna har alla sammanställt vilka studier som undersökt sambandet mellan nivå på egenavgifter och följsamhet till läkemedelsbehandling inom något av följande områden: kroniska sjukdomar generellt, diabetes, hypertoni, multipel skleros, reumatoid artrit, kardiovaskulär sjukdom och cancer. Slutsatserna från dessa översikter var generellt att det finns ett samband mellan högre egenavgifter och sämre följsamhet till läkemedelsbehandling.

I flera av översikterna var patientutgifter eller egenavgifter bara en av flera faktorer som undersöktes för korrelation med följsamhet (23-27). Analys av patientutgifter eller egenavgifter som riskfaktorer fanns i vissa fall bara med i en liten del av studierna.

Fyra av översikterna undersökte också hur egenavgifter för läkemedel påverkade patienternas hälsa eller efterfrågan av annan vård (28-31). Gourzoulidis och medarbetare identifierade tre studier som undersökte sambandet mellan egenavgifter för läkemedel och nyttjandet av annan vård (28). Två av studierna visade inget signifikant samband mellan förändringar i egenavgifter och akutvårdsbesök, vårdbesök, inläggningar på sjukhus och laboratorietest/diagnostiska test. Den tredje studien visade ett statistiskt samband mellan egenavgifter och en ökning i akutvårdsbesök. Endast en studie undersökte egenavgifters påverkan på hälsoutfall, vilken visade ett samband mellan ökade läkemedelskostnader och ökat HbA1c i en diabetespopulation.

Mann och medarbetare identifierade två studier som rapporterade egenavgifters påverkan på kliniska utfallsmått (29). En av studierna (en RCT) visade ett samband mellan att vara helförsäkrad mot läkemedelsavgifter och lägre blodtryck, jämfört med försäkringslösningar som krävde egenavgifter. En annan studie (en avbruten tidsserieanalys) visade inga skillnader i överlevnad, hjärtinfarkt, hjärtsvikt eller i angina (kärlkramp) i samband med en förändring av egenavgifter.

Tang och medarbetare gjorde en översikt av studier som undersökte hur ett försäkringsupplägg med selektiv minskning eller borttagning av egenavgifter för läkemedel som bedömdes ha stort värde (value-based insurance design) påverkade följsamhet till behandling, kliniska utfallsmått samt vårdnyttjande (30). Endast en studie vardera identifierades för påverkan på kliniska utfallsmått och på vårdnyttjande.

Doshi och medarbetare gjorde en sammanställning av studier som studerade egenavgifter för specialistläkemedel (31). Författarnas slutsats var att högre



egenavgifter påverkade användningen av specialistläkemedel negativt men de identifierade inga studier som hade undersökt påverkan på nyttjande av annan vård eller hälsa.

Tabell 3. Översikter som undersökt påverkan av egenavgifter för läkemedel hos patienter med kroniska sjukdomar (endast översikter som tillkommit sedan den tidigare sammanställningen)

Inkluderade studier	Population Intervention	Studerade samband
Aziz och medförfattare, 2016 (32)		
Totalt 21 studier varav 6 retrospektiva kohorter 1 longitudinell studie 11 tvärsnittsstudier 1 före-efter kohort 1 observationsstudie med kontrollgrupp (claim-based) 1 ingen studiedesign nämnd 17 från USA 2 från Kanada 1 från Indien 1 från Finland	Patienter med kroniska sjukdomar eller tillstånd System för betalning av läkemedelskostnader: Patientutgifter eller egenavgifter (”out-of-pocket expenditure” eller ”co-payment”), försäkringsförmåner (”drug coverage” eller ”insurance benefit”), restriktion gällande antal gratis receptuttag per månad (”caps”), läkemedelssubventioner	Effekten av läkemedelskostnader eller betalningssystem på patienters följsamhet till läkemedel
Författarnas slutsatser: “Our review found that high out-of-pocket expenditure and lack of or no prescription drug coverage are strongly associated with reduction of patients’ adherence to medication. Although reduction in out-of-pocket medication expenditure may improve patients’ adherence to medication, the nonadherence rate among patients who received medication at no cost was found to be high especially in nonsevere disease.”		
Gourzoulidis och medförfattare, 2017 (28)		
Totalt 38 studier Till största del retrospektiva kohortstudier från USA	Patienter med kroniska sjukdomar (mestadels diabetes och hjärtsvikt) Förändringar i egenavgifter för läkemedel	Effekten av egenavgifter på resursförbrukning, hälsa och ekonomiska utfallsmått direkt (6 studier), effekten av egenavgifter på följsamhet till läkemedel (11 studier), och effekten av följsamhet till läkemedel på resursförbrukning, hälsa och ekonomiska utfallsmått (29 studier)



Författarnas slutsatser: "the results of our systematic review revealed that there is no strong evidence demonstrating a direct effect of co-payment changes on health and economic outcomes in patients with DM and HF. However, there is moderate evidence indicating that co-payment increases may result in lower medication adherence, which in turn may lead to poorer health outcomes and higher total healthcare expenses. Thus, it can be mentioned that co-payments could have an indirect impact on outcome."		
Lee och medförfattare, 2013 (33)		
Totalt 13 observationsstudier varav 11 studier med kontrollgrupp Samtliga från USA	Hela befolkningen men de identifierade studierna gällde läkemedel för kroniska sjukdomar (diabetes och hypertoni var vanligast) Minskning av egenavgifter för läkemedel inom program för "Value-Based Insurance Design" (VBID). Minskningen av egenavgifter gick från 25 till 100 procent per recept.	Effekterna av lägre egenavgifter för läkemedel på följsamhet (adherence) till läkemedel och medicinska utgifter
Författarnas slutsatser: "We identified thirteen studies assessing the effects of VBID programs and found that the programs were consistently associated with improved adherence (average change of 3.0 percent over one year), as well as with lower out-of-pocket spending for drugs. In the studies we reviewed, providing more generous coverage did not lead to significant changes in overall medical spending for patients and insurers."		
Mann och medförfattare, 2014 (29)		
Totalt 11 studier 2 separata rapporter för 1 RCT 4 avbrutna tidsserier 5 kontrollerade före-efter studier 7 från USA 3 från Kanada 1 från Taiwan	Patienter med kardiovaskulär kronisk sjukdom (8 av 11 studier fokuserade på äldre patienter) Läkemedelsförsäkring (vs. ingen läkemedelsförsäkring) och varierande nivåer på andelen av läkemedels-kostnaderna som betalas av patienten (co-payment, deductible, caps, maximum out-of pocket expenditure)	Effekten av läkemedelsförsäkring och andelen av kostnaderna som patienten betalar på följsamhet till läkemedelsbehandling (medication adherence), samt kliniska och ekonomiska utfallsmått
Författarnas slutsatser: "Our review shows that providing drug insurance to those with or at risk for cardiovascular disease who have no insurance improves drug adherence. The impact of cost sharing strategies is less certain, though patient cost sharing in people of lower socioeconomic status may adversely impact adherence. Policy makers should be aware that co-payments and deductibles, while reducing cost for the payer, may influence medication adherence and ultimately health outcomes – especially for those of lower socioeconomic status."		

DM = Diabetes Mellitus; HF = Heart Failure



Tabell 4. Översikter som undersökt påverkan av egenavgifter för läkemedel riktade till specifika sjukdomar (endast översikter som tillkommit sedan den tidigare sammanställningen)

Inkluderade studier	Population Intervention	Studerade samband
Bestvina och medförfattare, 2014 (34)		
Totalt 55 studier (endast 3 som undersöker sambandet mellan egenavgifter och följsamhet till läkemedelsbehandling) Saknas information om studiedesign Endast studier från USA	Patienter under cancerbehandling Egenavgifter (co-payment)	Påverkan av patientutgifter och egenavgifter på patienters följsamhet till läkemedelsbehandling
Författarnas slutsatser: "Even when significant coping strategies are adopted, cost-related medication nonadherence is common among cancer patients. For example, in order to save money and make prescriptions last longer, cancer patients reported taking less prescription medication than prescribed (20%), only partially filling a prescription (19%) or not filling a prescription altogether (20%). Neugut et al. found that breast cancer patients with prescription drug co-payments greater than US$30 per month were more likely to be nonadherent to their aromatase inhibitors. Similarly, Dusetzina et al. found that patients with higher co-payments were more likely to discontinue or be nonadherent to oral anticancer treatment for chronic myeloid leukemia compared with those with lower co-payments. " "Studies also suggest that patient adherence to medications is influenced by the size of patient co-payments."		
Davies och medförfattare, 2013 (24)		
Totalt 17 studier varav 2 retrospektiva studier som undersöker sambandet mellan egenavgifter och följsamhet Båda studierna från USA	Patienter med typ 1 eller typ 2 diabetes Lägre eller helt borttagna egenavgifter (genom byte av försäkringsplan)	Riskfaktorer för låg följsamhet (adherence) till insulinbehandling
Författarnas slutsatser: "Two studies, both conducted in the USA, assessed the effects of changing the type of insurance plan on adherence. Both studies showed improved adherence to insulin therapy after changing from a traditional three-tier formulary to a value-based insurance design, an insurance scheme in which co-payments are reduced or even eliminated for highly effective preventive medications."		



Doshi och medförfattare, 2016 (31)		
Totalt 19 observationsstudier (13 tvärsnittsstudier) 8 RA 8 cancer 9 MS Ingen information om vilka länder studierna är gjorda i	Läkemedel eller läkemedelsklasser som godkänts för behandling av reumatoid artrit (RA), multipel skleros (MS) eller cancer, och uppfyller tidigare uppsatta högkostnads-kriterier för specialistläkemedel i kombination med ytterligare ett kriterium för specialistläkemedel (t.ex. komplex molekyl). Egenavgifter (cost sharing, co-payment, coisnsurance) eller patientutgifter för specialistläkemedel	Effekten av egenavgifter för specialistläkemedel på åtminstone ett av utvalda utfallsmått (användning av eller utgifter för specialistläkemedel, användning av eller utgifter för andra vårdtjänster, hälsa)
Författarnas slutsatser: **Användning av specialistläkemedel** "Evidence to date generally indicates reductions in specialty drug utilization associated with higher cost sharing, with effects varying by type of disease and specialty drug use outcome. We have identified several gaps in the evidence base that, if addressed, would help inform future specialty drug cost-sharing policies." **Användning av andra vårdtjänster och hälsa** "We found no studies examining the impact of specialty drug cost sharing on medical utilization, spending, or health outcomes."		
Heidari och medförfattare, 2018 (35)		
Totalt 6 studier varav 2 retrospektiva kohortstudier 2 tvärsnittsstudier 1 retrospektiv studie 1 prospektiv kohortstudie Endast studier från USA	Patienter med reumatoid artrit (RA) över 18 års ålder Patientutgifter (out-of-pocket costs, OOP): den del av de totala hälso- och sjukvårds-kostnaderna som betalas av patienten	Sambandet mellan patientutgifter (out-of-pocket costs) och följsamhet till läkemedelsbehandling (medication adherence)
Författarnas slutsatser: "Published data indicated that in patients with RA, higher OOP costs was associated with non-adherence to the prescribed RA medication. Studies conducted on the relationship of medication adherence and OOP costs are scarce and limited to the USA. Therefore, it would be beneficial for health policy makers in every country to find the right cost-sharing amount so OOP costs do not affect adherence whilst at the same time ensuring costs are not an intolerable burden for providers and insurers."		



Lemstra och medförfattare, 2012 (23)		
Totalt 67 studier varav 6 retrospektiva kohortstudier undersökt egenavgifter 5 från USA 1 från Kanada	Patienter med kardiovaskulär sjukdom Egenavgifter vid uttag av statiner	Riskindikatorer för att patienter inte följer (nonadherence) behandling med statinläkemedel
Författarnas slutsatser: "Among 6 studies with a total sample size of 884,643, patients required to make a co-payment when their statin medications were dispensed were 28% more likely than others to be nonadherent (rate ratio = 1.28; 95% CI, 1.09-1.50)." "Among observational studies, 49.0% of patients were adherent to statin medications at 1 year of follow-up, in comparison with 90.3% of patients in randomized trials. After metaanalysis, only 6 variables were associated with nonadherence to statin medications: primary prevention, new statin users, co-payment, lower income status, fewer than 2 lipid tests performed, and not having hypertension."		
Mathes och medförfattare, 2014 (25)		
Totalt 22 studier (2 studier som undersöker egenavgifter) Kvantitativa analyser av korrelation mellan exponering och följsamhet (inga interventionsstudier) De två studier som undersöker egenavgifter är från USA	Vuxna patienter (>18 år) med maligna neoplasier som tar orala medel mot cancer Patientutgifter (out-of-pocket costs) som en av de faktorer som har undersökts	Faktorer som påverkar följsamhet (adherence) till behandling med orala medel mot cancer
Författarnas slutsatser: "The influence of out-of-pocket costs for OACA was analyzed in two studies. Higher out-of pocket costs seem to be negatively associated with adherence. One study showed statistically significant results with large effect sizes in favor of this effect direction." "Age, ethnic status, social support, depression, intake of aromatase inhibitors, number of different medications, and out of-pocket costs seem to have an effect on adherence. The remaining factors either showed mostly no influence or a clear conclusion is not possible, because the results differed between studies. Due to the heterogeneity no general conclusions for all factors, – also for those emphasized above can be made that can be applied to all indications, medications, settings, countries etc."		
Murphy och medförfattare, 2012 (26)		
Totalt 24 studier Oklart vilka av dessa som har studerat ökade egenavgifter	Kvinnliga patienter som överlevt bröstcancer och som påbörjat tilläggsbehandling med hormoner efter att ha genomgått primärbehandling för bröstcancer Ökade patientavgifter (out-of-pocket costs)	Faktorer som korrelerar med följsamhet (adherence and persistence) till tilläggsbehandling med hormoner



Författarnas slutsatser: "Extremes of age (older or younger), increasing out-of-pocket costs, follow-up care with a general practitioner (vs. oncologist), higher CYP2D6 activity, switching from one form of therapy to another, and treatment side effects were negatively associated with adherence and/or persistence. Taking more medications at baseline, referral to an oncologist, and earlier year at diagnosis were positively associated with adherence and/or persistence."		
Tang och medförfattare, 2014 (30)		
Totalt 10 studier varav 1 RCT 1 avbruten tidsserie 8 kontrollerade före-och-efter-studier Alla från USA	Patienter med kardiovaskulär kronisk (CV) sjukdom (hypertoni, dyslipidemi, diabetes, kranskärlssjukdom, hjärtsvikt, eller stroke) "Value-based insurance design (VBID)": Selektiv minskning eller borttagning av egenavgifter för läkemedel som bedömts vara ha stort värde som behandling av kronisk sjukdom	Påverkan av V-BID på följsamhet till läkemedelsbehandling (medication adherence), kliniska utfallsmått och hälso- och sjukvårdskostnader
Författarnas slutsatser: "We found 10 studies that evaluated 9 interventions which compared V-BID with no differential lowering of drug co-payments in patients with CV-related chronic diseases. Although V-BID was consistently associated with an increase in medication adherence of 2 to 5 percentage points across all studies, including the sole randomized trial, the evidence of impact of V-BID on clinical outcomes was far more limited, with only 1 study evaluating this. Though this study showed no difference in the primary clinical outcome, there was a decrease in adverse clinical secondary outcomes. Furthermore, the combined role of disease management and V-BID is unclear."		
Van der Laan och medförfattare, 2017 (27)		
Totalt 44 studier varav 26 tvärsnittsstudier 11 retrospektiva studier 5 prospektiva studier 2 kohortstudier 35 av 44 studier från USA	Patienter med hypertoni ⩾18 år och som bor i ett västerländskt land och använder antihypertensiva läkemedel Högre egenavgifter	Faktorer som associeras med att patienter inte följer (non-adherence) sin behandling med antihypertensiva läkemedel
Författarnas slutsatser: "Higher co-payment, side effects and a poor patient–provider relationship were whenever studied consistently associated with antihypertensive medication non-adherence. Higher co-payment was identified in three studies using a retrospective study design. These studies included a significant sample of patients and used pharmacy refill data to measure medication adherence. Co-payment was defined as higher levels of fixed amounts that patients were obliged to pay for their medication or a recent increase of co-payment for Medication. Based on the methodological quality assessment two of these studies were rated as moderate and one study as strong."		

OACA = Oral Anticancer Agents



Översikter som undersökte egenavgifter för läkemedel riktade till särskilt utsatta grupper

Sex översikter (Tabell 5) fokuserade på egenavgifters påverkan på efterfrågan av läkemedel hos särskilt utsatta grupper, såsom äldre och socioekonomiskt utsatta (36-41).

Tre av översikterna fokuserade helt på grupper som täcktes av Medicare Part D, vilket är en separat läkemedelsförsäkring kopplad till det amerikanska sjukförsäkringsprogrammet Medicare (36-38). De som omfattas av försäkringen är personer som är minst 65 år eller har någon form av funktionell nedsättning. Försäkringen minskar patienternas utgifter genom att den täcker en viss andel av kostnaden för godkända läkemedel. Översikten av Park och medarbetare (38) är en uppdatering av översikten av Polinski och medarbetare (37).

Alla översikterna drog slutsatsen att nivån på egenavgifter påverkade följsamheten till läkemedelsbehandling. Pimentel och medarbetare sammanställde även studier som undersökte hur de minskade egenavgifterna som medföljde Medicare Part D påverkade kliniska utfallsmått bland patienter med kroniska sjukdomar eller funktionella nedsättningar som fick vård på vårdhem (36). Översiktens slutsats var att påverkan på kliniska utfallsmått var oklar men att resultat från vissa av studierna tydde på oavsiktliga negativa konsekvenser för patienternas hälsa till följd av försäkringens utformning och innehåll.

Tabell 5. Översikter som undersökt påverkan av egenavgifter för läkemedel hos särskilt utsatta grupper, såsom äldre och socioekonomiskt utsatta (endast översikter som tillkommit sedan den tidigare sammanställningen)

Inkluderade studier	Population Intervention	Studerade samband
Choi och medförfattare, 2018 (41)		
Totalt 9 studier (6 inkluderade i meta-analys) 5 retrospektiva kohorter 1 tvärsnittsstudie 75% av studierna från USA	Vuxna (medelålder ≥60 år) med typ 1 eller typ 2 diabetes Faktorer relaterade till patienten, läkemedel, hälso- och sjukvårdsystemet och vårdaktörer. Patientutgifter (out-of-pocket spending) ingick bland faktorer relaterade till hälso- och sjukvårdssystemet	Faktorer som associeras med “medication engagement” (uppgifter om receptförnyelse, självrapporterade instrument, och dosmonitorering)



Författarnas slutsatser: "Findings from metaanalysis show that women (odds ratio [OR], 0.92; 95% CI, 0.86-0.97), those with depression (OR, 0.73; 95% CI, 0.62-0.87), and those with higher out-of-pocket spending for prescription drugs (OR, 0.87; 95% CI, 0.80-0.94) were less likely to take diabetes medication when compared with men, those without depression, and those with lower out-of-pocket costs, respectively." "Of 9 studies that examined the relationship between high out-of-pocket pharmacy costs and medication engagement among older adults with diabetes, 6 met criteria for inclusion in the meta-analysis. Figure 4 represents data from 390 074 older adults who participated in these studies. According to a random effects model, older adults with high out-of-pocket pharmacy costs were 13% less likely to take medication as prescribed (OR, 0.87; 95% CI, 0.80-0.94)."		
Pimentel och medförfattare, 2013 (36)		
Totalt 19 studier (11 kvantitativa) 5 tvärsnittsstudier 3 icke-randomiserade experimentella studier 1 prospektiv studie 1 fall-kontroll studie 1 studie med paneldesign Enbart studier från USA	Medicare Part D-mottagare som har kroniska sjukdomar eller funktionella nedsättningar och får medicinsk och stöttande vård i andra kontexter än i sitt hem, med specifikt fokus på vårdhem (long-term care, LTC, residents). Medicare Part D	Läkemedelsförsäkringens påverkan på kostnader för boende i vårdhem (LTC), vårdaktörer och finansiärer; täckning och användning av receptläkemedel; samt kliniska och administrativa utfallsmått
Författarnas slutsatser: "In the seven years since its implementation, Part D decreased out-of-pocket costs among enrolled nursing home residents and potentially increased costs borne by LTC facilities. Coverage of prescription drugs frequently used by older adults was adequate, except for certain drugs and alternative formulations of importance to LTC residents. The use of medications that raise safety concerns was decreased, but overall drug utilization may have been unaffected. Although there was uncertain impact on clinical outcomes, quantitative studies demonstrated evidence of unintended health consequences."		
Park och medförfattare, 2017 (38) Uppdatering av Polinski, 2011(37)		
Totalt 65 studier Mestadels observationsstudier med olika typer av kontrollgrupper Enbart studier från USA	Personer som är minst 65 år eller har någon form av funktionell nedsättning (mottagare av stöd från Medicare) Medicare Part D	Läkemedelsförsäkringens effekt på läkemedels-användning och patient-utgifter. Utöver att identifiera studier som tillkommit efter den tidigare översikten (Park och medförfattare 2010) har översikten fokuserat på ett glapp i försäkringens täckning av kostnader och försäkringens effekt på olika subpopulationer



Författarnas slutsatser: "There is strong and robust evidence for increased drug utilization and decreased OOP costs across different medications, using a range of data sources and study designs. However, the generosity of beneficiaries' pre–Part D insurance and drug spending strongly moderated the program's impact. We also found that the benzodiazepine exclusion decreased drug utilization and OOP costs. These findings are consistent with those from the prior systematic review (Polinski et al. 2010), although our findings demonstrate a longer term impact."		
Polinski och medförfattare, 2011 (37)		
Totalt 19 observationsstudier med eller utan kontrollgrupp Enbart studier från USA	Personer som är minst 65 år eller har någon form av funktionell nedsättning (mottagare av stöd från Medicare) Medicare Part D	Effekten av läkemedelsförsäkringen på under- och överanvändning av specifika läkemedel och klasser
Författarnas slutsatser: "Increasing drug coverage led to greater use of underused essential medications and inappropriate, or overused, medications under Medicare Part D. Despite efforts to have it do so, the Part D benefit did not sufficiently discriminate between essential and nonessential medication use."		
Shenolikar och medförfattare, 2011 (40)		
Totalt 47 studier varav 6 deskriptiva studier Majoriteten av resterande är tvärsnittsstudier Enbart studier från USA	Äldre (≥65 år) mottagare av stöd från Medicare Inga övriga restriktioner när det gäller populationen Nivån på försäkringsskydd för läkemedelskostnader (fullt skydd, delvis skydd eller inget skydd, "caps", etc.) eller olika typer av kostnadsfördelning (fasta egenavgifter eller att patienten betalar en viss andel av kostnaden etc.)	Effekten av nivån på försäkringsskydd för läkemedelskostnader (24 studier) eller av olika former av kostnadsfördelning (19 studier) på läkemedelsanvändning
Författarnas slutsatser: "Based on the available research previously published, this review suggests that more restrictive drug coverage— or formulary strategies that are intended to curb patient demand for drug therapies by increasing the cost borne by the patient or by providing incentives to select lower cost alternatives—in the elderly leads to decreased utilization of drug therapies."		



Sinnott och medförfattare, 2013 (39)		
Totalt 7 studier 3 kontrollerade före- och efterstudier 2 kohortstudier 2 retrospektiva kohortstudier Enbart studier från USA	Offentligt försäkrade populationer, vilka omfattar vissa särskilt utsatta patientgrupper som äldre individer eller grupper med låg inkomst, och som kan vara särskilt känsliga för påverkan av egenavgifter på följsamhet till behandling Införande eller ökning av egenavgifter	Egenavgifters påverkan på följsamhet till behandling med receptläkemedel
Författarnas slutsatser: "This meta-analysis showed an 11% increased odds of non-adherence to medicines in publicly insured populations involved in a system where co-payments for medicines are required. Reductions in adherence to medications, especially essential medicines, can be detrimental to health status and causes increases in expenditure via hospital admissions. Hence, the results of this metaanalysis should be taken into account at a policy and health systems level to aid in striking a balance between the financial benefits and financial repercussions of cost-sharing policies."		

LTC = Long-Term Care; **OOP** = Out-Of-Pocket costs (patientavgifter)

Projektgrupp

Detta svar är sammanställt av Emelie Heintz (projektledare och hälsoekonom) och Christel Hellberg (projektledare) vid SBU. Johanna Wiss (hälsoekonom) har bidragit i relevansgranskningen av fulltexter.



Litteratursökning

PubMed via NLM 2018-03-19 **Co-payments in health care**		
	Search terms	**Items found**
Intervention:		
1.	((((((("Drug Costs"[Mesh]) OR "Direct Service Costs"[Mesh]) OR "Cost Sharing"[Mesh]) OR "Prescription Fees"[Mesh]) OR "Fees and Charges"[Mesh:NoExp]) OR "Fees, Medical"[Mesh]) OR "Fees, Pharmaceutical"[Mesh]) OR "Rate Setting and Review"[Mesh]) OR "Single-Payer System"[Mesh]	37139
2.	co-payment*[tiab] OR (cap[tiab] AND (payment[ti] OR cost[ti])) OR prescription cap[tiab] OR capped prescription[tiab] OR drug benefit cap*[tiab] OR Out of pocket[tiab] OR affordability[tiab] OR prescription charge[tiab] OR cost burden[tiab] OR cost ceiling[tiab] OR payment limit*[tiab] OR cost sharing[tiab] OR coinsurance[tiab] OR co-insurance[tiab]	10399
3.	*1 or 2*	*45632*
Study types:		
4.	**systematic [sb]**	356360
Limits:		
5.	Filters: **Publication date from 2011/09/01 to 2018/12/31**	
Final	3 AND 4 AND 5	539

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy
[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy
[MAJR] = MeSH Major Topic
[TIAB] = Title or abstract
[TI] = Title
[AU] = Author
[TW] = Text Word
Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews
* = Truncation
“ “ = Citation Marks; searches for an exact phrase



Cochrane Database of Systematic Review, Database Abstracts of Reviews of Effects and Health Technology Assessments via Wiley 2018-03-19 **Co-payments in health care**		
	Search terms	**Items found**
Intervention:		
1.	Drug Costs[MeSH] OR Cost Sharing[MeSH] OR Prescription Fees[MeSH] OR Fees and Charges[MeSH:NoExp] OR Fees, Medical[MeSH] OR Fees, Pharmaceutical[MeSH] OR Rate Setting and Review[MeSH] OR Single-Payer System[MeSH], Publication Year from 2011 to 2018	566
2.	co-payment* or "prescription cap" or "capped prescription" or "drug benefit cap*" or "Out of pocket" or affordability or "prescription charge" or "cost burden" or "cost ceiling" or "payment limit*" or "cost sharing" or coinsurance or co-insurance:ti,ab,kw (Word variations have been searched), Publication Year from 2011 to 2018	310
3.	*1 OR 2*	*858*
Limits:		
4.	Publication Year from 2011 to 2018	
Final	3 AND 4	858 CDSR:13 DARE:13 HTA:8

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts
[AU] = Author
[MAJR] = MeSH Major Topic
[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy
[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy
Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews
[TI] = Title
[TIAB] = Title or abstract
[TW] = Text Word
* = Truncation
" " = Citation Marks; searches for an exact phrase

CDSR = Cochrane Database of Systematic Review
CENTRAL = Cochrane Central Register of Controlled Trials, "trials"
CRM = Method Studies
DARE = Database Abstracts of Reviews of Effects, "other reviews"
EED = Economic Evaluations
HTA = Health Technology Assessments



Economic Evaluations via Wiley 2018-03-19 **Co-payments in health care**		
	Search terms	**Items found**
Intervention:		
1.	Drug Costs[MeSH] OR Cost Sharing[MeSH] OR Prescription Fees[MeSH] OR Fees and Charges[MeSH:NoExp] OR Fees, Medical[MeSH] OR Fees, Pharmaceutical[MeSH] OR Rate Setting and Review[MeSH] OR Single-Payer System[MeSH], Publication Year from 2011 to 2018	566
2.	co-payment* or "prescription cap" or "capped prescription" or "drug benefit cap*" or "Out of pocket" or affordability or "prescription charge" or "cost burden" or "cost ceiling" or "payment limit*" or "cost sharing" or coinsurance or co-insurance:ti,ab,kw (Word variations have been searched), Publication Year from 2011 to 2018	310
3.	*1 OR 2*	*858*
Limits:		
4.	Publication Year from 2011 to 2018	
Final	(3 AND 4) NOT (cost-benefit or cost-effectiveness:ti,ab,kw (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Cost-Benefit Analysis] explode all trees)	EED:94

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts
[AU] = Author
[MAJR] = MeSH Major Topic
[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy
[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy
Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews
[TI] = Title
[TIAB] = Title or abstract
[TW] = Text Word
* = Truncation
“ “ = Citation Marks; searches for an exact phrase

CDSR = Cochrane Database of Systematic Review
CENTRAL = Cochrane Central Register of Controlled Trials, “trials”
CRM = Method Studies
DARE = Database Abstracts of Reviews of Effects, “other reviews”
EED = Economic Evaluations
HTA = Health Technology Assessments

Svar från SBU:s Upplysningstjänst
Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård
2018-05-09



Embase via embase.com 2018-03-20 **Co-payments in health care**		
	Search terms	**Items found**
Intervention:		
1.	'drug cost'/mj OR 'hospital billing'/mj OR 'hospital charge'/mj OR 'medical fee'/mj OR 'capitation fee'/mj AND [embase]/lim	10457
2.	'co payment$':ti:ab OR copayment$:ti:ab OR 'prescription cap':ti:ab OR 'capped prescription':ti:ab OR 'drug benefit cap':ti:ab OR 'out of pocket':ti:ab OR affordability:ti:ab OR 'prescription charge':ti:ab OR 'cost burden':ti:ab OR 'cost ceiling':ti:ab OR 'payment limit':ti:ab OR 'cost sharing':ti:ab OR coinsurance:ti:ab OR 'co insurance':ti:ab OR 'price elasticity':ab,ti AND [embase]/lim	12015
3.	(cap:ti OR caps:ti OR ceiling$:ti) AND (payment:ti OR policy:ti OR policies:ti OR prescrib$:ti) AND [embase]/lim	*17*
4.	(charg$:ti OR fee$:ti OR 'direct pay$':ti OR 'direct contribut$':ti OR expenditure:ti) AND (patient$:ti OR prescrib$:ti OR prescrip$:ti OR pharmaceutic$:ti OR dispens$:ti OR 'health care':ti OR healthcare:ti OR care:ti) AND [embase]/lim	2479
5.	"Patient related cost":ti:ab OR "medical care expenditures":ti,ab AND [embase]/lim	145
6.	*OR (1-5)*	*24251*
Study types:		
7.	'systematic review'/de	160628
Final	#6 AND #7 AND [2011-2018]/py	340

/de= Term from the EMTREE controlled vocabulary
/exp= Includes terms found below this term in the EMTREE hierarchy
/mj = Major Topic
:ab = Abstract
:au = Author
:ti = Article Title
:ti,ab = Title or abstract
* = Truncation
’ ’ = Citation Marks; searches for an exact phrase



Referenser

1. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Översyn av avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg med mera - en systematisk litteraturöversikt. Stockholm; 2011.
2. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården - En handbok. 2 uppl. . Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2014.
3. Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santisteve P, Peiro S, Argimon JM. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: a systematic review. PloS one. 2012;7(5):e35903.
4. Hone T, Lee JT, Majeed A, Conteh L, Millett C. Does charging different user fees for primary and secondary care affect first-contacts with primary healthcare? A systematic review. Health policy and planning. 2017;32(5):723-31.
5. Kiil A, Houlberg K. How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care. 2014;15(8):813-28.
6. Rezayatmand R, Pavlova M, Groot W. The impact of out-of-pocket payments on prevention and health-related lifestyle: a systematic literature review. European journal of public health. 2013;23(1):74-9.
7. Skriabikova O, Pavlova M, Groot W. Empirical models of demand for out-patient physician services and their relevance to the assessment of patient payment policies: a critical review of the literature. Int J Environ Res Public Health. 2010;7(6):2708-25.
8. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. The Cochrane database of systematic reviews. 2008(1):CD007017.
9. Corrieri S, Heider D, Matschinger H, Lehnert T, Raum E, Konig HH. Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients - a systematic review. International journal for equity in health. 2010;9:20.
10. Gadkari AS, McHorney CA. Medication nonfulfillment rates and reasons: narrative systematic review. Curr Med Res Opin. 2010;26(3):683-705.
11. Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. Jama. 2007;298(1):61-9.



12. Green CJ, Maclure M, Fortin PM, Ramsay CR, Aaserud M, Bardal S. Pharmaceutical policies: effects of restrictions on reimbursement. The Cochrane database of systematic reviews. 2010(8):CD008654.

13. Lexchin J, Grootendorst P. Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence. International journal of health services : planning, administration, evaluation. 2004;34(1):101-22.

14. Page RL, 2nd, Barton P, Nair K. Effect of cost-sharing for prescription medications on health outcomes in older adults: a critical review of the literature and potential implications for managed care. The Consultant pharmacist : the journal of the American Society of Consultant Pharmacists. 2008;23(1):44-54.

15. Babar ZUD, Atif M. Differential pricing of pharmaceuticals: A bibliometric review of the literature. Journal of Pharmaceutical Health Services Research. 2014;5(3):149-56.

16. Happe LE, Clark D, Holliday E, Young T. A systematic literature review assessing the directional impact of managed care formulary restrictions on medication adherence, clinical outcomes, economic outcomes, and health care resource utilization. Journal of managed care & specialty pharmacy. 2014;20(7):677-84.

17. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. Annals of internal medicine. 2012;157(11):785-95.

18. Acosta A, Ciapponi A, Aaserud M, Vietto V, Austvoll-Dahlgren A, Kosters JP, et al. Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. The Cochrane database of systematic reviews. 2014(10):Cd005979.

19. Luiza VL, Chaves LA, Silva RM, Emmerick IC, Chaves GC, Fonseca de Araujo SC, et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational use of medicines. The Cochrane database of systematic reviews. 2015(5):Cd007017.

20. Ogbechie OA, Hsu J. Systematic review of benefit designs with differential cost sharing for prescription drugs. The American journal of managed care. 2015;21(5):e338-48.

21. Lee IH, Bloor K, Hewitt C, Maynard A. International experience in controlling pharmaceutical expenditure: influencing patients and providers and regulating industry - a systematic review. Journal of health services research & policy. 2015;20(1):52-9.



22. Kolasa K, Kowalczyk M. The effects of payments for pharmaceuticals: a systematic literature review. Health economics, policy, and law. 2017:1-18.

23. Lemstra M, Blackburn D, Crawley A, Fung R. Proportion and Risk Indicators of Nonadherence to Statin Therapy: A Meta-analysis. Canadian Journal of Cardiology. 2012;28(5):574-80.

24. Davies MJ, Gagliardino JJ, Gray LJ, Khunti K, Mohan V, Hughes R. Real-world factors affecting adherence to insulin therapy in patients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus: a systematic review. Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association. 2013;30(5):512-24.

25. Mathes T, Pieper D, Antoine SL, Eikermann M. Adherence influencing factors in patients taking oral anticancer agents: a systematic review. Cancer epidemiology. 2014;38(3):214-26.

26. Murphy CC, Bartholomew LK, Carpentier MY, Bluethmann SM, Vernon SW. Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review. Breast cancer research and treatment. 2012;134(2):459-78.

27. van der Laan DM, Elders PJM, Boons C, Beckeringh JJ, Nijpels G, Hugtenburg JG. Factors associated with antihypertensive medication non-adherence: a systematic review. Journal of human hypertension. 2017;31(11):687-94.

28. Gourzoulidis G, Kourlaba G, Stafylas P, Giamouzis G, Parissis J, Maniadakis N. Association between copayment, medication adherence and outcomes in the management of patients with diabetes and heart failure. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2017;121(4):363-77.

29. Mann BS, Barnieh L, Tang K, Campbell DJ, Clement F, Hemmelgarn B, et al. Association between drug insurance cost sharing strategies and outcomes in patients with chronic diseases: a systematic review. PloS one. 2014;9(3):e89168.

30. Tang KL, Barnieh L, Mann B, Clement F, Campbell DJ, Hemmelgarn BR, et al. A systematic review of value-based insurance design in chronic diseases. The American journal of managed care. 2014;20(6):e229-41.

31. Doshi JA, Li P, Ladage VP, Pettit AR, Taylor EA. Impact of cost sharing on specialty drug utilization and outcomes: a review of the evidence and future directions. The American journal of managed care. 2016;22(3):188-97.

32. Aziz H, Hatah E, Makmor Bakry M, Islahudin F. How payment scheme affects patients' adherence to medications? A systematic review. Patient preference and adherence. 2016;10:837-50.

33. Lee JL, Maciejewski M, Raju S, Shrank WH, Choudhry NK. Value-based insurance design: quality improvement but no cost savings. Health affairs (Project Hope). 2013;32(7):1251-7.



34. Bestvina CM, Zullig LL, Yousuf Zafar S. The implications of out-of-pocket cost of cancer treatment in the USA: a critical appraisal of the literature. Future oncology (London, England). 2014;10(14):2189-99.

35. Heidari P, Cross W, Crawford K. Do out-of-pocket costs affect medication adherence in adults with rheumatoid arthritis? A systematic review. Seminars in arthritis and rheumatism. 2018.

36. Pimentel CB, Lapane KL, Briesacher BA. Medicare part D and long-term care: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. Drugs & aging. 2013;30(9):701-20.

37. Polinski JM, Donohue JM, Kilabuk E, Shrank WH. Medicare Part D's effect on the under- and overuse of medications: a systematic review. Journal of the American Geriatrics Society. 2011;59(10):1922-33.

38. Park YJ, Martin EG. Medicare Part D's Effects on Drug Utilization and Out-of-Pocket Costs: A Systematic Review. Health services research. 2017;52(5):1685-728.

39. Sinnott SJ, Buckley CM, O'Riordan D, Bradley C, Whelton H. The effect of copayments for prescriptions on adherence to essential medicines in publicly insured populations; a systematic review and meta-analysis. International Journal of Pharmacy Practice. 2013;21:14.

40. Shenolikar R, Bruno AS, Eaddy M, Cantrell C. Sensitivity of medication use to formulary controls in medicare beneficiaries: a review of the literature. American health & drug benefits. 2011;4(7):465-74.

41. Choi YJ, Smaldone AM. Factors Associated With Medication Engagement Among Older Adults With Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis. The Diabetes educator. 2018;44(1):15-30.

Statens offentliga utredningar 2018

Kronologisk förteckning

1. Ett reklamlandskap i förändring – konsumentskydd och tillsyn i en digitaliserad värld. Fi.
2. Stärkt straffrättsligt skydd för blåljusverksamhet och andra samhällsnyttiga funktioner. Ju.
3. En strategisk agenda för internationalisering. U.
4. Framtidens biobanker. S.
5. Vissa processuella frågor på socialförsäkringsområdet. S.
6. Grovt upphovsrättsbrott och grovt varumärkesbrott. Ju.
7. Försvarsmaktens långsiktiga materielbehov. Fö.
8. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2018. Beslut under osäkerhet. M.
9. Ökad trygghet för studerande som blir sjuka. U.
10. Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. Myndighetsgemensam indelning – författningsändringar till följd av ny landstingsbeteckning. Volym 2. Fi.
11. Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar. U.
12. Uppdrag: Samverkan 2018. Många utmaningar återstår. A.
13. Finansiering av infrastruktur med skatt eller avgift? Fi.
14. Bidragsbrott och underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen – en utvärdering. Fi.
15. Mindre aktörer i energilandskapet – genomgång av nuläget. M.
16. Vägen till självkörande fordon – introduktion. Del 1 + 2. N.
17. Med undervisningsskicklighet i centrum – ett ramverk för lärares och rektorers professionella utveckling. U.
18. Statens stöd till trossamfund i ett mångreligiöst Sverige. Ku.
19. Forska tillsammans – samverkan för lärande och förbättring. U.
20. Gräsrotsfinansiering. Fi.
21. Flexibel rehabilitering. A.
22. Ett ordnat mottagande – gemensamt ansvar för snabb etablering eller återvändande. A.
23. Konstnär – oavsett villkor? Ku.
24. Tid för utveckling. A.
25. Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering. Fi.
26. Några frågor i skyddslagstiftningen. Fö.
27. Ekonomiska sanktioner mot terrorism. UD.
28. En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser. Ju.
29. Validering i högskolan – för tillgodoräknande och livslångt lärande. U.
30. Förenklat förfarande vid vissa beslut om hemlig avlyssning. Ju.
31. En lag om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland. Fö.
32. Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst. S.
33. Aggressionsbrottet och ändringar i Romstadgan. Ju.
34. Vägar till hållbara vattentjänster. M.
35. Ett gemensamt bostadsförsörjningsansvar. N.
36. Rätt att forska – Långsiktig reglering av forskningsdatabaser. U.
37. Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld. S.

38. Styra och leda med tillit.
Forskning och praktik. Fi.

39. God och nära vård.
En primärvårdsreform. S.

Statens offentliga utredningar 2018

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Uppdrag: Samverkan 2018. Många utmaningar återstår. [12]

Flexibel rehabilitering. [21]

Ett ordnat mottagande – gemensamt ansvar för snabb etablering eller återvändande. [22]

Tid för utveckling. [24]

Finansdepartementet

Ett reklamlandskap i förändring – konsumentskydd och tillsyn i en digitaliserad värld. [1]

Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. Myndighetsgemensam indelning – författningsändringar till följd av ny landstingsbeteckning. Volym 2. [10]

Finansiering av infrastruktur med skatt eller avgift? [13]

Bidragsbrott och underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen – en utvärdering. [14]

Gräsrotsfinansiering. [20]

Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering. [25]

Styra och leda med tillit. Forskning och praktik. [38]

Försvarsdepartementet

Försvarsmaktens långsiktiga materielbehov. [7]

Några frågor i skyddslagstiftningen. [26]

En lag om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland. [31]

Justitiedepartementet

Stärkt straffrättsligt skydd för blåljusverksamhet och andra samhällsnyttiga funktioner. [2]

Grovt upphovsrättsbrott och grovt varumärkesbrott. [6]

En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser. [28]

Förenklat förfarande vid vissa beslut om hemlig avlyssning. [30]

Aggressionsbrottet och ändringar i Romstadgan. [33]

Kulturdepartementet

Statens stöd till trossamfund i ett mångreligiöst Sverige. [18]

Konstnär – oavsett villkor? [23]

Miljö- och energidepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2018. Beslut under osäkerhet. [8]

Mindre aktörer i energilandskapet – genomgång av nuläget. [15]

Vägar till hållbara vattentjänster. [34]

Näringsdepartementet

Vägen till självkörande fordon – introduktion Del 1 + 2. [16]

Ett gemensamt bostadsförsörjningsansvar. [35]

Socialdepartementet

Framtidens biobanker. [4]

Vissa processuella frågor på socialförsäkringsområdet. [5]

Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst. [32]

Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld. [37]

God och nära vård. En primärvårdsreform. [39]

Utbildningsdepartementet

En strategisk agenda för internationalisering. [3]

Ökad trygghet för studerande som blir sjuka. [9]

Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar. [11]

Med undervisningsskicklighet i centrum – ett ramverk för lärares och rektorers professionella utveckling. [17]

Forska tillsammans – samverkan för lärande och förbättring. [19]

Validering i högskolan – för tillgodoräknande och livslångt lärande. [29]

Utrikesdepartementet

Ekonomiska sanktioner mot terrorism. [27]

Rätt att forska – Långsiktig reglering av forskningsdatabaser. [36]

Regeringskansliet

Remiss

2018-07-02
S2018/03436/FS

Dnr 2018/01113-1
Ink 2018 -07- 05
Landstinget Blekinge
Diariet

Socialdepartementet

God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Apotekarsocieteten

Arbetsmiljöverket

Arjeplog kommun

Barnombudsmannen

Blekinge läns landsting

Dalarnas läns landsting

Danderyd kommun

Datainspektionen

Dietisternas riksförbund

Distriktssköterskeföreningen

E-hälsomyndigheten

FAMNA

Finspång kommun

Folkhälsomyndigheten

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Föreningen Sveriges Socialchefer

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-723 11 91
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

Förvaltningsrätten i Umeå

Gotlands kommun

Grums kommun

Gävle kommun

Gävleborgs läns landsting

Hallands läns landsting

Halmstad kommun

Hjo kommun

Huddinge kommun

Håbo kommun

Härryda kommun

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Justitiekanslern (JK)

Jämtlands läns landsting

Jönköping kommun

Jönköpings läns landsting

Kalmar läns landsting

Karlstad kommun

Karolinska Institutet

Kommunal

Kronobergs läns landsting

Kungsbacka kommun

Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (LKR)

LIF - de forskande läkemedelsföretagen

Lika unika

Lunds universitet

Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF)

Läkemedelsverket (LV)

Malmö kommun

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Mölndal kommun

Nora kommun

Nordmaling kommun

Norrbottens läns landsting

Norrtälje kommun

Nyköping kommun

Orust kommun

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

Regelrådet

Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL)

Rättvik kommun

Sjukhusläkarna

Skåne läns landsting

Skövde kommun

Socialstyrelsen

Sollefteå kommun

SPF Seniorerna

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

Statskontoret

Stockholm kommun

Stockholms läns landsting

Svedala kommun

Swedish medtech

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Svensk Kuratorsförening

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)

Svenska Distriktsläkarföreningen

Svenska Logopedförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Svenska naprapatförbundet

Sveriges Farmaceuter

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Säffle kommun

Södermanlands läns landsting

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA)

Umeå universitet

Uppsala kommun

Uppsala läns landsting

Vetenskapsrådet

VISION

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Värmlands läns landsting

Västerbottens läns landsting

Västernorrlands läns landsting

Västmanlands läns landsting

Västra Götalands läns landsting

Åre kommun

Älvkarleby kommun

Örebro läns landsting

Örkelljunga kommun

Östergötlands läns landsting

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 15 november 2018. Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2018/03436/FS och remissinstansens namn i ämnes raden på e-postmeddelandet.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, 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.

Remissinstanserna kan utan kostnad få ytterligare högst två 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.

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Norstedts Juridik, kundservice, 106 47 Stockholm

§ 368/18 Ärendenummer: 2018/01113

Remissvar; God och nära vård - en primärvårdsreform SOU 2018:39

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att godkänna förslag till remissvar

Sammanfattning

Landstinget Blekinge har fått möjlighet att lämna synpunkter på delbetänkandet "God och nära vård – en primärvårdsreform"

Landstinget Blekinge ser positivt på det fortsatta arbetet med "God och nära vård" som stämmer väl med inriktningen i landstingets utvecklingsarbete, Framtidens hälso- och sjukvård. Det är viktigt att regeringen tar ett samlat ansvar inom området men det är också viktigt att huvudmännen är delaktiga i det kommande arbetet eftersom ansvaret för vården ligger där.

Förslagen i utredningen innebär inte bara en primärvårdsreform utan en strukturomvandling av svensk hälso- och sjukvård som helhet. Det är en genuin förändring i arbetssätt, tankesätt och kultur. En så stor omställning kommer att generera ökade kostnader under omställningen då både gammalt och nytt arbetssätt behöver finnas parallellt under en period. Statligt ekonomiskt stöd kommer att behövas för genomförandet av denna omställning.

Det är mycket bra att bristen på samordning mellan olika huvudmän, vårdaktörer eller insatser lyfts fram. I den fortsatta omställningen är det viktigt att underlätta denna samordning genom att vidareutveckla möjligheten att dela information och att se över laghinder.

Vi välkomnar analysen av ändamålsenligheten i uppdelningen i öppen vård och sluten vård.

I utredningen föreslås en ökad uppföljning av primärvården samt av hur omställningen enligt färdplanen fortlöper. Landstinget instämmer i att det är viktigt att på sikt få en sammanhållen uppföljning där både landstingens och kommunernas insatser följs. En förbättrad uppföljning ger även ökade möjligheter till kvalitetsutveckling i primärvården.
Samtidigt vill vi betona att den utökade uppföljningen inte får innebära ökad administration som inte har ett direkt värde för vården.

För att förändra vården i riktning mot en mer nära vård anser Landstinget Blekinge att det är arbetssätten snarare än organiseringen som behöver förändras. Landstinget anser att det är viktigt med ett personcentrerat förhållningssätt som säkerställer att individens väg genom vården underlättas för att minska risken för kvalitetsbrister i samverkan mellan olika vårdnivåer.

Om primärvård definieras på föreslaget sätt behöver även begreppet "nära vård" definieras. Landstinget anser att nära vård kan vara annat än primärvård såsom att specialister från sjukhus utför insatser i patientens hem.

Landstinget ser också ett problem i att rymma den kommunala hälso- och sjukvården inom den föreslagna definitionen av primärvård eftersom den kommunala vården endast riktas till bestämda grupper.

Det är positivt att primärvårdens uppdrag blir tydligare och nationellt. Förändringen av vården syftar till att primärvården ska vara den vårdnivå som ska kunna möta de flesta behoven av hälso- och sjukvård. Landstinget anser dock att utredningen behöver bättre belysa vilka insatser som krävs för att öka tilliten till primärvården och få invånarna att ändra sina sökmönster.

Landstinget är positiva till en ökad likriktning mellan landstingens förfrågningsunderlag och ersättningssystem för vårdval.

En översyn av administration i vården som intyg och signering är välkommet. Det är viktigt att man vidareutvecklar och använder de gemensamma tekniska förutsättningar som redan finns såsom "Webcert" och intygstjänsten, för att underlätta intygshanteringen.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Remissvar; God och nära vård – en primärvårdsreform SOU 2018:39.
Bilaga: God och nära vård en primärvårdsreform.
Bilaga: God och nära vård en primärvårdsreform (SOU 2018:39).

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Hälsovalsavdelningen	2018-10-08	Ärendenummer	2018/01157
Christer Borglin		Dokumentnummer	2018/01157-2

Till Landstingsstyrelsen

Remissvar Ds 2018:31 Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

1. Att godkänna remissvaret avseende remiss Ds2018:31 Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Sammanfattning

Landstinget Blekinge har getts möjlighet att lämna ett remissyttrande över promemorian Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi Ds 2018:31. Promemorian innehåller förslag till ändringar i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF).

Landstinget Blekinge lämnar nedanstående yttrande

De huvudsakliga förslagen till förändringar i lagstiftningen är:

1. Att avsteg från heltidskravet i LOL och LOF ska kunna göras om läkaren eller fysioterapeuten i avtal med landstinget kommer överens om att bedriva verksamheten minst på halvtid.
2. Att undantag ska kunna göras från kravet att läkaren eller fysioterapeuten inte får vara anställd i något landstings hälso- och sjukvård.
3. Att den läkare eller fysioterapeut som begär läkarvårdsersättning eller fysioterapeutersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete. Därutöver föreslås att vårdgivaren, på begäran från landstinget, ska vara skyldig att till landstinget lämna ut patientjournal.

4. Att läkaren eller fysioterapeuten ska möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen på begäran av landstinget.
5. Att landstinget ska kunna förelägga läkaren eller fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter när det gäller medverkan till att verksamheten följs upp om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada för landstinget. Föreläggandet föreslås kunna förenas med vite. Om ett föreläggande inte följs och om underlåtenheten har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, får landstinget stoppa utbetalning av ersättning till läkaren eller fysioterapeuten till dess att skyldigheterna fullgörs.
6. Att läkaren eller fysioterapeuten ska kunna överklaga landstingets beslut om föreläggande eller beslut om att stoppa utbetalningar till förvaltningsrätten.
7. Att nuvarande ordning att regeringen beslutar om ersättningsnivåer och belopp på sikt bör upphöra och ersättas av en annan ordning.
8. Att lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2019.

Yttrande

Landstinget Blekinge har tidigare framfört sin uppfattning att det krävs grundläggande förändringar av systemet med nationella taxan. Den nationella taxan består idag av ett svårtolkat regelsystem och detta förslag minskar inte otydligheten. Förslagen i promemorian innebär visserligen att landstingen får bättre möjlighet till uppföljning och i viss mån till sanktioner men innebär ingen grundläggande förändring av systemet. Landstinget menar också att promemorian i huvudsak utgår från ett system- och vårdgivarperspektiv och saknar ett patientperspektiv med fokus på en sammanhållen vård.

Trots de förändringar som föreslås i promemorian kvarstår ett statligt styrt system, där landstingen står för kostnaden med små möjligheter att påverka verksamhetens innehåll och kvalitet. Landstingens inflytande över innehållet i verksamheten begränsas till att kunna ändra inriktning under förutsättning att vårdgivaren godtar det. Landstinget efterlyser förslag som ger huvudmännen möjlighet att påverka vårdutbudet med utgångspunkt från befolkningens behov.

Landstinget anser att förslagen om avsteg från heltidskravet och att läkaren eller fysioterapeuten får vara anställd i något landstings hälso- och sjukvård ökar risken för jäv genom möjligheten att remittera till sin egen etablering.

Landstinget Blekinge välkomnar att det ställs högre krav på medverkan för att följa upp verksamheten samt möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen och att det ytterst är landstingen som avgör i vilken omfattning och på vilket sätt vårdgivarna ska medverka i kvalitetsarbetet. Landstinget ser även positivt på att vårdgivaren ges möjlighet att rapportera in till aktuella kvalitetsregister men menar att landstingen borde kunna ställa krav på sådan rapportering. Att vårdgivaren rapporterar till kvalitetsregister är ett av de sätt med vilken de kan medverka till att den egna verksamheten följs upp och utvärderas.

Promemorian innehåller ett välkommet förtydligande om att vårdgivaren på begäran av landstinget ska vara skyldig att lämna ut patientjournal. Förslaget borde dessutom klargöra att journalföring ska ske på ett sådant sätt att det underlättar landstingens granskning samt ett förtydligande av att även tidbok ska lämnas ut för att kunna följa upp att rätt ersättning betalas ut.

Det är positivt att förslaget stärker möjligheterna till sanktioner vid underlåtenhet att medverka vid uppföljning men förslaget behöver också förtydliga möjligheten att vidta sanktioner vid kvalitetsbrister även om dessa inte föranleder ekonomisk skada för landstinget.

Landstinget anser att det är en brist att promemorian inte tar upp att nuvarande reglering av taxan och samverkansavtal i vissa delar inte uppfyller de krav som ställs i fördrag och direktiv från EU. Utifrån dessa är det tveksamt med ett system som innebär att privata aktörer, utan tidsbegränsning, verkar som leverantörer till offentliga myndigheter med offentliga medel utan att detta förhållande har eller kommer att konkurrensutsättas. Det strider mot de utgångspunkter om en rättvis och lika behandling av privata aktörer som ligger till grund för offentlig upphandling. De vårdgivare i systemet som saknar samverkansavtal och som verkar enligt övergångsbestämmelser, skulle behöva upphandlas eller konkurrensutsättas.

Landstinget Blekinge föreslår att regeringen istället för detta förslag lägger ett förslag som innebär att systemet med den nationella taxan avvecklas och att vårdgivarna som uppbär ersättning enligt dessa lagar under en övergångsperiod får möjlighet att avveckla sin verksamhet alternativt ingå i landstingens vårdvalssystem. Om inget vårdvalssystem finns inom vårdgivarens specialistområde föreslås vårdgivaren erbjudas ett tidsbegränsat avtal. När avtalstiden går ut får landstinget avgöra om behov föreligger för att upphandla nytt avtal.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Ralph Harlid
Planeringsdirektör

Bilaga

Remiss Ds 2018:31 Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Regeringskansliet

Remiss

2018-07-11
S2018/04100/FS

Socialdepartementet

Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi Ds 2018:31

Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Aleris

Arbetsmiljöverket

Blekinge läns landsting

Capio

Dalarnas läns landsting

Datainspektionen

Distriktssköterskeföreningen

Domstolsverket

E-hälsomyndigheten

Ekonomistyrningsverket

FAMNA

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Förvaltningsrätten i Malmö

Förvaltningsrätten i Stockholm

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-723 11 91
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

Gotlands läns landsting

Gävleborgs läns landsting

Hallands läns landsting

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Jämtlands läns landsting

Jönköpings läns landsting

Kalmar läns landsting

Kammarrätten i Jönköping

Karolinska institutet

Kronobergs läns landsting

Lika unika

Lunds universitet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Norrbottens läns landsting

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

Praktikertjänst

Regelrådet

Riksdagens ombudsmän (JO)

Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL)

Sjukhusläkarna

Skåne läns landsting

Socialstyrelsen

SPF Seniorerna

Stockholms läns landsting

Svenska distriktsläkarföreningen

Svenska läkaresällskapet

Svenska privatläkarföreningen (SPLF)

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Svensk sjuksköterskeförening (SSF)

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Sveriges läkarförbund

Södermanlands läns landsting

Tillväxtverket

Umeå universitet

Uppsala läns landsting

VISION

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Värmlands läns landsting

Västerbottens läns landsting

Västernorrlands läns landsting

Västmanlands läns landsting

Västra Götalands läns landsting

Örebro läns landsting

Östergötlands läns landsting

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 14 november 2018. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i Wordformat och pdf-format. Remissvaren skickas till följande e-postadresser: s.remissvar@regeringskansliet.se samt s.fs@regeringskansliet. Remissvar skickas digitalt ett mail per remiss.

Ange diarienummer S2018/04100/FS och remissinstansens namn i ämnes raden på e-postmeddelandet.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

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

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

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

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Torkel Nyman
Departementsråd

Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Ds 2018:31

Regeringskansliet
Socialdepartementet

Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Ds 2018:31

Regeringskansliet
Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2018

ISBN 978-91-38-24842-3
ISSN 0284-6012

Innehåll

1 Promemorians huvudsakliga innehåll 5

2 Författningsförslag 7

2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning 7

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi 12

3 Bakgrund 17

3.1 Lagen om valfrihetssystem 17

3.2 Den nationella taxan 18

3.3 Vårdavtal inom LOU och LOV 19

3.4 Samverkansavtal inom den nationella taxan 20

3.5 Omfattningen av den nationella taxan 21
3.5.1 Läkarna 23
3.5.2 Fysioterapeuterna 26

4 Nuvarande ordning 29

4.1 Lagen om offentlig upphandling och lagen om valfrihetssystem 29

4.2 Lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi 30

4.3 Jämlik vård 31

4.4 God vård av god kvalitet 31

4.5 Uppföljning av kvalitet och kostnader i hälso- och sjukvården ... 32
4.5.1 Nationella indikatorer för God vård ... 32
4.5.2 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete ... 33

4.6 Kvalitetsuppföljning på nationell nivå ... 34
4.6.1 Hälsodataregister ... 34
4.6.2 Kvalitetsregister ... 34
4.6.3 Öppna jämförelser ... 35
4.6.4 Vården i siffror ... 35

4.7 Patientsäkerhet och tillsyn ... 35

4.8 Sekretess ... 36

5 Tidigare insatser ... 39

5.1 Tidigare utredningar ... 39
5.1.1 SOU 2009:84 Regler för etablering av vårdgivare ... 39
5.1.2 Mona Boströms utredning 2012 ... 40

5.2 Nationella taxan i förhållande till vårdval ... 40

5.3 Skrivelse till regeringen ... 43

5.4 Intern översyn ... 44

5.5 Uppdrag till Socialstyrelsen ... 44

6 Överväganden och förslag ... 45

6.1 Särskilda krav på läkar- och fysioterapiverksamheten ... 46

6.2 Systematiskt kvalitetsarbete ... 49

6.3 Skyldighet att lämna ut patientjournal ... 52

6.4 Sanktioner och överklagande ... 53

6.5 Belopp och ersättningsnivåer i förordningarna ... 55

7 Konsekvenser ... 59

7.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 59
7.2 Konsekvenser för landstingen 60
7.3 Konsekvenser för företagen 61
7.4 Konsekvenser för patienterna 62
7.5 Konsekvenser för andra myndigheter och organisationer 63
7.6 Ekonomiska konsekvenser 63

8 Författningskommentar 65

8.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning 65
8.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi 69

1 Promemorians huvudsakliga innehåll

Promemorian innehåller förslag till ändringar i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF).

I promemorian föreslås att avsteg från heltidskravet i LOL och LOF ska kunna göras om läkaren eller fysioterapeuten i avtal med landstinget har kommit överens om att bedriva verksamheten minst på halvtid. I promemorian föreslås också att undantag ska kunna göras från kravet att läkaren eller fysioterapeuten inte får vara anställd i något landstings hälso- och sjukvård.

Vidare föreslås att den läkare eller fysioterapeut som begär läkarvårdsersättning eller fysioterapeutersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete. Därutöver föreslås att vårdgivaren, på begäran från landstinget, ska vara skyldig att till landstinget lämna ut patientjournal.

I promemorian föreslås också att läkaren eller fysioterapeuten ska möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen på begäran av landstinget. Vidare föreslås att landstinget ska kunna förelägga läkaren eller fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter när det gäller medverkan till att verksamheten följs upp om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada för landstinget. Föreläggandet föreslås kunna förenas med vite. Om ett föreläggande inte följs och om underlåtenheten har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, får landstinget stoppa utbetalning av ersättning till läkaren eller fysioterapeuten till dess att skyldigheterna fullgörs. Slutligen föreslås att läkaren eller fysioterapeuten ska kunna överklaga landstingets beslut om föreläggande eller beslut om att stoppa utbetalningar till förvaltningsrätten.

Nuvarande ordning att regeringen beslutar om ersättningsnivåer och belopp bör på sikt upphöra och ersättas av en annan ordning.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2019.

2 Författningsförslag

2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

dels att 8, 9 och 26 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas tre nya paragrafer, 26 a–26 c §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	8 §[1]
Läkarvårdsersättning lämnas endast till en läkare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet enligt 7 § på heltid, om inte annat följer av andra stycket eller 10 §. En läkare anses som heltidsverksam om *läkaren* arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.	Läkarvårdsersättning lämnas endast till en läkare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet enligt 7 § på heltid, om inte *läkaren i avtal med landstinget kommit överens om att bedriva verksamheten på minst halvtid eller om* annat följer av andra stycket eller 10 §. En läkare anses som heltidsverksam om *han eller hon* arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren. *En*

[1] Senaste lydelse 2009:79.

läkare anses som verksam på halvtid om han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.

Läkarvårdsersättning lämnas även till en läkare som till följd av sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl inte bedriver verksamhet på heltid.

9 §[2]

Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om läkaren är tjänstledig och vikarierar för en annan läkare.	Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om läkaren är tjänstledig och vikarierar för en annan läkare *som får läkarvårdsersättning. Läkarvårdsersättning lämnas också om läkaren i avtal med landstinget har kommit överens om att läkaren får vara anställd på högst halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i något sådant bolag eller annan juridisk person som anges ovan. Med halvtid avses vad som anges i 8 § första stycket.*

[2] Senaste lydelse 2010:864.

Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare för verksamhet inom företagshälsovård eller elevhälsa som avser medicinska insatser enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800).

26 §[3]

En läkare som begär läkarvårdsersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Läkaren ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om *mottagningens* personal och medicintekniska utrustning *samt om utförda vårdåtgärder och antalet patientbesök*.	En läkare som begär läkarvårdsersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas *inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete*.
	Läkaren ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om *1. verksamhetens* personal och medicintekniska utrustning, *2. antalet patientbesök*, *3. utförda vårdåtgärder, och* *4. andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet.*
Läkaren ska på begäran av landstinget lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av en patient och som *behövs för kontroll av begärd läkarvårdsersättning*.	

Av 6 § lagen (1998:543) om hälsodataregister följer att läkaren också ska lämna uppgifter till hälsodataregister.

[3] Senaste lydelse 2009:79.

26 a §

Landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt läkarvårdsersättning har betalats ut.

Läkaren ska på begäran av landstinget

1. lämna upplysningar om verksamheten och visa upp handlingar som rör verksamheten,

2. möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen, dock inte bostäder,

3. lämna ut patientjournal, och

4. visa upp patientjournal och övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av patient.

26 b §

Om landstinget finner att läkaren inte fullgör sina skyldigheter enligt 26 eller 26 a § och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada för landstinget, får landstinget förelägga läkaren att fullgöra sina skyldigheter. Föreläggandet får förenas med vite.

Om ett föreläggande inte följs och om underlåtenheten har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, får landstinget stoppa utbetalning av läkarvårdsersättning till dess att läkaren fullgör sina skyldigheter.

26 c §

Landstings beslut enligt 26 b § får

överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2019.

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi[1]

dels att 8, 9 och 25 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas tre nya paragrafer, 25 a–25 c §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	8 §[2]
Fysioterapiersättning lämnas endast till en fysioterapeut som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver privat fysioterapiverksamhet på heltid, om inte annat följer av andra stycket eller 10 §. En fysioterapeut anses som heltidsverksam om han eller hon arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.	Fysioterapiersättning lämnas endast till en fysioterapeut som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver privat fysioterapiverksamhet på heltid, om inte *fysioterapeuten i avtal med landstinget kommit överens om att bedriva verksamheten på minst halvtid eller* om annat följer av andra stycket eller 10 §. En fysioterapeut anses som heltidsverksam om han eller hon arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren. *En fysioterapeut anses som verksam på halvtid om han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.*

[1] Senaste lydelse av lagens rubrik 2013:1145.
[2] Senaste lydelse 2013:1145.

Fysioterapiersättning lämnas även till en fysioterapeut som inte bedriver verksamhet på heltid till följd av sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl.

9 §[3]

Fysioterapiersättning lämnas inte till en fysioterapeut som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om fysioterapeuten är tjänstledig och vikarierar för en annan fysioterapeut.	Fysioterapiersättning lämnas inte till en fysioterapeut som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om fysioterapeuten är tjänstledig och vikarierar för en annan fysioterapeut *som får fysioterapiersättning. Fysioterapiersättning lämnas också om fysioterapeuten i avtal med landstinget har kommit överens om att fysioterapeuten får vara anställd på högst halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i något sådant bolag eller annan juridisk person som anges ovan. Med halvtid avses vad som anges i 8 § första stycket.*

Fysioterapiersättning lämnas inte till en fysioterapeut för verksamhet inom företagshälsovård.

25 §[4]

En fysioterapeut som begär fysioterapiersättning enligt denna lag ska medverka till att den	En fysioterapeut som begär fysioterapiersättning enligt denna lag ska medverka till att den

[3] Senaste lydelse 2013:1145.
[4] Senaste lydelse 2013:1145.

egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Fysioterapeuten ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om *mottagningens* personal och medicintekniska utrustning *samt om utförda behandlingsåtgärder och antalet patientbesök.*

Fysioterapeuten ska på begäran av landstinget lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd fysioterapiersättning.

egna verksamheten kan följas upp och utvärderas *inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete*.

Fysioterapeuten ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om

1. verksamhetens personal och medicintekniska utrustning,

2. antalet patientbesök,

3. utförda vårdåtgärder, *och*

4. andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet.

25 a §

Landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt ersättning för fysioterapi har betalats ut.

Fysioterapeuten ska på begäran av landstinget

1. lämna upplysningar om verksamheten och visa upp handlingar som rör verksamheten,

2. möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen,

dock inte bostäder,

3. lämna ut patientjournal, och

4. visa upp patientjournal och övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av patient.

25 b §

Om landstinget finner att fysioterapeuten inte fullgör sina skyldigheter enligt 25 eller 25 a § och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada för landstinget, får landstinget förelägga fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter. Föreläggandet får förenas med vite.

Om ett föreläggande inte följs och om underlåtenheten har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, får landstinget stoppa utbetalning av ersättning för fysioterapi till dess att fysioterapeuten fullgör sina skyldigheter.

25 c §

Landstings beslut enligt 25 b § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2019.

3 Bakgrund

En viss andel av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Sverige bedrivs i dag av privata vårdgivare. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, gäller för samtliga vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet samt landsting och kommuner som huvudmän (1 kap. 1 § HSL). Enligt 15 kap. 1 § HSL får landsting och kommuner med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet.

De två huvudformerna för att reglera den del av vården som utförs av privata vårdgivare är upprättande av avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. LOV gäller när en upphandlande myndighet beslutat att tillämpa valfrihetssystem vad gäller tjänster inom exempelvis hälsovård. Med valfrihetssystem avses enligt 1 kap. 1 § LOV ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra tjänsten och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med.

Utöver dessa två former kan privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter i den öppna vården få ersättning för sin verksamhet enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF.

3.1 Lagen om valfrihetssystem

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft den 1 januari 2009. Lagen innebär ett alternativ till upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU). Det är kommunerna och landstingen som själva bestämmer om man vill köpa

de tjänster som omfattas av LOV eller enligt LOU. Den 1 januari 2010 blev det obligatoriskt för landstingen att införa vårdvalssystem inom primärvården enligt LOV (prop. 2008/09:74). För all annan vård som landstingen bedriver blev LOV frivillig för landstingen att införa.

Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning (2 kap. 4 § HSL). Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård (2 kap. 5 § HSL). Primärvård är en del av den öppna vården. Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL).

I primärvården är således varje landsting skyldigt att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare. Alla vårdgivare som uppfyller de krav som landstinget beslutat om för vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

Inom all annan hälso- och sjukvård beslutar landstingen om vårdvalssystemet ska införas och i så fall inom vilka områden, vilka krav som ska ställas och hur ersättningen ska utformas.

3.2 Den nationella taxan

Genom ikraftträdandet av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF, övertog landstingen den 1 januari 1994 det direkta kostnadsansvaret från staten för ersättning till privata läkare och fysioterapeuter anslutna till Försäkringskassan.

Ett särskilt ersättningssystem för de privata läkarna och fysioterapeuterna infördes genom förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning respektive förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi. Systemet brukar benämnas *den nationella taxan* och förordningarna reglerar bl.a. ersättningsbeloppen till de vårdgivare som omfattas av LOL och LOF.

Vårdgivare inom LOL eller LOF får ersättning av landstinget per patientbesök. Regeringen beslutar årligen om uppdatering av beloppen i den nationella taxan genom ändringar i ovan nämnda förordningar utifrån ett underlag som tas fram gemensamt av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Sveriges läkarförbund och Fysioterapeuterna. Denna ordning regleras genom en riksdagsbindning i propositionen Privata vårdgivare (1996/97:123).

Vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan är verksamma i den öppna vården och av läkarna återfinns vissa av dem i primärvården, men långt ifrån alla. Av fysioterapeuterna återfinns samtliga inom primärvården. Kravet för att få läkarvårdsersättning är att läkaren har specialistkompetens och bedriver verksamhet inom sin specialitet. Läkarvårdsersättning lämnas dock inte till läkare med specialistkompetens enbart i laboratoriemedicinska specialiteter, socialmedicin, klinisk neurofysiologi, rehabiliteringsmedicin, klinisk genetik eller bild- och funktionsmedicinska specialiteter utom klinisk fysiologi. Kravet för att få fysioterapiersättning är att fysioterapeuten har legitimation. Huvudprincipen för att få ersättning är att arbetet ska uppgå till heltid. Läkaren eller fysioterapeuten får inte heller samtidigt vara anställd i något landstings hälso- och sjukvård. Bestämmelserna i LOL och LOF gäller vid vård av den som är bosatt i Sverige.

3.3 Vårdavtal inom LOU och LOV

När landstinget upphandlar privata vårdgivare regleras parternas rättigheter och skyldigheter i s.k. vårdavtal. I vårdavtalen regleras i allmänhet även villkoren för det systematiska kvalitetsarbetet och landstingens möjligheter till uppföljning, såväl av kvalitetsaspekter som ekonomiska aspekter samt utvärdering av den vård som bedrivs. Villkoren för det systematiska kvalitetsarbetet kan exempelvis omfatta att vården ska vara medicinskt motiverad, följa nationella och regionala riktlinjer och vårdprogram samt rekommenderad läkemedelsförskrivning. Det kan också innefatta att verksamheten exempelvis ska följa Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och att vården följer basala vårdhygienrutiner.

3.4 Samverkansavtal inom den nationella taxan

Någon motsvarighet till de vårdavtal som beskrivs ovan finns inte när det gäller utövare inom LOL och LOF. I stället regleras verksamheten i ett samverkansavtal. Enligt 5 § LOL respektive 5 § LOF är utgångspunkten att ersättningen endast utgår till läkare och fysioterapeut som har samverkansavtal med landstinget. Det innebär att den privatpraktiserande läkaren eller fysioterapeuten kommer överens med landstinget om att bedriva sin verksamhet enligt LOL respektive LOF. Samverkansavtalen har i dag snarare karaktären av tillståndsbeslut att bedriva verksamhet än avtal med materiellt innehåll.

Vissa vårdgivare som bedriver verksamhet i enlighet med LOL och LOF har dessutom rätt till ersättning utan att ha ingått samverkansavtal med landstinget. Detta beror på övergångsbestämmelser till LOL och LOF med anledning av förhållanden som rådde före ikraftträdandet av LOL och LOF. Det handlar om läkare eller fysioterapeuter som etablerade sin verksamhet 1994, då det var möjligt att fritt etablera sig och erhålla offentlig ersättning. Det rör sig också om de som mellan 1975 och 1993 varit anslutna till dåvarande motsvarigheten till Försäkringskassan. Det kan också röra sig om husläkare som etablerade sig med stöd av den numera upphävda lagen (1993:588) om husläkare och som enligt övergångsbestämmelser omfattas av LOL. Det råder stor osäkerhet kring hur många etableringar som berörs av övergångsreglerna.

Därutöver finns ett mindre antal vårdgivare med vilande samverkansavtal p.g.a. att de en gång varit anslutna till den nationella taxan, men som i dag har ett vårdavtal med landstinget. År 2002 var det, enligt utredningen Åldersgränser och ersättningsetablering (SOU 2003:7), 580 läkare respektive 530 fysioterapeuter som hade vilande samverkansavtal. Efter det att vårdavtalet har upphört att gälla har dessa läkare och fysioterapeuter haft rätt att återgå till ersättning enligt den nationella taxan och i många fall regleras denna rätt uttryckligen i vårdavtalen. SKL har utifrån kontakter med landstingen gjort bedömningen att antalet vilande samverkansavtal hade minskat till omkring 140 stycken år 2012 enligt utredningsrapporten Slutrapport om den nationella taxan (Mona Boström, 2012).

3.5 Omfattningen av den nationella taxan

Enligt statistik från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i rapporten Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015 (SKL, 2016) varierar antalet vårdgivare som arbetar inom den nationella taxan stort mellan olika landsting och delar av landet. Stockholm dominerar till antalet både på läkarsidan och på fysioterapisidan med 39 procent respektive 35 procent av det totala antalet verksamma vårdgivare på taxan i landet (Tabell 1.).

Tabell 1 Antal läkare och fysioterapeuter med ersättning enligt den nationella taxan utifrån olika landsting år 2015

	Läkare		Fysioterapeuter	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Stockholm	350	39,1	553	34,7
Region Skåne	182	20,4	258	16,2
Västra Götaland	142	15,9	223	14
Uppsala	39	4,4	25	1,5
Östergötland	30	3,3	54	3,4
Norra Sverige[1]	60	6,7	135	8,5
Övriga	91	10,2	346	21,7
Totalt	**894**	**100**	**1 594**	**100**

[1] Landstingen i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland Härjedalen, Västernorrland.

Källa: SKL, Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015

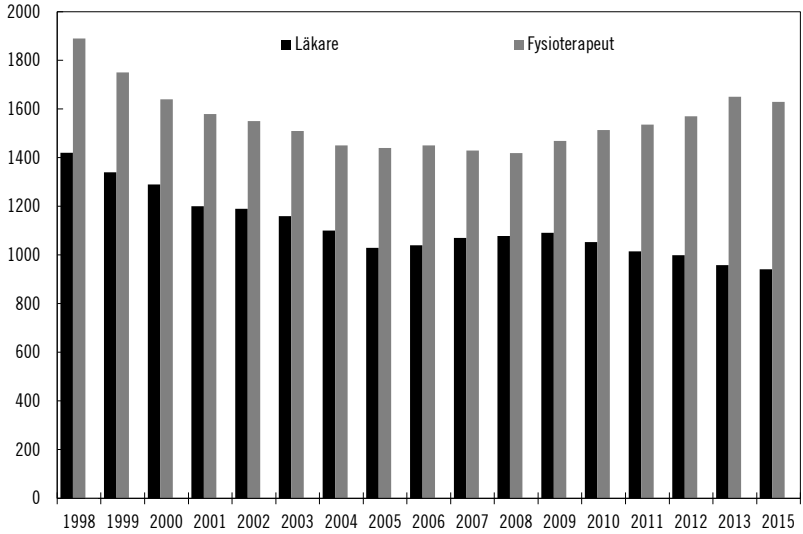
Sammantaget återfinns 75 procent av läkaretableringarna och 65 procent av fysioterapietableringarna i storstadslandstingen Stockholm, Skåne och Göteborg. I norra Sverige utgör den nationella taxan för läkare och fysioterapeuter 6,7 procent respektive 8,5 procent av landets etableringar, vilket i relation till befolkningsunderlaget är i paritet med storstadslandstingen. Detta gäller framför allt för fysioterapeuterna.

Antalet läkare och fysioterapeuter med ersättning enligt den nationella taxan har varierat under årens lopp (Fig. 1). För läkarna har antalet kontinuerligt minskat, dock kunde en svag ökning skönjas runt åren 2007–2009. Även antalet fysioterapeuter

minskade fram till 2008 men uppvisar därefter en kontinuerlig uppgång i antalet.

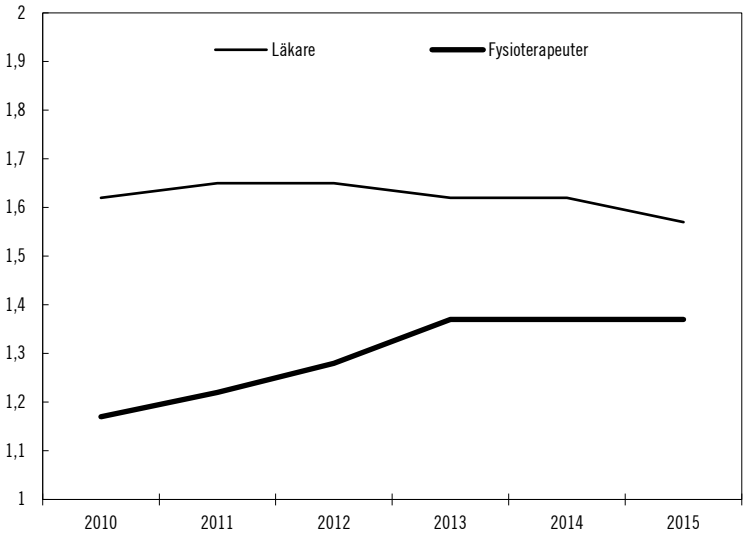
Nettokostnaden för landstingens hälso- och sjukvård 2015 uppgick till drygt 240 miljarder kronor enligt Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling (SKL 2015). Landstingens kostnader för vård inom den nationella taxan uppgick till 1,57 miljarder kronor för läkare och 1,37 miljarder kronor för fysioterapeuter 2015 (Fig. 2), vilket medför att ersättningen till vårdgivare på den nationella taxan utgör 2,9 miljarder kronor eller 1,2 procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården 2015.

Figur 1. Antal läkare och fysioterapeuter med ersättning enligt den nationella taxan åren 1998 – 2015



Källa: SOU 2009:84 Fig. 3.2 för åren 1998–2007, SKL Statistik Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi för åren 2008–2015

Figur 2. Utbetald ersättning i miljarder kronor per år mellan 2010–2015 till läkare och fysioterapeuter som arbetar enligt den nationella taxan



Källa: SKL, Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015

3.5.1 Läkarna

Under år 2015 uppgick antalet läkare som verkade enligt LOL till 894 stycken, vilket är en minskning med 15 procent sedan 2010, då motsvarande siffra var 1 053.

Av de 894 som var verksamma 2015 utgjorde 226 (25 procent) specialister i allmänmedicin, 508 (57 procent) specialister inom somatisk vård och 160 (18 procent) specialister inom psykiatri.[8] Det totala antalet yrkesverksamma läkare i Sverige år 2015 var 33 742 enligt Läkarfakta 2016 (Sveriges läkarförbund). Det betyder att läkare som får ersättning enligt den nationella taxan utgör 2,6 procent av samtliga yrkesverksamma läkare.

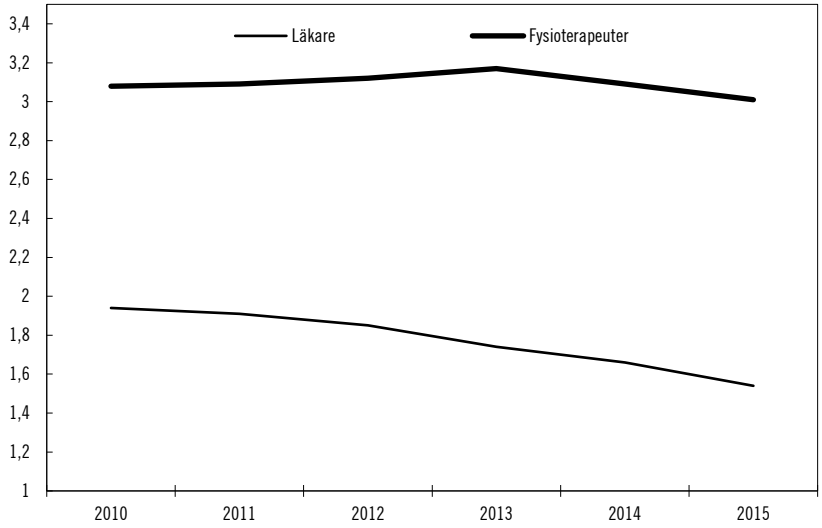
Det totala antalet läkarbesök i Sverige 2015 uppgick till 28,3 miljoner besök.[9] Samma år gjordes 1,54 miljoner besök hos läkare som arbetade inom den nationella taxan (Fig. 3), vilket inne-

[8] SKL, Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015
[9] Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015, SKL 2016, s. 18

bär att 5,4 procent av samtliga läkarbesök skedde inom ramen för den nationella taxan. Läkare som verkade enligt LOL stod för 8 procent av alla besök inom den öppna specialiserade somatiska vården, 11,5 procent inom den öppna specialiserade psykiatriska vården och 2,8 procent inom allmänmedicin.

Figur 3. Antal besök per år till läkare eller fysioterapeut med ersättning enligt den nationella taxan

(miljoner patientbesök/år)



Källa: SKL, Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015

Tabell 2. Antal läkarbesök i tusental inom olika specialiteter hos läkare som får ersättning enligt den nationella taxan i förhållande till det totala antalet yrkesverksamma läkare inom respektive specialitet 2015

	Totala antalet läkarbesök i landet	Antal besök inom ramen för den nationella taxan	Procent av det totala antalet läkarbesök
Allmänmedicin	14 600	411	2,8
Specialiserad somatisk vård	12 571	1 002	8
Psykiatriska specialiteter	1 135	130	11,5
Totalt	**28 306**	**1 542**	**5,4**

Källa: SKL: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015, sid 18, och SKL Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015

Under de senaste sex åren har antalet verksamma läkare inom den nationella taxan successivt minskat med 159 personer från 2010 till 2015, dvs. med ca 30 personer per år (Fig. 1). Antalet besök har under samma period gått ner från 1 937 010 till 1 542 101 besök per år (Fig. 3). 2010 hade en läkare verksam enligt LOL i genomsnitt 1 839 patientbesök under året. Denna siffra hade sjunkit något 2015 och utgjorde i genomsnitt 1 725 besök per år för läkare verksamma på taxan.

Utbetald ersättning exklusive patientavgift till läkaretableringar har sjunkit något från 2010 till 2015 från 1 621 till 1 566 miljoner kronor (Fig. 2). Ersättningen per läkare 2015 uppgår till i genomsnitt 1,75 miljoner kronor exklusive patientavgift.

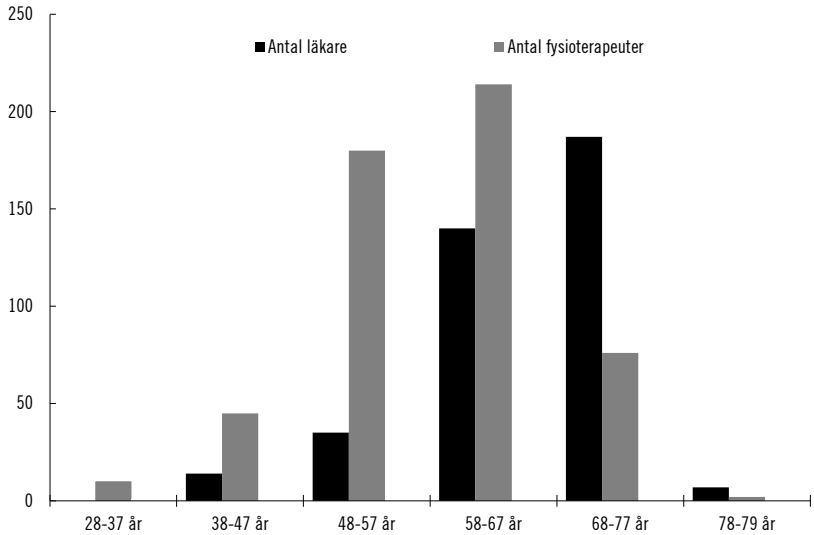
Åldersfördelningen av läkare verksamma enligt LOL domineras av personer över 58 år. I Stockholms läns landsting utgör åldrskategorin 68–77 år den dominerande (Fig. 4). Med stor sannolikhet ser bilden ut på liknande sätt i övriga landet. Dominansen av äldre personer som arbetar enligt den nationella taxan torde delvis bero på att det inte finns någon åldersrestriktion på att utöva verksamheten.

Verksamheterna organiseras i stor utsträckning som ensampraktiserande läkare eller i mindre grupperingar där några få läkare har samlokaliserat sig.

De läkare som arbetar efter den nationella taxan utgör 2,6 procent av den totala yrkesverksamma kåren. Däremot tar dessa läkare relativt sätt större ansvar för den läkarvård som ges i form av

patientbesök då de svarar för 5,4 procent av samtliga läkarbesök inom hälso- och sjukvården, vilket är en betydligt högre siffra än vad antalet läkare motsvarar. Inom den specialiserade somatiska vården och den specialiserade psykiatriska vården spelar taxeläkarverksamheten en stor roll i hälso- och sjukvårdssystemet genom att stå för 8,0 respektive 11,5 procent av den totala vården i landet.

Figur 4 **Åldersfördelningen av läkare och fysioterapeuter med ersättning från den nationella taxan i Stockholms läns landsting 2015**



Källa. Stockholms läns landsting

3.5.2 Fysioterapeuterna

Under 2015 uppgick antalet fysioterapeuter som var verksamma enligt LOF till 1594, vilket är en ökning med 5 procent sedan 2010 då motsvarande siffra var 1514 (Fig. 1). Av dessa var 553 verksamma i Stockholm, 258 i Skåne och 223 i Västra Götaland (Tabell 1). Antalet yrkesverksamma fysioterapeuter i hälso- och sjukvården 2015 var 13 031 personer enligt Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen, 2018. Av dessa fick 1 594 personer fysioterapiersättning enligt LOF. Det motsvarar drygt 12 procent av alla yrkesverksamma fysioterapeuter.

Statistiken över det totala antalet fysioterapibesök under 2015 i Sverige innefattar ett visst mått av osäkerhet eftersom fysioterapi och arbetsterapi är sammanslagen i befintlig statistik[10]. Sammanlagt gjordes 8,6 miljoner besök hos fysioterapeuter och arbetsterapeuter under 2015. Det gjordes 3 miljoner besök hos fysioterapeuter som erhåller ersättning enligt den nationella taxan 2015, vilket motsvarar 35 procent av alla besök. Detta är dock underskattat eftersom även arbetsterapeutbesök ingår i den totala siffran. Det finns skäl att anta att fysioterapibesöken inom ramen för den nationella taxan uppgår till uppemot 40 procent av alla fysioterapibesök.

I Stockholm utgör fysioterapibesöken inom ramen för den nationella taxan 67 procent av samtliga fysioterapibesök 2016 (819 722 besök inom LOF i förhållande till det totala antalet besök på 1 228 731). I Skåne läns landsting utgör antalet patientbesök hos fysioterapeuter som arbetar enligt den nationella taxan 38 procent av samtliga besök (nationella taxan + vårdval). Motsvarande siffra i Västra Götalands läns landsting är 32 procent enligt uppgifter från Fysioterapeuterna i Stockholms, Skåne och Västra Götalands läns landsting.

Under de senaste sex åren har fysioterapeuter som får ersättning enligt den nationella taxan ökat med 80 personer mellan 2010 och 2015, dvs. med omkring 16 personer per år (Fig. 1). Antal patientbesök per år inom ramen för ersättning för fysioterapi enligt taxan har varit konstant runt 3 miljoner besök mellan 2010–2015 (Fig. 3). År 2010 hade en fysioterapeut inom den nationella taxan igenomsnitt 2 032 patientbesök. Denna siffra har sjunkit något och utgjorde 1 887 patientbesök år 2015.

Utbetald ersättning till fysioterapietableringar har ökat något mellan åren 2010 till 2015. Det totala utbetalda beloppet 2010 var 1 175 miljoner kronor och 2015 hade det stigit med 17 procent till 1 372 miljoner kronor (Fig. 2). Ersättning per fysioterapeut utgick i genomsnitt till 861 000 kronor (patientavgiften är inte inräknad).

Åldersfördelningen bland fysioterapeuter verksamma enligt LOF tycks vara betydligt jämnare över hela åldersspannet än vad det är för läkarna. I Stockholms läns landsting utgör ålderskategorin 48–67 år den dominerande gruppen (Fig. 4). Med anledning av att 35 procent av fysioterapeuterna återfinns i Stockholm, finns

[10] Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015, SKL 2016, s. 28

det skäl att anta att bilden ser liknande ut i övriga landet. Fysioterapeuterna som arbetar efter den nationella taxan spelar relativt sätt en större roll i vårdsystemet än vad läkarna gör. De utgör ca 15 procent av alla yrkesverksamma fysioterapeuter men står, som tidigare nämnts, för en ännu större andel av patientbesöken hos en fysioterapeut.

Det kan således konstateras att inom fysioterapin spelar den nationella taxan en betydande roll och dominerar kvantitativt med mellan 30–65 procent av öppenvårdens patientbesök i stora delar av landet. Fysioterapeuterna som arbetar efter den nationella taxan har, till skillnad mot läkarna, som regel verksamhet som är organiserad i större konstellationer av utövare. Det är inte ovanligt att ett större antal fysioterapeuter delar på lokaler och utrustning.

4 Nuvarande ordning

Staten ansvarar övergripande för hälso- och sjukvården med syfte att uppnå en god vård på lika villkor. De instrument som staten förfogar över är exempelvis lagstiftning, kunskapsstyrning och tillsyn. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och patientlagen (2014:821) innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet. Patientsäkerhetslagen (2010:659) reglerar skyldigheten för vårdgivare att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn över bl.a. hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvårdspersonal.

Landstingen ansvarar i egenskap av sjukvårdshuvudmän för det totala och direkta ansvaret för att organisera hälso- och sjukvården utifrån befolkningens behov. Enligt 7 kap. 2 § HSL ska landstinget planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

4.1 Lagen om offentlig upphandling och lagen om valfrihetssystem

Enligt 1 kap. 2 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) gäller LOU för upphandling som genomförs av en upphandlande myndighet. Med upphandling avses de åtgärder som vidtas i syfte att anskaffa varor, tjänster eller byggentreprenader genom tilldelning av kontrakt.

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft den 1 januari 2009. LOV innebär ett alternativ till upphandling enligt LOU. Det är numera kommunerna och landstingen som själva bestämmer om de vill köpa tjänster som omfattas av LOV

eller enligt LOU. Genom propositionen Vårdval i primärvården (2008/09:74) blev det från och med den 1 januari 2010 obligatoriskt för landstingen att införa vårdvalssystem inom primärvården enligt LOV. För all annan vård som landstingen bedriver blev LOV frivillig för landstingen att införa. Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning (2kap. 4 § HSL). Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård (2 kap. 5 § HSL). Primärvården utgör en del av den öppna vården. Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL).

I primärvården är således varje landsting skyldigt att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare. Alla vårdgivare som uppfyller de krav som landstinget beslutat om för vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

Inom all annan hälso- och sjukvård beslutar landstingen om vårdvalssystemet ska införas och i så fall inom vilka områden, vilka krav som ska ställas och hur ersättningen ska utformas.

4.2 Lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Genom ikraftträdandet av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF, övertog landstingen den 1 januari 1994 det direkta kostnadsansvaret från staten för ersättning till privata läkare och fysioterapeuter anslutna till Försäkringskassan.

Ett särskilt ersättningssystem för de privata läkarna och fysioterapeuterna infördes genom förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning respektive förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi. Systemet brukar benämnas *den nationella taxan* och förordningarna reglerar bl.a. ersättningsbeloppen till de vårdgivare som lyder under LOL och LOF.

4.3 Jämlik vård

I HSL anges huvudprinciperna för hur resurserna i svensk hälso- och sjukvård ska fördelas mellan medborgarna, liksom allmänna utgångspunkter för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Grunden för prioriteringarna vilar på den etiska plattformen, riksdagens beslut från 1997 om riktlinjer för prioriteringar i vården (prop. 1996/97:60; bet. 1996/97:SoU14; rskr. 1996/97:186). Enligt beslutet ska patienter med de största behoven ges företräde i vården.

Enligt 3 kap. 1 § HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. En motsvarande bestämmelse finns i 1 kap. 6 § patientlagen (2014:821). Hälso- och sjukvården ska också, arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 § HSL). Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvården bygga på respekt för patientens självbestämmande samt främja goda kontakter mellan hälso- och sjukvårdspersonalen. Liknande bestämmelser finns i patientlagen.

4.4 God vård av god kvalitet

5 kap. 1 § HSL föreskriver att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL).

Kvaliteten i hälso- och sjukvårdens verksamhet ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 kap. 4 § HSL). Enligt 4 kap. 1 § HSL ska offentligt finansierad hälso- och sjukvård vidare organiseras för att främja kostnadseffektivitet.

När ett landsting lämnar över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård till en privat utförare ska landstinget också kontrollera och följa upp verksamheten. Detta regleras i 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725). I 5 kap 3 § kommunallagen (2017:725) anges att fullmäktige för varje mandatperiod ska anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer samt övriga föreskrifter på området ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses.

4.5 Uppföljning av kvalitet och kostnader i hälso- och sjukvården

För att exempelvis säkra att bästa tillgängliga kunskap används och för att huvudmännen ska kunna följa hur verksamheterna fungerar och göra prioriteringar behövs en fungerande uppföljning av hälso- och sjukvården.

4.5.1 Nationella indikatorer för God vård

Socialstyrelsen har tagit fram Nationella indikatorer för God vård, en samlad uppsättning indikatorer som används för återkommande öppna jämförelser, uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2009).

Socialstyrelsen lanserade begreppet God vård 2007 och begreppet God kvalitet i socialtjänsten 2008. Idag används det gemensamma begreppet God vård och omsorg som samlingsbegrepp för de egenskaper en god vård innefattar. De sex områdena enligt Socialstyrelsens God vård och omsorg är:

– vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad och bygga på bästa tillgängliga kunskap,

– vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet,
– vården och omsorgen ska vara individanpassad och ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig,
– vården och omsorgen ska vara effektiv och utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål,
– vården och omsorgen ska vara jämlik och tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla,
– vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

4.5.2 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anger hur kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården och tandvården ska ske. I föreskrifterna slås fast att ett ledningssystem behövs för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i hälso- och sjukvårdsverksamheten. Med ett ledningssystem kan vårdgivaren se till att rätt åtgärder sätts in vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Det möjliggör ordning och reda i verksamheten, så att vårdgivaren kan förebygga händelser som kan leda till vårdskador eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innebär, enligt föreskrifterna, att arbeta utifrån ett systemperspektiv, att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning och att kontinuerligt förbättra verksamheten. Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet kontrollera, leda, planera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Kvalitet för hälso- och sjukvården definieras i dessa föreskrifter som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och

sjukvård och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Kvalitetsdefinitionen kan således beskrivas som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i andra lagar och föreskrifter eller beslut som gäller för verksamheten.

4.6 Kvalitetsuppföljning på nationell nivå

Som underlag för uppföljning samlar hälso- och sjukvården in data i olika form. I Sverige finns flera uppföljningstyper, som bygger på data om vårdens strukturer, processer och resultat, exempelvis Öppna jämförelser och Vården i siffror. Det finns också en rad register för att följa vårdens processer och utfall. Som exempel kan nämnas hälsodataregister och kvalitetsregister.

4.6.1 Hälsodataregister

Vid Socialstyrelsen finns olika hälsodataregister och dödsorsaksregistret. Alla verksamheter inom hälso- och sjukvården, utom primärvården, är skyldiga att tillhandahålla uppgifter till hälsodataregistren. I betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård SOU 2017:48 (s. 265) anges att registrens täckningsgrad ofta är god, men kan variera beroende på olika organisationsform i olika landsting, bl.a. skiljer det sig mellan offentliga och privata utförare. Täckningsgraden går, enligt nämnda betänkande, inte heller alltid att beräkna.

Till hälsodataregistren hör exempelvis Cancerregistret och Läkemedelsregistret.

4.6.2 Kvalitetsregister

De nationella kvalitetsregistren ska bl.a. möjliggöra jämförelser inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Enligt 7 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355) avses med kvalitetsregister en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Nationella kvalitetsregister

innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg.

År 2017 fanns 96 nationella kvalitetsregister i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Därutöver finns ett antal andra lokala, regionala och nationella kvalitetsregister.

4.6.3 Öppna jämförelser

Socialstyrelsens öppna jämförelser jämför olika aspekter av socialtjänst och hälso- och sjukvård nationellt. Genom indikatorbaserade jämförelser kan landstingen få övergripande data som speglar hälso- och sjukvården som helhet och även data som belyser olika sjukdomsgrupper, medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. Detta kan användas som underlag för uppföljning, utveckling och förbättring av verksamheterna.

4.6.4 Vården i siffror

Vården i siffror är en del av Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) arbete med öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet. Jämförelser av resultat mellan och inom kommuner och landsting görs inom olika områden. Vården i siffror är en webbplats där ett antal mått och resultat inom svensk hälso- och sjukvård presenteras. Den underliggande informationen kommer från vården och samlas in i ett flertal olika register. Många av indikatorerna har sitt ursprung i diagnosspecifika kvalitetsregister.

4.7 Patientsäkerhet och tillsyn

Den 1 januari 2011 trädde patientsäkerhetslagen (2010:659) i kraft. Med patientsäkerhet avses enligt 1 kap. 6 § patientsäkerhetslagen skydd mot vårdskada. Enligt 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen avses med vårdskada lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Vårdrelaterade infektioner, kirurgiska skador och skador orsakade av läkemedel är exempel på olika typer av vårdskador.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Vårdgivaren ska vidare enligt 3 kap. 2 § patientsäkerhetslagen vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har enligt förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg som huvudsakliga uppgifter att svara för tillsyn inom bl. a. hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. IVO ska, som en del av tillsynen, pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) samt att svara för viss tillståndsprövning. Syftet med tillsynen är, att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Ett patient- och brukarperspektiv ska genomsyra tillsynen. Tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen. Tillsynen ska även innefatta kontroll av hur verksamheterna fullgör sin skyldighet att bedriva egenkontroll. Resultatet av tillsynen ska redovisas till de granskade verksamheterna och till det landsting eller den kommun som berörs. I tillsynsuppdraget som IVO har ingår också att handlägga anmälningar enligt Lex Maria.

Såväl Socialstyrelsen som IVO och Läkemedelsverket utfärdar också föreskrifter på patientsäkerhetsområdet.

4.8 Sekretess och personuppgiftsbehandling

Inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilda eller någon närstående till denne lider men. Detta regleras i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen gäller att den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den

enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

I 1 kap. 2 § patientdatalagen (2008:355), anges att informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras. Dokumenterade personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Enligt 5 kap 4 § patientdatalagen är utlämnande av patientjournal genom direktåtkomst till personuppgifter bara tillåten i den utsträckning som anges i lag eller förordning.

5 Tidigare insatser

5.1 Tidigare utredningar

Utformning och reglering av den nationella taxan har berörts i tidigare utredningar, exempelvis utredningen Patientens rätt (dir. 2007:90 Patientens rätt i vården) i sitt slutbetänkande SOU 2009:84 Regler för etablering av vårdgivare, samt Mona Boströms utredning i rapporten Nationella taxan – slutredovisning av uppdrag, Dnr S2012/04749/FS (2012). Gemensamt för dessa två är slutsatsen att det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet i den vård som ges inom ramen för den nationella taxan.

5.1.1 SOU 2009:84 Regler för etablering av vårdgivare

I SOU 2009:84 framhåller utredningen att det finns flera skäl till varför LOL och LOF inom specialiserad öppenvård inte har gett tillräckliga förutsättningar för att denna del av sjukvården ska kunna utvecklas på ett för helheten önskvärt sätt. Utredningen bedömer att patienter i flera avseenden har en alltför svag ställning, att det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet samt att det finns flera tendenser till fragmentering. Utredningen menar vidare att man observerat att det finns en bristande tillit mellan olika viktiga parter inom just denna del av hälso- och sjukvården. Nuvarande principer för etablering enligt LOL och LOF har inte heller visat sig fungera för att stimulera nyetablering, vidhåller utredningen, och menar att detta även har ifrågasatts utifrån rättsliga utgångspunkter.

5.1.2 Mona Boströms utredning 2012

År 2012 gavs Mona Boström i uppdrag att analysera vilka åtgärder som var lämpliga att vidta för att det svenska ersättningssystemet till läkare och fysioterapeuter skulle stämma överens med EU-rätten. Analysen skulle även omfatta frågan hur de aktuella läkarna och fysioterapeuterna i ökad utsträckning kunde integreras i det övriga hälso- och sjukvårdssystemet.

Utredaren Mona Boström överlämnade sin rapport i december 2012. Utredaren föreslog bl.a. att den nationella taxan skulle avvecklas inom sex år och pekade på att rådande förhållanden med taxan och samverkansavtalen inte uppfyller de krav som ställs i direktiv och fördrag från EU. I rapporten lyfte Boström också fördelar med taxesystemet, såsom nöjda patienter. De positiva faktorer som utredaren lyfter fram är det aktiva valet, tillgång till specialiserad öppenvård, snabbt omhändertagande och gott bemötande. Även kontinuiteten i vården bedömer utredaren vara en positiv faktor, där engagemanget från den personliga kontakten med läkaren eller fysioterapeuten är avgörande.

Utredaren pekade samtidigt på att systemet med den nationella taxan är en anomali i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och att statens uppgift är att på ett övergripande plan styra mot en god vård på lika villkor. Landstingen har planeringsansvaret för befolkningens hälso- och sjukvård och vården ska också företrädesvis ges till den med störst behov. Landstingen uppger att det finns små möjligheter att följa kvaliteten i den vård som ges inom ramen för den nationella taxan på motsvarande sätt som för övrig vård. Systemet med den nationella taxan understödjer inte heller samverkan i vårdprocesserna, eftersom systemet är utformat med ersättning per patientbesök, menar utredaren. Utredaren menar vidare att kravet på heltidsanställning inom den nationella taxan motverkar utbytet mellan öppen och sluten vård, mellan offentlig och privat verksamhet, samt mellan verksamheten inom den nationella taxan och utbildningsverksamhet respektive forskning.

5.2 Nationella taxan i förhållande till vårdval

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft den 1 januari 2009. Lagen innebär ett alternativ till upphandling enligt

lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU). Det är numer kommunerna och landstingen som själva bestämmer om man vill köpa de tjänster som omfattas av LOV enligt denna lag eller enligt LOU. Efter propositionen ”*Vårdval i primärvården*”[11] blev det från och med 1 januari 2010 obligatoriskt för landstinget att införa valfrihetssystem inom primärvården och att LOV skulle tillämpas på dessa. För all annan vård som landstingen bedriver blev LOV frivillig.

I primärvården är således varje landsting skyldigt att införa valfrihetssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare. Alla vårdgivare som uppfyller de krav som landstinget beslutat om för vårdvalssystemen ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

När vårdvalssystemet infördes innebar det att det i många landsting fanns två parallella system för privata vårdgivare som erhåller offentlig finansiering. I Konkurrensverkets rapport från 2009[12] konstateras att två parallella system för privata vårdgivare riskerar att resultera i konkurrensproblem. Det kan gälla kostnadsansvaret, listning, övervältring av kostnader och differentierade patientavgifter. Därutöver finns problematik runt vilande avtal och tolkning och efterlevnad av LOL och LOF vid ersättningsetableringar där vårdval finns.

Här nedan följer en sammanfattning av ett flertal problemområden som kan identifieras utifrån konkurrens- och gränsdragningsperspektiv och planeringsansvar för de två parallella systemen. Däremot bör denna fråga när det gäller läkarna vara av relativt mindre vikt i dag jämfört med 2009, då antalet läkare på den nationella taxan har minskat sedan dess:

1. *Kostnadsansvar för vård hos annan vårdgivare*. I landsting som tillämpar ersättningsmodell med hög andel kapitationsersättning är det vanligt att vårdgivare har kostnadsansvar för besök som deras listade patienter gör hos annan vårdgivare. Det kan ifrågasättas om vårdgivare i vårdvalssystem ska ha kostnadsansvar för patienter som föredrar att gå till taxevårdgivare utanför vårdvalet.

[11] Prop. 2008/09:74
[12] Uppföljning av vårdval i primärvården, Delrapport 1, Konkurrensverkets rapportserie 2009:5

2. *Listning*. Det har framförts kritik mot att den information som ges till invånarna i vissa fall varit otydlig vad gäller deras möjlighet att få vård hos taxevårdgivare när vårdval finns. Detta uppfattas framför allt hos taxevårdgivare som en konkurrensnackdel.
3. *Övervältring av kostnader*. Det finns en gränsdragningsproblematik mellan taxeläkare och vårdvalssystemet när det handlar om redovisning av kostnader för medicinsk service. Eftersom taxeläkarna inte har något kostnadsansvar för medicinsk service medan en vårdgivare på vårdval har kostnadsansvar för denna service finns en uppenbar risk för bedrägeri. Risken är att vårdgivare skulle kunna komma överens om att kostnader för medicinsk service upptas på taxeläkaretableringen trots att den ägt rum hos vårdgivare på vårdval. När två parallella system finns med olika villkor finns anledning att se över hur detta kan förändras så att risker för gränsdragningsproblematik elimineras.
4. *Differentierade patientavgifter*. Kritik har framförts att landsting har beslutat om högre patientavgifter för besök hos taxeläkare än för besök på den vårdmottagning där individen är listad enligt vårdvalssystemet. Frågan om differentierade patientavgifter har varit föremål för prövning enligt kommunallagen. I en dom från länsrätten fastslås att detta förfarande inte anses strida mot vare sig kommunallagen eller hälso- och sjukvårdslagen[13]
5. *Vilande samverkansavtal*. Det finns ett antal läkare och fysioterapeuter som har så kallade vilande samverkansavtal på grund av att de en gång varit anslutna till den nationella taxan, men i dag i stället har vårdavtal med landstinget. Efter det att vårdavtalet har upphört att gälla, har dessa haft rätt att återgå till ersättning enligt den nationella taxan och i många fall regleras denna rätt även uttryckligen i vårdavtalen. Ur ett planeringsperspektiv kan dessa vilande vårdavtal utgöra ett problem.
6. *Ersättningsetableringar*. Enligt lagarna LOL och LOF ska ersättningsetableringar inom ett område där landstinget inrättat ett

[13] Dom, Länsrätten i Skåne läns dom i mål 12405-08, 12672-08, meddelad i Malmö 2009-06-16

valfrihetssystem (vårdval) inte tillåtas. I 5 d § LOL och LOF anges att *"Landstinget får utesluta en sökande från att delta i ansökningsförfarandet i enlighet med vad som föreskrivs i 7 kap. 1 och 2 §§ lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Vad som sägs där om upphandlande myndighet ska i stället avse landsting."* Rättspraxis har emellertid utvecklats i annan riktning. Rättsinstanser har bedömt att ensampraktiserande vårdgivare inte har möjlighet att ansluta sig till de vårdval som inrättats, i huvudsak beroende på att vårdvalets uppdrag inte motsvarar uppdraget enligt LOL och LOF. Vårdvalets uppdrag är bredare än det smalt reglerade uppdraget i LOL och LOF. Landstingen har förlorat de rättstvister där huvudmannen har uteslutit sökande som har haft möjlighet att etableras sig inom vårdval inom samma specialitet som taxeverksamheten har. Exempel finns från rättsfall som avser allmänmedicin[14], internmedicin[15] respektive sjukgymnastik.[16] Det är ett önskemål från huvudmännen att sökande inom sådan specialitet som kan få ersättning inom ramen för ett vårdval ska uteslutas från ansökningsförfarandet för att istället hänvisas till vårdval, enligt lagens intentioner. Mot bakgrunden att ersättningsetableringar handlar om ensampraktiserande vårdgivare bör denna fråga utredas vidare eftersom lagens intention inte går hand i hand med rättspraxis.

5.3 Skrivelse till regeringen

I början av 2016 lämnade SKL, Fysioterapeuterna och Sveriges läkarförbund in en gemensam skrivelse till regeringen med önskemål om en utveckling och modernisering av den nationella taxan. Parterna önskade trepartssamtal med regeringen för att uppnå en högre ändamålsenlighet, bättre samverkan med hälso- och sjukvårdens övriga system, förbättrat regelverk för uppföljning av kvalitet, minskad administration för alla parter och stabila villkor för mångfald och småskalighet i hälso- och sjukvården på lika villkor i hela landet.

[14] Dom 2013-10-14, Allmänmedicin, Förvaltningsrätten i Göteborg, Mål nr 8543-13E
[15] Dom 2011-09-27 Internmedicin, Förvaltningsrätten i Luleå, Mål nr 2911-10E
[16] Dom 2011-06-21 Fysioterapi, Kammarrätten i Sundsvall, Mål nr 34-11

5.4 Intern översyn

I slutet av 2016 inleddes en översyn i Socialdepartementet av formerna för den nationella taxan. Socialdepartementet gav en intern utredare i uppdrag att se över formerna för den nationella taxan. Uppdraget var att göra en bred översyn av formerna för det nationella taxesystemet. Utgångpunkten var att utifrån det nuvarande systemet med den nationella taxan för såväl läkare som fysioterapeuter föreslå en långsiktigt hållbar lösning som tillvaratar de fördelar som finns i dagens system samtidigt som det anpassas till hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet. I uppdraget ingick att analysera och redovisa tänkbara alternativ och för- och nackdelar med dessa. Resultatet av denna interna översyn har utgjort ett underlag till denna departementspromemoria.

5.5 Uppdrag till Socialstyrelsen

I oktober 2017 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att under 2018 se över den indelning och de ersättningsnivåer som fastställs genom förordningen om läkarvårdsersättning (1994:1121) respektive förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi. Syftet med uppdraget är att anpassa ersättningen utifrån en säker, effektiv, patientcentrerad och evidensbaserad vård och att skapa större enhetlighet med vårdens övriga klassificering. Översynen ska omfatta huruvida ersättningsnivåerna, dess klassificering, förekommande tidsgränser, olika arvodeskategorier och de åtgärder som ingår i systemet är ändamålsenliga. Socialstyrelsen ska lämna förslag på förändringar om översynen visar på ett behov av det. Översynen ska genomföras i samråd med SKL, Sveriges Läkarförbund samt Fysioterapeuterna.

6 Överväganden och förslag

Det förekommer skillnader i kvaliteten i den vård som ges inom ramen för den nationella taxan. Landstingen uppger också att det finns små möjligheter att följa kvaliteten i denna vård jämfört med hur kvaliteten kan följas i liknande verksamheter. Vidare kan konstateras att systemet inte understödjer samverkan mellan vårdprocesserna och att ersättningen per besök inte heller ger incitament för samverkan. Möjligheterna till ekonomisk uppföljning av verksamheterna är också mindre jämfört med övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Sammantaget är möjligheterna för landstingen att kontrollera och följa upp vårdens kvalitet, effektivitet och den utbetalda ersättningen inom den nationella taxan sämre än för liknande verksamheter.

Målet för svensk hälso- och sjukvård är enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvård ska ges efter medicinskt behov enligt de prioriteringsprinciper som gäller enligt HSL. För att huvudmännen ska kunna följa upp om vårdgivaren följer prioriteringsprinciperna om hälso- och sjukvård efter behov och planera vården för befolkningen i landstinget behöver vissa ändringar genomföras i systemet.

Samtidigt genomförs värdefulla vårdinsatser inom ramen för systemet och utövarna står för en förhållandevis stor andel av patientbesöken i den öppna specialiserade vården. Den vård som bedrivs i systemet måste dock, i takt med utvecklingen av den övriga hälso- och sjukvården och primärvården, kunna utvecklas i riktning mot ökad integrering i det övriga hälso- och sjukvårdssystemet. Likartade krav som gäller för övriga verksamheter behöver kunna ställas på verksamheter inom den nationella taxan.

Promemorian innehåller ett antal förslag för en ökad anpassning av systemet till den övriga hälso- och sjukvården.

Enligt bedömning i promemorian kan mer omfattande förändringar än vad som föreslås här behöva genomföras på sikt. Detta bör ske i överensstämmelse med den övriga utvecklingen av hälso- och sjukvården och utifrån den nationella taxans effekter på dagens hälso- och sjukvårdssystem.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har enligt dir. 2017:24 Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården, i uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. I direktivet anges vidare att hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förutsättningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för de patientgrupper som har störst behov, framför allt personer med kroniska sjukdomar och personer med komplexa vårdbehov.

6.1 Särskilda krav på läkar- och fysioterapiverksamheten

Förslag: Avsteg från heltidskravet i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi ska kunna göras om läkaren eller fysioterapeuten i avtal med landstinget kommit överens om att bedriva verksamheten på minst halvtid. En läkare eller fysioterapeut ska anses som verksam på halvtid om han eller hon arbetar minst 17, 5 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid under en tolvmånadersperiod under de två senaste åren.

Vidare ska undantag kunna göras från kravet att läkaren eller fysioterapeuten inte får vara anställd i något landstings hälso- och sjukvård om läkaren eller fysioterapeuten i avtal med landstinget kommer överens om att läkaren eller fysioterapeuten

får vara anställd högst på halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. En läkare eller fysioterapeut ska anses som verksam på halvtid om han eller hon arbetar minst 17, 5 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid under en tolvmånadersperiod under de två senaste åren.

Skälen för förslagen: För att som vårdgivare få ersättning inom ramen för lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF, ställs särskilda krav på verksamheterna i 7, 8 och 9 §§ LOL respektive LOF. Vissa av dessa krav är adekvata i dag, medan andra behöver förändras.

Enligt 7 § LOL krävs att läkaren har specialistkompetens, (undantaget specialistkompetens i enbart laboratoriemedicinska specialiteter, socialmedicin, klinisk neurofysiologi, rehabiliteringsmedicin, klinisk genetik eller bild- och funktionsmedicinska specialiteter utom klinisk fysiologi) och bedriver mottagningsverksamhet i öppen vård för enskilda patienter. Enligt 7 § LOF lämnas ersättning endast till en fysioterapeut som är legitimerad.

I 8 § LOL respektive 8 § LOF anges att läkarvårdsersättning respektive ersättning för fysioterapi endast lämnas till en läkare eller fysioterapeut som ett år efter att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet på heltid, om inte annat följer av 8 § andra stycket eller 10 §. En läkare eller fysioterapeut anses som heltidsverksam om han eller hon arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid under en tolvmånadersperiod under de senaste två åren. I 8 § andra stycket LOL och 8 § andra stycket LOF anges sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl som giltiga anledningar till deltidsarbete. I 10 § LOL och 10 § LOF framgår att om en läkare eller fysioterapeut på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet, får en annan läkare eller fysioterapeut vikariera under frånvaron.

Enligt 9 § LOL respektive 9 § LOF lämnas inte läkarvårdsersättning eller ersättning för fysioterapi till en läkare eller fysioterapeut som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om läkaren är tjänstledig och vikarierar för en annan läkare.

Det kan finnas skäl att frångå kraven i 8 och 9 §§ LOL och LOF. Heltidskravet enligt 8 § LOL och 8 § LOF torde exempelvis i dagens hälso- och sjukvård vara alltför statiskt. Det kan således finnas fler skäl till avsteg utöver vad som anges i 8 § andra stycket LOL och 8 § andra stycket LOF (dvs. sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl). I dag tenderar exempelvis ett flertal fysioterapeuter inom LOF att samverka lokalmässigt för att kunna ha tillgång till en modern apparatarsenal och moderna undersökningsrum samt anpassade lokaler. När tillräckligt många fysioterapeuter samverkar kan finnas behov av att en verksamhetschef planerar och ansvarar för ledning och samordning av den gemensamma verksamheten under en del av sin arbetstid. Verksamhetschefen kan inte samtidigt arbeta heltid med patientbesök. Behov av verksamhetschef kan också finnas för läkare inom LOL i de fall dessa samverkar på liknande sätt.

Dessutom kan det finnas skäl till avsteg från heltidskravet för att landstinget ska kunna täcka ett behov av specialistkompetens inom ett visst område. Vårdgivarna inom ramen för LOL och LOF arbetar ofta mer självständigt och är inte i så stor utsträckning del av ett integrerat och flödesbaserat hälso- och sjukvårdssystem. Inom vissa specialitetsområden för såväl läkare som fysioterapeuter finns samtidigt stor brist på kompetens inom landstingens verksamheter. Här skulle ett mer flexibelt system, där läkaren eller fysioterapeuten tjänstgör på deltid inom landstingens verksamheter, kunna åtgärda detta och vara till gagn både för landstinget, läkaren respektive fysioterapeuten samt patienterna.

En annan lämplig anledning att möjliggöra deltidsanställning inom den nationella taxan för arbete i landstinget, är involvering i utbildningsverksamhet i landstingens regi. Det kan exempelvis

handla om att ansvara för vissa kurser för studenter under grundutbildning eller specialistutbildning.

Förslagen i promemorian innebär en möjlighet att frångå heltidskravet utöver vid de situationer som redan anges i 8 § andra stycket LOL och 8 § andra stycket LOF. Grunden för avsteg från heltidskravet kan som tidigare nämnts t.ex. vara arbete på deltid för att ägna sig åt verksamhetschefsuppdrag eller delad tjänst för anställning i landsting för klinisk tjänstgöring eller utbildningsuppdrag.

Kravet enligt 9 § LOL och 9 § LOF (att läkaren eller fysioterapeuten inte får vara anställd i något landstings hälso- och sjukvård) kan utgöra ett hinder för möjligheten till kontinuerlig kompetensöverföring, flexibilitet vid brist på särskild specialist inom landstingets verksamhet eller deltagande i utbildningsverksamhet i enlighet med vad som tidigare angetts. I dag finns möjlighet till dessa aktiviteter genom att skaffa vikarie enligt 10 § LOL och 10 § LOF, men inte genom att den läkare eller fysioterapeut som omfattas av den nationella taxan kan kombinera arbete inom den nationella taxan och deltidsanställning inom landstinget.

I promemorian föreslås därför ett tillägg till 9 § LOL och LOF om att läkaren eller fysioterapeuten i avtal med landstinget får komma överens om att läkaren eller fysioterapeuten får vara anställd högst på halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i.

6.2 Systematiskt kvalitetsarbete

Förslag: En läkare eller fysioterapeut som begär ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete.

Skälen för förslaget: Enligt 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, (2017:30), HSL, ska landstinget som sjukvårdshuvudman erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som är bosatta

inom landstinget. Vidare ska, enligt 5 kap. 4 § HSL, hälso- och sjukvårdens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I 4 kap. 1 § HSL anges att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Ett landsting får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt HSL. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet (15 kap. 1 § HSL). När skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller landstinget kontrollera och följa upp verksamheten enligt 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725).

Mot bakgrund av ovanstående kan konstateras att landstingen har ett tydligt ansvar för att följa upp kvaliteten och kostnadseffektiviteten i det vårdutbud landstingen ansvarar för – däribland sådan verksamhet som bedrivs inom LOL och LOF. Det är därför angeläget att ett fungerande system för uppföljning omfattar även dessa verksamheter.

Landstingens möjlighet att planera och samordna verksamheterna inom LOL och LOF, samt att följa upp verksamheternas kvalitet är dock i dag begränsad. Det finns flera skäl till det. När landstinget överlämnar uppgifter enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) som landstinget ansvarar för enligt HSL, finns möjlighet till precisering och reglering via vårdavtal. Dels kan tydliggöras vad vårdgivaren ska erbjuda och till vilket pris, dels kan preciseras på vilket sätt utföraren ska medverka i uppföljning av verksamheterna. Genom att det finns ett avtalsförhållande mellan landstinget och vårdgivaren finns förutsättningar att säkerställa transparens såväl beträffande medicinska resultat som andra aspekter. I normalfallet saknas motsvarande avtalsförhållande mellan landstinget och vårdgivaren inom LOL och LOF. Det samverkansavtal som regleras i 5 § i dessa lagar har i dag snarare karaktären av ett tillståndsbeslut att bedriva verksamhet än ett avtal med materiellt innehåll. Dessutom finns, som tidigare nämnts, ett antal vårdgivare som med stöd av övergångsbestämmelser bedriver verksamhet utan samverkansavtal.

I 26 § första stycket LOL och 25 § första stycket LOF anges om verksamhetsuppföljning m.m. att vårdgivaren ska medverka till att

den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Vårdgivaren ska årligen lämna uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförda vårdåtgärder och antalet patientbesök. Nämnda parametrar kan dock inte användas för uppföljning av hur kvaliteten i vården säkerställs. Samtidigt som vårdgivare inom LOL och LOF står för en inte obetydlig del av vårdutbudet, vittnar flertalet landsting om att taxesystemets konstruktion och karaktär av fristående system gör det svårt att fullt ut integrera dessa verksamheter i det samlade arbetet med exempelvis uppföljning och utveckling av vårdens kvalitet.

Avsaknaden av en kvalitetsredovisning av vården som erbjuds är därmed en brist i systemet med LOL och LOF. Kvalitetsredovisning gagnar utvecklingen av vården. Ur såväl den enskilde patientens som landstingets och statens perspektiv är det angeläget att vårdgivare som bedriver verksamhet inom LOL och LOF medverkar i det kvalitetsutvecklingsarbete som landstinget bedriver för övrig hälso- och sjukvård.

I promemorian föreslås därför att en läkare eller en fysioterapeut som begär ersättning enligt LOL eller LOF ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete.

Landstingets systematiska kvalitetsarbete kan exempelvis omfatta att vården ska vara medicinskt motiverad, följa nationella och regionala riktlinjer och vårdprogram samt rekommenderad läkemedelsförskrivning. Det kan också innefatta att verksamheten ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) och att vårdgivaren exempelvis följer basala vårdhygienrutiner. Vårdgivarna bör även ges möjlighet att rapportera in till aktuella kvalitetsregister på motsvarande sätt som övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Det är ytterst landstinget som avgör i vilken omfattning och på vilket sätt vårdgivarna ska medverka i kvalitetsarbetet. Kraven på vårdgivare som bedriver verksamhet enligt LOL och LOF bör dock inte vara mer omfattande än de krav som ställs på liknande verksamheter. Det är också möjligt för landstinget att ta hänsyn till de små företagens förutsättningar genom att anpassa rapporteringskrav och liknande så att de är rimliga i förhållande till verksamhetens storlek och omfattning.

Det kan vara av värde för landstingen och yrkesförbunden att också samverka nationellt kring innehållet och utformningen av samverkansavtalen.

6.3 Skyldighet att lämna ut patientjournal

Förslag: Ett tillägg görs i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi om att vårdgivaren på begäran av landstinget ska vara skyldig att till landstinget lämna ut patientjournal.

Skälen för förslaget: Enligt 26 § första stycket LOL och 25 § första stycket LOF ska en läkare respektive fysioterapeut medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Enligt 26 § tredje stycket LOL och 25 § tredje stycket LOF ska en läkare respektive fysioterapeut på begäran av landstinget lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd läkarvårdsersättning respektive fysioterapiersättning.

Landstinget erbjuds i dag som regel pappersjournaler, utskrift av journaler eller datajournaler att ta del av i vårdgivarens lokaler. När en större mängd journaler ska granskas är det dock såväl ur ett kvalitetsperspektiv som ur ett arbetsmiljöförhållande inte önskvärt att granskningen sker i vårdgivarens lokaler. Det är angeläget att landstingen får de uppföljningsredskap som de anser sig behöva för att följa upp den vård de finansierar. Mot den bakgrunden föreslås att det görs ett tillägg i LOL och LOF, så att vårdgivaren, utöver att visa upp, även på begäran ska *lämna ut* patientjournal till landstingen. Det föreslagna tillägget innebär ingen skillnad i vilken tillgång till information landstinget får ta del av jämfört med nuvarande ordning. Redan i dag ska utövaren på begäran visa upp patientjournal för landstinget. Skillnaden består i att journalen även ska lämnas ut om landstinget begär detta.

Den personal inom landstingens organisation som arbetar med uppföljning av vårdgivarnas verksamhet omfattas av bestämmelserna om sekretess. Enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, gäller sekretess inom hälso- och

sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

I detta sammanhang kan nämnas att det i betänkandet Kvalitet i välfärden (SOU 2017:38) föreslås en ny paragraf i 6 kap. 15 a § patientsäkerhetslagen, om att hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården ska vara skyldig att lämna ut sådana personuppgifter som den offentliga huvudman som ansvarar för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) behöver för att bl.a. systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Såsom bestämmelsen är formulerad i nämnda betänkande omfattar förslaget såväl verksamheter inom lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) och lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) som inom LOL och LOF. Betänkandet har remissbehandlats och beredning pågår för närvarande i regeringskansliet.

6.4 Sanktioner och överklagande

Förslag: En bestämmelse införs i lagen om läkarvårdsersättning och i lagen om ersättning för fysioterapi om att landstinget ska få kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt läkarvårdsersättning respektive fysioterapiersättning har betalats ut. Läkaren respektive fysioterapeuten ska på begäran möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen, dock inte bostäder. Om landstinget finner att läkaren eller fysioterapeuten inte fullgör sina skyldigheter när det gäller medverkan till att verksamheten följs upp, och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada för landstinget, får landstinget förelägga läkaren respektive fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter. Föreläggandet ska kunna förenas med vite. Om ett föreläggande inte följs och om underlåtenheten har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, får landstinget stoppa utbetalning av ersättning till läkaren respektive fysioterapeuten till dess att skyldigheterna fullgörs. Läkaren respektive fysioterapeuten ska kunna överklaga landstingets beslut om föreläggande och beslut att stoppa utbetalningar till förvalt-

ningsrätten. Prövningstillstånd ska krävas vid överklagande till kammarrätten.

Skälen för förslagen: Enligt 25 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och 26 § lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF ska en läkare respektive fysioterapeut som begär läkarvårdsersättning respektive fysioterapiersättning medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Läkaren respektive fysioterapeuten ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförda vårdåtgärder och antalet patientbesök. Läkaren respektive fysioterapeuten ska vidare på begäran av landstinget visa upp patientjournal samt övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd läkarvårdsersättning respektive fysioterapiersättning.

För att ge landstinget ytterligare verktyg att följa upp verksamheten föreslås att läkaren respektive fysioterapeuten på begäran av landstinget även ska möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen. Landstinget ska dock inte ha rätt att bereda sig tillträde till bostäder. I avsnitt 6.3 föreslås också att läkaren respektive fysioterapeuten på begäran av landstinget ska vara skyldig att till landstinget lämna ut patientjournal.

När det gäller verksamhet som utförs av vårdgivare med stöd av LOV eller LOU kan bestämmelser om sanktioner eller andra åtgärder för de fall vårdgivaren inte fullgör sina skyldigheter föras in i ett vårdavtal. Utformningen av sådana bestämmelser varierar mellan landstingen. I vissa landsting finns s.k. sanktionstrappor och andra stegvisa sanktionsbestämmelser. I normalfallet finns allmänna skrivningar om att viten kan utgå samt att avtalen kan sägas upp under vissa specificerade förhållanden.

När det gäller verksamheter enligt LOL och LOF saknas motsvarande möjligheter för landstingen att vidta åtgärder gentemot vårdgivare som inte fullgör sina skyldigheter. Detta har bl.a. sin förklaring i att det, för dessa vårdgivare, saknas ett egentligt avtalsförhållande som preciserar uppdragets innehåll och omfattning. Vid misstanke om kvalitetsbrister som påverkar patientsäkerheten har landstinget möjligheten att anmäla vårdgivare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Om landstinget däremot

misstänker ekonomiska oegentligheter som innebär ekonomisk skada för landstinget saknas idag lagstöd för att vidta åtgärder gentemot vårdgivaren. Det är rimligt att landstinget, i egenskap av sjukvårdshuvudman, får vidta åtgärder även mot vårdgivare som bedriver verksamhet enligt LOL och LOF, i de fall dessa inte fullgör sina skyldigheter.

Mot denna bakgrund föreslås i denna promemoria att om landstinget finner att läkaren eller fysioterapeuten inte fullgör sina skyldigheter att medverka till att verksamheten följs upp och utvärderas, underlåter att lämna årliga redovisningar över verksamheten, underlåter att på begäran av landstinget lämna upplysningar och visa upp handlingar om verksamheten, förhindrar inspektion av lokaler och andra utrymmen eller underlåter att visa upp eller lämna ut patientjournal ska landstinget få möjlighet att förelägga läkaren eller fysioterapeuten att fullgöra dessa skyldigheter. Ett sådant föreläggande bör dock endast få meddelas om läkarens eller fysioterapeutens underlåtenhet att fullgöra sina skyldigheter medför en risk för ekonomisk skada för landstinget. Föreläggandet föreslås kunna förenas med vite.

Om ett föreläggande inte följs och om missförhållandena har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, föreslås också en möjlighet för landstinget att stoppa utbetalning av ersättning till dess att läkaren eller fysioterapeuten fullgör sina skyldigheter.

I promemorian föreslås också att landstingets beslut ska kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Det gäller såväl beslut av landstinget om att stoppa utbetalning av läkarvårdsersättning eller fysioterapiersättning som beslut av landstinget att förelägga läkaren eller fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter. Vidare föreslås att prövningstillstånd ska krävas vid överklagande till kammarrätten.

6.5 Belopp och ersättningsnivåer i förordningarna

Bedömning: Nuvarande ordning att regeringen beslutar om ersättningsnivåer och belopp bör på sikt upphöra och ersättas av en annan ordning.

Skälen för bedömningen: I dag beslutar regeringen om ersättningsnivåer och belopp i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning respektive förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi, utifrån ett förslag som lämnas in av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Sveriges läkarförbund respektive Fysioterapeuterna varje år. I propositionen som föregick införandet av den nuvarande ordningen anfördes följande:

”Utgångspunkten i överläggningarna bör vara att parterna skall presentera ett gemensamt förslag som regeringen kan fastställa. Trots att förhandlingarna bör skötas av parterna kan det enligt regeringens mening fortfarande finnas vissa omständigheter som talar för att regeringen skall fastställa de nationella taxorna. De privata vårdgivarna kan befinna sig i ett underläge i förhandlingarna med sjukvårdshuvudmännen eftersom de i stort sett är hänvisade till en finansiär – landstinget. Landstinget är dessutom inte enbart finansiär utan också producent av hälso- och sjukvård, vilket innebär att landstinget har konkurrerande verksamhet som man kan vilja gynna. De privata vårdgivarna kan heller inte använda sig av olika typer av konfliktåtgärder i dessa förhandlingar. I takt med att landstingen utvecklar sin beställarkompetens samt renodlar producentrollen och rollen som finansiär bör behovet av att regeringen skall besluta om taxorna avta” (se prop.1996/97:123 s. 28).

Den nuvarande regleringen framstår i dag som otidsenlig. Dagens ordning är dessutom onödigt komplicerad och tungrodd, eftersom beloppen fastslås i förordningar beslutade av regeringen. Regeringen gav därför Socialstyrelsen i oktober 2017 (dnr S2017/05729/FS) ett uppdrag att göra en översyn av den indelning och de ersättningsnivåer som regleras i förordningen (1994:1120) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1121) om ersättning för fysioterapi. Syftet med Socialstyrelsens uppdrag är att anpassa ersättningen utifrån en säker, effektiv, patientcentrerad och evidensbaserad vård och att skapa större enhetlighet med vårdens övriga klassificering. Översynen ska omfatta huruvida ersättningsnivåerna, dess klassificering, förekommande tidsgränser, olika arvodeskategorier och de åtgärder som ingår är ändamålsenliga. Socialstyrelsen ska lämna förslag på förändringar om översynen visar på ett behov av det. Översynen ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges Läkarförbund samt Fysioterapeuterna. Socialstyrelsens uppdrag ska redovisas senast den 31 oktober 2018.

Den nuvarande ordningen, där regeringen beslutar om ersättningsnivåer och belopp utifrån ett gemensamt förhandlat underlag

från SKL, Sveriges läkarförbund och Fysioterapeuterna, på sikt bör upphöra. Socialstyrelsens redovisning av ovan nämnda uppdrag bör dock först inväntas innan vidare åtgärder föreslås.

7 Konsekvenser

I promemorian föreslås vissa förändringar i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF för att möjliggöra en ökad anpassning av systemet med den nationella taxan till den övriga hälso- och sjukvården.

De föreslagna förändringarna berör i första hand de läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet inom ramen för LOL och LOF. Förändringarna berör också de landsting som är huvudmän för verksamheterna och betalar ut ersättning till dessa vårdgivare.

7.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Av 14 kap. 3 § regeringsformen framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Hälso- och sjukvård ska enligt 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ges efter behov och på lika villkor. HSL ger landstingen stor frihet att utforma organisationen av hälso- och sjukvården förutsatt att målen med hälso- och sjukvården uppfylls, såsom en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 §).

Den föreslagna regleringen i promemorian innebär en ökad anpassning av systemet med den nationella taxan till den övriga hälso- och sjukvården. Ett av syftena med förslagen är att öka landstingens planeringsförutsättningar på hälso- och sjukvårdsområdet. Promemorians förslag underlättar snarare landstingets möjligheter att själva styra och planera hälso- och sjukvården i landstinget. Förslagen innebär enligt promemorians bedömning ingen inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

7.2 Konsekvenser för landstingen

Förslaget innebär att landstingen ges möjligheter till uppföljning av verksamheterna som bedrivs genom LOL och LOF inom ramen för landstingens systematiska kvalitetsarbete och därmed på motsvarande sätt som för den övriga hälso- och sjukvård som landstingen ansvarar för.

Även andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverksamhetsavtalet ska redovisas till landstinget, enligt förslaget. Dessa krav kan vara olika beroende på hur respektive landsting har utformat sitt systematiska kvalitetsarbete.

Uppföljningen och utvärderingen av den vård som bedrivs inom den nationella taxan har hittills begränsats till redovisning av mottagningens personal och medicinsktekniska utrustning samt utförda behandlingar och antalet patientbesök. Förslaget innebär att respektive landsting kommer att behöva överenskomma med vårdgivarna om hur uppföljning av verksamheterna ska ske. Tydliggörandet av att vårdgivarna, utöver att visa upp patientjournal, även ska lämna ut patientjournal på begäran av landstinget, förväntas leda till enklare rutiner för landstingen när det gäller hantering av sådan information. Det innebär inte någon förändring i vilken typ av patientinformation som landstingen får tillgång till.

Landstingen kommer, utöver verksamhetens kvalitet, även att få kontrollera verksamhetens effektivitet samt att rätt läkarvårdsersättning har betalats ut. Bestämmelsen ger landstinget befogenhet att kontrollera verksamheterna. Sanktionsmöjligheter införs, vilket ger landstingen möjlighet att vidta vissa åtgärder om utövarna inte fullgör sina skyldigheter och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada. Detta är ett sätt att anpassa formerna för den nationella taxan till liknande verksamheter och bedöms vara gynnsamt för landstingen i händelse av underlåtenhet som medför risk för ekonomisk skada.

Landstingen har även ett planeringsansvar enligt 7 kap. 2 § HSL och ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Vårdgivare som arbetar inom LOL och LOF kommer under vissa omständigheter att kunna vara deltidsanställda inom landstinget, om detta särskilt överenskommits. Förslaget innebär därmed en ökad möjlighet för landstingen att styra och planera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet. Landstingen

får också en möjlighet till ett mer flexibelt system och sannolikt bättre utnyttjande av tillgängliga resurser, där behovet finns.

7.3 Konsekvenser för företagen

Med företag avses i detta fall de vårdgivare som bedriver verksamhet inom LOL och LOF. Som tidigare nämnts är antalet utövare omkring 2500 (år 2015) och samtliga är läkare eller fysioterapeuter.

Förslaget innebär att verksamheterna som bedrivs genom LOL och LOF kommer att kunna följas upp inom ramen för landstingens systematiska kvalitetsarbete. Även andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverksamhetsavtalet ska redovisas till landstinget, enligt förslaget. Dessa krav kan vara olika beroende på hur respektive landsting har utformat sitt systematiska kvalitetsarbete. Det är ytterst landstinget som avgör i vilken omfattning och på vilket sätt vårdgivarna ska medverka i kvalitetsarbetet. Kraven på vårdgivare som bedriver verksamhet enligt LOL och LOF bör dock inte vara mer omfattande än de krav som ställs på liknande verksamheter. Det är också möjligt för landstinget att ta hänsyn till de små företagens förutsättningar genom att anpassa rapporteringskrav och liknande så att de är rimliga i förhållande till verksamhetens storlek och omfattning. Läkaren respektive fysioterapeuten ska också på begäran möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen.

Lagstiftningen ställer dock redan i dag krav på exempelvis kvalitet i vården. Enligt 5 kap. 4 § HSL anges att kvaliteten i hälso- och sjukvårdens verksamhet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. När ett landsting lämnar över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård till en privat utförare ska landstinget också kontrollera och följa upp verksamheten. Detta regleras i 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725).

Mot bakgrund av detta och att förslaget bedöms medföra en mer likartad kvalitetsuppföljning och mer likartade krav för etableringar inom den nationella taxan jämfört med liknande verksamheter i hälso- och sjukvården, bör kostnaderna för vårdgivarna vara

begränsade i förhållande till den förbättring i effektivitet och kvalitet som kan uppnås. Uppföljningen och utvärderingen av den vård som bedrivs av utförare inom den nationella taxan har hittills begränsats till redovisning av mottagningens personal och medicinsktekniska utrustning, samt utförda behandlingar och antalet patientbesök. I och med detta förslag kommer vårdgivare inom den nationella taxan att behöva överenskomma med landstinget om hur etableringen ska uppfylla landstingens behov av kvalitetsuppföljning i linje med liknande verksamheter. Tydliggörandet av att vårdgivarna, utöver att visa upp patientjournal, även ska lämna ut patientjournal på begäran av landstinget, förväntas leda till tydligare rutiner när det gäller hantering av sådan information. Det innebär inte någon förändring i vilken typ av patientinformation som landstingen får tillgång till jämfört med tidigare.

Landstingen kommer, utöver verksamhetens kvalitet, även att få kontrollera verksamhetens effektivitet samt att rätt läkarvårdsersättning har betalats ut. Sanktionsmöjligheter införs, vilket ger landstingen möjlighet att vidta vissa åtgärder om utövarna inte fullgör sina skyldigheter och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada. Möjligheterna för vårdgivaren att överklaga landstingets beslut om sanktioner eller återbetalningskrav tydliggörs samtidigt i lagen, vilket bör vara gynnsamt för utövarna.

Landstingen har även ett planeringsansvar enligt 7 kap. 2 § HSL och ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Lagen kräver i dag att läkare och fysioterapeuter som erhåller ersättning enligt den nationella taxan ska arbeta heltid. Den föreslagna lagförändringen vad beträffar heltidskravet innebär en större flexibilitet som bl.a. möjliggör deltidstjänstgöring för exempelvis uppdrag som verksamhetschef inom taxeverksamheten alternativt deltidstjänstgöring inom landstinget.

7.4 Konsekvenser för patienterna

Förslaget innebär att vården som ges inom ramen för den nationella taxan kommer att kunna integreras i respektive landstings system för kvalitetsuppföljning. Därmed finns möjlighet att höja vårdens kvalitet där det i dag finns brister. Vården kommer på ett tydligare

sätt kunna leva upp till målsättningen i 5 kap. 4 § HSL om att hälso- och sjukvårdens kvalitet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Enligt promemorians bedömning gagnar detta patienterna.

7.5 Konsekvenser för andra myndigheter och organisationer

Domstolsväsendet

I promemorian föreslås att läkaren eller fysioterapeuten ska kunna överklaga landstingets beslut till förvaltningsrätten. Det gäller landstingets beslut om föreläggande och om beslut att stoppa utbetalningar till förvaltningsrätten. Prövningstillstånd föreslås krävas vid överklagande till kammarrätten. För domstolarnas del bör föreslagna bestämmelser om överklagande endast innebära en mycket marginell ökning av antalet mål. Sammantaget görs bedömningen att de föreslagna överklagandebestämmelserna inte bör medföra någon ändring av arbetsbördan för domstolarna som inte kan tas om hand inom ramen för befintliga resurser.

7.6 Ekonomiska konsekvenser

Landstingen

En ökad möjlighet till uppföljning av vårdens kvalitet i enlighet med promemorians förslag bedöms vara möjlig inom ramen för landstingens systematiska kvalitetsarbete. Landstingen bedriver redan i dag kvalitetsuppföljning när det gäller liknande verksamheter. Förslaget bör därför inte innebära några nya former för uppföljning eller ökade kostnader för huvudmännen.

Landstingen kommer, utöver verksamhetens kvalitet, även att få kontrollera verksamhetens effektivitet samt att rätt läkarvårdsersättning har betalats ut. Bestämmelsen ger landstinget befogenhet att kontrollera verksamheterna. Sanktionsmöjligheter införs, vilket ger landstingen möjlighet att vidta vissa åtgärder om utövarna inte fullgör sina skyldigheter och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada. Detta är ett sätt att anpassa formerna för den

nationella taxan till liknande verksamheter och bedöms vara ekonomiskt gynnsamt för landstingen i händelse av underlåtenhet från utövarens sida som medför risk för ekonomisk skada.

Vårdgivarna

För vårdgivare som arbetar inom den nationella taxan kan förslagen innebära vissa kostnader, eftersom kraven på systematisk sammanställning och inrapportering av information kan öka, jämfört med i dag. Lagstiftningen ställer dock redan i dag krav på exempelvis kvalitet i vården. Enligt 5 kap. 4 § HSL anges att kvaliteten i hälso- och sjukvårdens verksamhet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. När ett landsting lämnar över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård till en privat utförare ska landstinget också kontrollera och följa upp verksamheten. Detta regleras i 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725).

Förslaget bedöms medföra en mer likartad kvalitetsuppföljning och mer likartade krav för etableringar inom den nationella taxan jämfört med liknande verksamheter i hälso- och sjukvården. Kostnaderna bör vara begränsade i förhållande till den förbättring i effektivitet och kvalitet som kan uppnås.

8 Författningskommentar

8.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

8 § Läkarvårdsersättning lämnas endast till en läkare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet enligt 7 § på heltid, om inte *läkaren i avtal med landstinget kommit överens om att bedriva verksamheten på minst halvtid eller om* annat följer av andra stycket eller 10 §. En läkare anses som heltidsverksam om *han eller hon* arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren. *En läkare anses som verksam på halvtid om han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.*

Läkarvårdsersättning lämnas även till en läkare som till följd av sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl inte bedriver verksamhet på heltid.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1. Ändringen i *första stycket* innebär en utvidgning i möjligheten för en läkare att kunna få läkarvårdsersättning. Avsteg från kravet att läkaren ska arbeta heltid ska få göras om läkaren i avtal med landstinget har kommit överens om att bedriva verksamheten minst på halvtid. Halvtidsbegreppet definieras i bestämmelsen. Av bestämmelsen framgår att läkaren antingen kan fortlöpande visa att han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller att läkaren har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.

9 § Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om läkaren är tjänstledig och vikarierar för en annan läkare *som får läkarvårdsersättning. Läkarvårdsersättning lämnas också om läkaren i avtal med landstinget har kommit överens om att läkaren får vara anställd på högst halvtid*

i något landstings hälso- och sjukvård eller i något sådant bolag eller annan juridisk person som anges ovan. Med halvtid avses vad som anges i 8 § första stycket.

Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare för verksamhet inom företagshälsovård eller elevhälsa som avser medicinska insatser enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800).

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1. I *första stycket* tydliggörs att läkarvårdsersättning kan lämnas om läkaren vikarierar för en läkare som får läkarvårdsersättning. En förutsättning är dock att läkaren är tjänstledig från sin tjänst i landstinget, bolaget eller dylikt (se prop. 1993/94:220, s. 79). Vidare görs en ändring i första stycket som innebär att det blir möjligt för en läkare att få läkarvårdsersättning även om han eller hon samtidigt är anställd i något landstings hälso- eller sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Förutsättningarna för att få läkarvårdsersättning är att läkaren i avtal med landstinget har kommit överens om att läkaren får vara anställd på högst halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Halvtidsbegreppet definieras i 8 § (se kommentaren till 8 §).

26 § En läkare som begär läkarvårdsersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas *inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete.*

Läkaren ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om

1. *verksamhetens* personal och medicintekniska utrustning,
2. *antalet patientbesök,*
3. *utförda vårdåtgärder, och*
4. *andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet.*

Av 6 § lagen (1998:543) om hälsodataregister följer att läkaren också ska lämna uppgifter till hälsodataregister.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.3 och 6.5. I *första stycket* föreskrivs att en läkare som begär läkarvårdsersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete. Bestämmelsen har således fått en uttrycklig koppling till landstingets kvalitetsarbete vilket innebär att det är landstinget som anger hur kvalitetsarbetet ska bedrivas.

Andra stycket föreskriver att läkaren årligen till landstinget ska lämna en redovisning med uppgifter om verksamhetens personal och medicintekniska utrustning, antal patientbesök, utförda vårdåtgärder samt andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet. De tre första punkterna motsvarar vad som gäller i dag medan den fjärde punkten är ny. Av första punkten framgår att uppgifter om verksamhetens personal och medicintekniska utrustning ska redovisas till landstinget. Skälet av byte från uttrycket ”mottagning” till uttrycket ”verksamhet” är att det senare är det som normalt används för att beskriva en organisatorisk fristående enhet inom hälso- och sjukvården. Byte av begrepp innebär ingen materiell skillnad från det som gäller i dag. Av fjärde punkten framgår att även andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverksamhetsavtalet ska redovisas till landstinget. Dessa krav kan vara olika beroende på hur respektive landsting har utformat sitt systematiska kvalitetsarbete. Landstingen har även ett planeringsansvar enligt 7 kap. 2 § HSL och ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

26 a § *Landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt läkarvårdsersättning har betalats ut.*

Läkaren ska på begäran av landstinget

1. lämna upplysningar om verksamheten och visa upp eller lämna ut handlingar som rör verksamheten,

2. möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen, dock inte bostäder,

3. lämna ut patientjournal, och

4. visa upp patientjournal och övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av patient.

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.3 och 6.4.

Första stycket är nytt och anger att landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt läkarersättning har betalats ut. Bestämmelsen ger landstinget befogenhet att kontrollera verksamheten som erhåller ersättning enligt nationell taxa.

Andra stycket är delvis nytt men innehåller även bestämmelser som finns i nuvarande 26 § tredje stycket.

Punkten 1 motsvarar delvis 26 § tredje stycket i den nuvarande lydelsen.

Punkten 2 är ny. Läkaren ska på begäran av landstinget möjliggöra tillträde till lokaler eller andra utrymmen som används av

verksamheten. Landstinget har dock inte rätt att bereda sig tillträde till bostäder. Inspektionen bör inte störa verksamheten mer än nödvändigt.

Punkten 3 är ny och behandlas i avsnitt 6.4. Enligt punkt 3 ska läkaren lämna ut patientjournal om landstinget begär detta.

Punkten 4 motsvarar delvis 26 § tredje stycket.

26 b § *Om landstinget finner att läkaren inte fullgör sina skyldigheter enligt 26 eller 26 a § och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada för landstinget, får landstinget förelägga läkaren att fullgöra sina skyldigheter. Föreläggandet får förenas med vite.*

Om ett föreläggande inte följs och om underlåtenheten har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, får landstinget stoppa utbetalning av läkarvårdsersättning till dess att läkaren fullgör sina skyldigheter.

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.4.

Enligt *första stycket* får landstinget förelägga läkaren att fullgöra sina skyldigheter när det gäller medverkan till att verksamheten följs upp enligt 26 § eller 26 a §. Föreläggandet får förenas med vite. Bestämmelser om vite finns i viteslagen (1985:206). Av den lagen följer bl.a. att vitets storlek ska vara sådant att vitet kan förväntas få den förelagde att vidta den önskade åtgärden. Av 2 § viteslagen följer vidare vissa krav på utformningen av ett vitesföreläggande. Ett vitesföreläggande måste därutöver utformas så att adressaten får klart för sig vad som krävs av honom eller henne för att undgå att betala vitesbeloppet.

Enligt *andra stycket* får landstinget stoppa utbetalning av läkarvårdsersättning om föreläggandet inte följs och denna underlåtenhet har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget. Ett sådant stopp av utbetalning av läkarvårdsersättning får pågå till dess att läkaren fullgör sina skyldigheter.

26 c § *Landstings beslut enligt 26 b § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.*

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.4.

Landstings beslut enligt 26 b § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Det gäller såväl beslut av landstinget om att stoppa utbetalning av läkarvårdsersättning men också beslut av landstinget att förelägga läkaren att fullgöra sina skyldigheter.

8.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

8 § Fysioterapiersättning lämnas endast till en fysioterapeut som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver privat fysioterapiverksamhet på heltid, om inte *fysioterapeuten i avtal med landstinget kommit överens om att bedriva verksamheten på minst halvtid eller om* annat följer av andra stycket eller 10 §. En fysioterapeut anses som heltidsverksam om han eller hon arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren. *En fysioterapeut anses som verksam på halvtid om han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.*

Fysioterapiersättning lämnas även till en fysioterapeut som inte bedriver verksamhet på heltid till följd av sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1. Ändringen i första stycket innebär en utvidgning i möjligheten för en fysioterapeut att kunna få fysioterapiersättning. Avsteg från kravet att fysioterapeuten ska arbeta heltid ska få göras om fysioterapeuten i avtal med landstinget har kommit överens om att bedriva verksamheten minst på halvtid. Halvtidsbegreppet definieras i bestämmelsen. Av bestämmelsen framgår att fysioterapeuten antingen kan fortlöpande visa att han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller att fysioterapeuten har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.

9 § Fysioterapiersättning lämnas inte till en fysioterapeut som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om fysioterapeuten är tjänstledig och vikarierar för en annan fysioterapeut *som får fysioterapiersättning. Fysioterapiersättning lämnas också om fysioterapeuten i avtal med landstinget har kommit överens om att fysioterapeuten får vara anställd på högst halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i något sådant bolag eller annan juridisk person som anges ovan. Med halvtid avses vad som anges i 8 § första stycket.*

Fysioterapiersättning lämnas inte till en fysioterapeut för verksamhet inom företagshälsovård.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1. I första stycket tydliggörs att fysioterapiersättning kan lämnas om fysioterapeuten vikarierar för en fysioterapeut som får fysioterapiersättning. En förutsättning är dock att fysioterapeuten är tjänstledig från sin tjänst i landstinget,

bolaget eller dylikt (se prop. 1993/94:220, s. 79). Vidare görs en ändring i första stycket som innebär att det blir möjligt för en fysioterapeut att få fysioterapiersättning även om han eller hon samtidigt är anställd i något landstings hälso- eller sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Förutsättningarna för att få fysioterapiersättning är att fysioterapeuten i avtal med landstinget har kommit överens om att fysioterapeuten får vara anställd på högst halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Halvtidsbegreppet definieras i 8 § (se kommentaren till 8 §).

25 § En fysioterapeut som begär fysioterapiersättning enligt denna lag ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas *inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete.*

Fysioterapeuten ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om

1. *verksamhetens* personal och medicintekniska utrustning,
2. *antalet patientbesök,*
3. *utförda vårdåtgärder, och*
4. *andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.2 och 6.4. I *första stycket* föreskrivs att en fysioterapeut som begär fysioterapiersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete. Bestämmelsen har således fått en uttrycklig koppling till landstingets kvalitetsarbete vilket innebär att det är landstinget som anger hur kvalitetsarbetet ska bedrivas.

Andra stycket föreskriver att fysioterapeuten årligen till landstinget ska lämna en redovisning med uppgifter om verksamhetens personal och medicintekniska utrustning, antal patientbesök, utförda vårdåtgärder samt andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet. De tre första punkterna motsvarar vad som gäller i dag medan den fjärde punkten är ny. Av första punkten framgår att uppgifter om verksamhetens personal och medicintekniska utrustning ska redovisas till landstinget. Skälet av byte från uttrycket ”mottagning” till uttrycket

”verksamhet” är att det senare är det som normalt används för att beskriva en organisatorisk fristående enhet inom hälso- och sjukvården. Byte av begrepp innebär ingen materiell skillnad från det som gäller i dag. Av fjärde punkten framgår att även andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverksamhetsavtalet ska redovisas till landstinget. Dessa krav kan vara olika beroende på hur respektive landsting har utformat sitt systematiska kvalitetsarbete. Landstingen har även ett planeringsansvar enligt 7 kap. 2 § HSL och ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

25 a § *Landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt ersättning för fysioterapi har betalats ut.*

Fysioterapeuten ska på begäran av landstinget

1. lämna upplysningar om verksamheten och visa upp eller lämna ut handlingar som rör verksamheten,

2. möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen, dock inte bostäder, och

3. lämna ut patientjournal,

4. visa upp patientjournal och övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av patient.

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.3 och 6.4.

Första stycket är nytt och anger att landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt fysioterapiersättning har betalats ut. Bestämmelsen ger landstinget befogenhet att kontrollera verksamheten som erhåller ersättning enligt nationell taxa.

Andra stycket är delvis nytt men innehåller även bestämmelser som finns i nuvarande 25 § tredje stycket.

Punkten 1 motsvarar delvis 25 § tredje stycket i den nuvarande lydelsen.

Punkten 2 är ny. Fysioterapeuten ska på begäran av landstinget möjliggöra tillträde till lokaler eller andra utrymmen som används av verksamheten. Landstinget har dock inte rätt att bereda sig tillträde till bostäder. Inspektionen bör inte störa verksamheten mer än nödvändigt.

Punkten 3 är ny och behandlas i avsnitt 6.4. Enligt punkt 3 ska fysioterapeuten lämna ut patientjournal om landstinget begär detta.

Punkten 4 motsvarar delvis 25 § tredje stycket.

25 b § *Om landstinget finner att fysioterapeuten inte fullgör sina skyldigheter enligt 25 eller 25 a § och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada för landstinget, får landstinget förelägga fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter. Föreläggandet får förenas med vite.*

Om ett föreläggande inte följs och om underlåtenheten har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, får landstinget stoppa utbetalning av ersättning för fysioterapi till dess att fysioterapeuten fullgör sina skyldigheter.

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.4.

Enligt *första stycket* får landstinget förelägga fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter när det gäller medverkan till att verksamheten följs upp enligt 25 § eller 25 a §. Föreläggandet får förenas med vite. Bestämmelser om vite finns i viteslagen (1985:206). Av den lagen följer bl.a. att vitets storlek ska vara sådant att vitet kan förväntas få den förelagde att vidta den önskade åtgärden. Av 2 § viteslagen följer vidare vissa krav på utformningen av ett vitesföreläggande. Ett vitesföreläggande måste därutöver utformas så att adressaten får klart för sig vad som krävs av honom eller henne för att undgå att betala vitesbeloppet.

Enligt *andra stycket* får landstinget stoppa utbetalning av ersättning för fysioterapi om föreläggandet inte följs och denna underlåtenhet har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget. Ett sådant stopp av utbetalning av ersättning för fysioterapi får pågå till dess att fysioterapeuten fullgör sina skyldigheter.

25 c § *Landstings beslut enligt 25 b § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.*

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.4.

Landstings beslut enligt 25 b § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Det gäller såväl beslut av landstinget om att stoppa utbetalning av fysioterapiersättning men också beslut av landstinget att förelägga fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter.

Departementsserien 2018

Kronologisk förteckning

1. Genomförande av 2017 års ändringsdirektiv till EU:s vapendirektiv. Ju.
2. Reglering av mikrosimuleringsmodellen Fasit. Fi.
3. Uppbörd av böter efter EU:s dataskyddsreform. Ju.
4. En ny stödordning för säkerhetshöjande åtgärder inom det civila samhället. Ku.
5. Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. S.
6. Granskning av Transportstyrelsens upphandling av it-drift. N.
7. Konsekvenser för arbetsgivare vid återkallelse av uppehållstillstånd för arbete. Ju.
8. Översyn av grundskyddet för pensionärer. S.
9. Snabbare lagföring. Ju.
10. EU:s framtida jordbrukspolitik. N.
11. Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen. S.
12. Anpassning av lagen om passagerarregister till EU:s dataskyddsreform. Ju.
13. Långsiktigt stöd till det civila samhället. Ku.
14. Fördjupad översyn av Försvarsmaktens logistikförsörjning i fråga om vidmakthållande och upphandling. Fö.
15. Direktivet om ett ökat aktieägarengagemang. Förslag till genomförande i svensk rätt. Ju.
16. Konsolidering av nationella och internationella riktlinjer för exportkontroll av krigsmateriel. UD.
17. Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen. S.
18. Hyresgästskydd när en lägenhet förstörs. Ju.
19. Resning vid nya uppgifter om den tilltalades ålder. Ju.
20. Tillstånd till offentlig danstillställning. Ju.
21. Åtgärder för en stärkt patientsäkerhet och en effektivare hantering av behörighetsärenden inom hälso- och sjukvården. S.
22. Genomförande av terrorismdirektivets brottsofferbestämmelser. Ju.
23. Vissa frågor om barnpornografibrottet och om avskaffad preskription för allvarliga brott mot barn. Ju.
24. Genomförande av EU:s geoblockeringsförordning. UD.
25. Avgiftsfrihet för screening för livmodershalscancer. S.
26. Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land.
    Undanröjande av ett gränshinder. Fi.
27. Anpassningar av svensk lag med anledning av kommissionens delegerade förordning (EU) 2016/161. S.
28. Förlängt anställningsskydd till 69 år. A.
29. Brott mot förtroendevalda. Ju.
30. Tillståndsprövning av vapendelar m.m. Ju.
31. Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om lärkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi. S.

Departementsserien 2018

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Förlängt anställningsskydd till 69 år. [28]

Finansdepartementet

Reglering av mikrosimuleringsmodellen Fasit. [2]

Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land. Undanröjande av ett gränshinder. [26]

Försvarsdepartementet

Fördjupad översyn av Försvarsmaktens logistikförsörjning i fråga om vidmakthållande och upphandling. [14]

Justitiedepartementet

Genomförande av 2017 års ändringsdirektiv till EU:s vapendirektiv. [1]

Uppbörd av böter efter EU:s dataskyddsreform. [3]

Konsekvenser för arbetsgivare vid återkallelse av uppehållstillstånd för arbete. [7]

Snabbare lagföring. [9]

Anpassning av lagen om passagerarregister till EU:s dataskyddsreform [12]

Direktivet om ett ökat aktieägarengagemang. Förslag till genomförande i svensk rätt. [15]

Hyresgästskydd när en lägenhet förstörs. [18]

Resning vid nya uppgifter om den tilltalades ålder. [19]

Tillstånd till offentlig danstillställning. [20]

Genomförande av terrorismdirektivets brottsofferbestämmelser. [22]

Vissa frågor om barnpornografibrottet och om avskaffad preskription för allvarliga brott mot barn. [23]

Brott mot förtroendevalda. [29]

Tillståndsprövning av vapendelar m.m. [30]

Kulturdepartementet

En ny stödordning för säkerhetshöjande åtgärder inom det civila samhället. [4]

Långsiktigt stöd till det civila samhället. [13].

Näringsdepartementet

Granskning av Transportstyrelsens upphandling av it-drift. [6]

EU:s framtida jordbrukspolitik. [10]

Socialdepartementet

Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. [5]

Översyn av grundskyddet för pensionärer. [8]

Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen. [11]

Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen. [17]

Åtgärder för en stärkt patientsäkerhet och en effektivare hantering av behörighetsärenden inom hälso- och sjukvården. [21]

Avgiftsfrihet för screening för livmodershalscancer. [25]

Anpassningar av svensk lag med anledning av kommissionens delegerade förordning (EU) 2016/161. [27]

Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om lärkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi. [31]

Utrikesdepartementet

Konsolidering av nationella och internationella riktlinjer för exportkontroll av krigsmateriel. [16]

Genomförande av EU:s geoblockeringsförordning.[24]

En departementspromemoria arbetas fram inom Regeringskansliet. Den publiceras i departementsserien, förkortad Ds.

NORSTEDTS JURIDIK
KARNOV GROUP

106 47 Stockholm Tel 08-598 191 90 kundservice@nj.se www.nj.se

ISBN 978-91-38-24842-3 ISSN 0284-6012

§ 369/18 Ärendenummer: 2018/01157

Remissvar Ds 2018:31 Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att godkänna remissvaret avseende remiss Ds2018:31 Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Sammanfattning

Landstinget Blekinge har getts möjlighet att lämna ett remissyttrande över promemorian Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi Ds 2018:31. Promemorian innehåller förslag till ändringar i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF).

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Remissvar Ds 2018:31 Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.
Bilaga: Remiss utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.
Bilaga: Ds 2018:31 Remiss utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om oläkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Psykiatri och habiliteringsförvaltningens kansli
Lise-Lotte Mattsson

2018-04-10

Ärendenummer 2018/00575

Dokumentnummer 2018/00575-1

Till Nämnden för psykiatri och habilitering

Länsövergripande samverkansavtal Blekinge 2018 - 2020

Förslag till beslut

Psykiatri- och habiliteringsnämnden föreslår landstingsstyrelsen/landstingsfullmäktige besluta

1. Att godkänna Länsövergripande samverkansavtal
2. Att samverkansavtalet ska gälla från 2018 till 2020
3. Att Länsövergripande samverkansavtal ersätter

    - Länsövergripande avtal – ansvarsfördelning och samordning av insatser till barn och ungdomar upp till 18 år som är i behov av samtidiga insatser från olika aktörer under huvudmännen, 2014-2015

    - Länsövergripande samverkansavtal mellan Socialtjänsten i Blekinges kommuner och Landstinget Blekinge rörande personer med riskbruk, missbruks- och beroendeproblematik i Blekinge, 2013-2015

    - Länsövergripande samverkansavtal rörande vuxna personer från 18 års ålder med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt, 2014-2015

4. LSVO ges uppdrag att inför 2021 utarbeta ett nytt förslag till samverkansavtal

Sammanfattning

För att tillgodose den enskildes behov krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och psykiatri- och habiliteringsförvaltningen samt primärvårdsförvaltningen vid landstinget Blekinge. Samarbetet ska fungera väl, så att alla personer med behov av samhällets stöd kan få det snabbt, väl individanpassat och på ett så verkningsfullt sätt som möjligt. Den enskilda människans behov ska stå i fokus. Det faktum att kommun och landsting har olika ansvarsområde får inte vara ett hinder för ett effektivt omhändertagande.

Syftet med samverkansavtalet är:

- Att identifiera de områden där det är viktigt att huvudmännen tar ett samlat ansvar för målgruppen

- Att i ett styrdokument fastställa ansvar och ansvarsfördelningen mellan skola, socialtjänst, psykiatri, habilitering och primärvård samt hur samverkan mellan dessa huvudmän ska utformas

- Att klargöra grundförutsättningarna för en god vård i samverkan över huvudmanna-gränserna

- Att vara utgångspunkt för lokala samarbetsavtal mellan huvudmännen

Detta avtal ersätter tre separata samverkansavtal.

Bakgrund

För att tillgodose den enskildes behov krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen samt Primärvårdsförvaltningen vid Landstinget Blekinge. Samarbetet ska fungera väl, så att alla personer med behov av samhällets stöd kan få det snabbt, väl individanpassat och på ett så verkningsfullt sätt som möjligt. Den enskilda människans behov ska stå i fokus. Det faktum att kommun och landsting har olika ansvars-område får inte vara ett hinder för ett effektivt omhändertagande.

Individerna ska ges stöd, vård och behandling av hög kvalitet. Bemötandet ska präglas av respekt för individen, vilket bland annat innebär delaktighet i planering och beslut om den egna vården. Skyldigheter för kommun och landsting att samarbeta framgår av Hälso- och sjukvårdslagen (Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), och Socialtjänstlagen (2001:435, SoL). Bestämmelserna syftar till att säker-ställa samarbete kring personer med behov av insatser från båda huvudmännen. För barn och ungdomar upp till 18 år omfattar avtalet dessutom skola.

2014 fattade den länsövergripande styrgruppen för nedanstående länsövergripande sam-verkansavtal beslut om att dessa avtal vid revideringen skulle samordnas i ett samverkansavtal.

- Länsövergripande avtal – ansvarsfördelning och samordning av insatser till barn och ungdomar upp till 18 år som är i behov av samtidiga insatser från olika aktörer under huvudmännen, 2014-2015

- Länsövergripande samverkansavtal mellan Socialtjänsten i Blekinges kommuner och Landstinget Blekinge rörande personer med riskbruk, missbruks- och beroendeproblematik i Blekinge, 2013-2015

- Länsövergripande samverkansavtal rörande vuxna personer från 18 års ålder med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt, 2014-2015

Föreliggande avtal ersätter ovan nämnda samverkansavtal och består av en övergripande gemensam del som omfattar alla målgrupperna och områdesspecifika avsnitt gällande personer med behov av samtidiga insatser från olika aktörer, inom såväl kommun som landsting för följande grupper

- Barn och ungdomar med behov av samtidiga insatser från olika aktörer inom såväl kommun som landstinget

- Vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning

- Personer med substansberoende

Syftet med samverkansavtalet är:

- Att identifiera de områden där det är viktigt att huvudmännen tar ett samlat ansvar för målgruppen

- Att i ett styrdokument fastställa ansvar och ansvarsfördelningen mellan skola, socialtjänst, psykiatri, habilitering och primärvård samt hur samverkan mellan dessa huvudmän ska utformas

- Att klargöra grundförutsättningarna för en god vård i samverkan över huvudmanna-gränserna

- Att vara utgångspunkt för lokala samarbetsavtal mellan huvudmännen

Bedömning

Karlskrona enligt ovan



Bodil Sundlöf
Förvaltningschef

Bilaga

- Länsövergripande samverkansavtal 2018 – 2020
- Länsövergripande avtal – ansvarsfördelning och samordning av insatser till barn och ungdomar upp till 18 år som är i behov av samtidiga insatser från olika aktörer under huvudmännen, 2014-2015
- Länsövergripande samverkansavtal mellan Socialtjänsten i Blekinge kommun och Landstinget Blekinge rörande personer med riskbruk, missbruk- och beroendeproblematik i Blekinge, 2013-2015
- Länsövergripande samverkansavtal rörande vuxna personer från 18 år med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt, 2014-2015

Från: Andreas Jansson <Andreas.Jansson@olofstrom.se>
Skickat: den 21 maj 2018 13:02
Till: Ingegerd Carlsson; Camilla Munther; Landstinget Blekinge
Ämne: Delgivning §34 Protokollsutdrag Godkännande av Samverkansavtal inom psykiatrin mellan Landstinget Blekinge och Olofströms kommun, länsövergripande
Bifogade filer: Protokollsutdrag Godkännande av Samverkansavtal in.PDF

Delgivning §34 Protokollsutdrag Godkännande av Samverkansavtal inom psykiatrin mellan Landstinget Blekinge och Olofströms kommun, länsövergripande

Med vänlig hälsning

Andreas Jansson
Förvaltningssekreterare
Utbildningsförvaltningen

Olofströms kommun

Box 304
29324 Olofström

andreas.jansson@olofstrom.se
www.olofstrom.se
www.facebook.com/olofstrom.se

OLOFSTRÖMS KOMMUN

Vänligen ta inte bort denna bild

Utbildningsnämnden

UBN § 34/2018 UBN 2018/906

§ 34 **Godkännande av samverkansavtal inom psykiatrin mellan landstinget Blekinge och Olofströms kommun, länsövergripande**

Utbildningsnämndens beslut:

Utbildningsnämnden beslutar att godkänna det Länsövergripande samverkansavtalet mellan Olofströms kommun och Landstinget Blekinge.

Sammanfattning

Pia Nilsson, PRIO-samordnare vid socialkontoret i Olofströms kommun, informerar att uppdraget var att göra tre avtal till ett övergripande och redogör tillsammans med chef för elevhälsan Berit Clifford för punkten.

Socialnämnden i Olofströms kommun fattade beslut 2018-01-31 § 6 ”antagande av länsövergripande samverkansavtal inom psykiatrin” att godkänna det Länsövergripande samverkansavtalet.

Målgrupper i samverkansavtalet:
• Barn och ungdomar upp till 18 år med behov av samtidiga insatser från olika aktörer inom såväl kommun som landstinget
• Vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning
• Personer som har ett substansberoende och/eller spelberoende

Syftet med samverkansavtalet är:
- Att identifiera de områden där det är viktigt att huvudmännen tar ett samlat ansvar för målgruppen.
- Att i ett styrdokument fastställa ansvar och ansvarsfördelningen mellan skola, socialtjänst, psykiatri, habilitering och primärvård samt hur samverkan mellan dessa huvudmän ska utformas.
- Att klargöra grundförutsättningarna för en god vård i samverkan över huvudmannagränser.
- Att vara utgångspunkt för lokala samarbetsavtal mellan huvudmännen.

———

Delges:

Förvaltningschef utbildningsförvaltningen Ingegerd Carlsson

Förvaltningschef socialförvaltningen Camilla Munther

Landstinget Blekinge

Länsövergripande samverkansavtal

2018 - 2020

12 juni 2017

Målgrupper:

> Barn och ungdomar upp till 18 år med behov av samtidiga insatser från olika aktörer inom såväl kommun som landstinget

> Vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning

> Personer som har ett substansberoende och/eller spelberoende

Innehåll

1. Bakgrund 3
1.1 Styrande dokument 3
1.2 Barnperspektivet 4
2. Syfte 4
3. Generella utgångspunkter för olika behovsgrupper 4
3.1 Parter 4
3.2 Ansvarsfördelning 4
3.2.1 Generellt ansvar 4
3.3 Målgrupp 5
3.4 Gemensamma mål och utgångspunkter för samverkan 5
3.5 Former för samverkan 6
3.5.1 Samordnad individuell plan (SIP) 6
3.5.2 Regionalt ledningssystem 6
3.6 Stöd till anhöriga och närstående 7
3.7 Hjälpmedel 8
3.8 Ekonomisk ersättning 8
3.9 Avvikelse gällande samverkan 8
3.10 Tvister 8
3.11 Uppföljning 9
3.12 Implementering 9
3.13 Avtalstid och uppsägning 9
4. Specifika utgångspunkter för respektive målgrupp 9
4.1 Samverkan gällande barn och ungdomar upp till 18 år 9
4.1.1 Målgrupp 9
4.1.2 Ansvarsfördelning 9
4.2 Samverkan gällande personer från 18 år med psykisk funktionsnedsättning 14
4.2.1 Målgrupp 14
4.2.2 Ansvarsfördelning 14
4.3 Samverkan gällande patienter med öppen LPT och öppen LRV vård 15
4.4 Samverkan gällande personer med substansberoende/spel-beroende 15
4.4.1 Målgrupp 15
4.4.2 Definitioner 15
4.4.3 Ansvarsfördelning 15

1. Bakgrund

2014 fattade den länsövergripande styrgruppen för nedanstående länsövergripande samverkansavtal beslut om att dessa avtal vid revideringen skulle samordnas i ett samverkansavtal. Detta avtal ersätter nedanstående avtal.

- Länsövergripande avtal – ansvarsfördelning och samordning av insatser till barn och ungdomar upp till 18 år som är i behov av samtidiga insatser från olika aktörer under huvudmännen, 2014-2015
- Länsövergripande samverkansavtal mellan Socialtjänsten i Blekinges kommuner och Landstinget Blekinge rörande personer med riskbruk, missbruks- och beroendeproblematik i Blekinge, 2013-2015
- Länsövergripande samverkansavtal rörande vuxna personer från 18 års ålder med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt, 2014-2015

Avtalet består av en övergripande gemensam del som omfattar alla målgrupperna. Därefter finns områdesspecifika avsnitt.

1.1 Styrande dokument

För att tillgodose den enskildes behov krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen samt Primärvårdsförvaltningen vid Landstinget Blekinge.

Samarbetet ska fungera väl, så att alla personer med behov av samhällets stöd kan få det snabbt, väl individanpassat och på ett så verkningsfullt sätt som möjligt. Den enskilda människans behov ska stå i fokus. Det faktum att kommun och landsting har olika ansvarsområde får inte vara ett hinder för ett effektivt omhändertagande.

Individerna ska ges stöd, vård och behandling av hög kvalitet. Bemötandet ska präglas av respekt för individen, vilket bland annat innebär delaktighet i planering och beslut om den egna vården.
Skyldigheter för kommun och landsting att samarbeta framgår av Hälso- och sjukvårdslagen (Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), och Socialtjänstlagen (2001:435, SoL). Bestämmelserna syftar till att säker-ställa samarbete kring personer med behov av insatser från båda huvudmännen. För barn och ungdomar upp till 18 år omfattar avtalet dessutom skola.

I 12 kap 7 § SoL anges följande: ”*När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov till-godosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbete med planen ska påbörjas utan dröjs-mål*”.

Motsvarande lydelse återfinns i Hälso- och sjukvårdslagen 16 kap 4 §.

Vidare anger HSL och SoL skyldighet att ingå överenskommelse om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning (HSL 8 kap 7 §, SoL 8a §).[1]

Från 1 juli 2013 infördes i 5 kap 9a § SoL: ”*Kommunen ska ingå överenskommelse med landstinget om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel*”.

Motsvarande lydelse anges i kap 16 § 3 HSL.

[1] Meddelandeblad nr 1/2010, Överenskommelse om samarbete

1.2 Barnperspektivet

Svensk lagstiftning inom vård och omsorgsområdet genomsyras av ett förstärkt barnperspektiv.[2] Detta innebär att särskild hänsyn ska tas till barnets bästa i alla beslut som rör barn och som fattas av stat, kommun och landsting. Motsvarande bestämmelse finns i FN:s Barnkonvention.[3] Vikten av att göra barn delaktiga genom att ge dem information och lyssna på barnens egna synpunkter har förtydligats i SoL, LSS, HSL och Skollagen.[4] Motsvarande bestämmelse finns även i Barnkonventionen.[5] Med barn avses personer under 18 år.[6]

2. Syfte

Syftet med samverkansavtalet är:

- Att identifiera de områden där det är viktigt att huvudmännen tar ett samlat ansvar för målgruppen
- Att i ett styrdokument fastställa ansvar och ansvarsfördelningen mellan skola, socialtjänst, psykiatri, habilitering och primärvård samt hur samverkan mellan dessa huvudmän ska utformas
- Att klargöra grundförutsättningarna för en god vård i samverkan över huvudmannagränserna
- Att vara utgångspunkt för lokala samarbetsavtal mellan huvudmännen

3. Generella utgångspunkter för olika behovsgrupper

3.1 Parter

Karlskrona, Ronneby, Karlshamn, Sölvesborg, Olofström kommun och Landstinget Blekinge.

3.2 Ansvarsfördelning

I samverkansavtalet hanteras utgångspunkterna för övergripande samverkan. Ansvarsfördelning som är specifik för respektive målgrupp, se kap 4.

3.2.1 Generellt ansvar

Kommun

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som åvilar andra huvudmän.

---

[2] 1 kap 2 § SoL, 6 a § LSS,
[3] Artikel 3 FNs Barnkonvention
[4] 3 kap 5 § SoL, 8 § LSS, 5 kap 7 § HSL, 4 kap 9 § Skollagen
[5] Artikel 12 FNs Barnkonvention
[6] Artikel 1 FNs Barnkonvention

Kommunens socialtjänst har ansvar för insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) samt insatser enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

I ansvaret ingår att utreda den enskildes behov av hjälp och stöd, bedöma och fatta beslut, tillhandahålla, följa upp och samordna insatserna. Insatserna bygger på frivillighet och självbestämmande, normalisering och helhetssyn. Den enskilde ska enligt socialtjänstlagen uppnå skälig levnadsnivå och ska enligt LSS ha goda levnadsvillkor.

Kommunen har ansvar för att informera om insatser och service och att förmedla kontakter till andra myndigheter. I socialtjänstens olika delar ingår också uppsökande och förebyggande arbete.

I skollagen regleras kommunens ansvar för barnets/elevens rätt till stöd. I skolverksamhet är individuella utvecklingsplaner och åtgärdsprogram centrala redskap och det finns en särskild organisation för elevhälsa (skolhälsovård, skolpsykolog och skolkurator samt specialpedagogisk personal). Även för barn i förskola är rätten till stöd och verksamhetens skyldighet att planera stödåtgärder reglerad.

Skolan ansvarar för de kartläggningar/utredningar som behövs utifrån elevens behov av stöd för att nå målen enligt skolans uppdrag.

Landsting

Psykiatri, habilitering, och primärvård ska genom att erbjuda kompetent och effektiv hälso- och sjukvård bidra till att skapa förutsättningar för god hälsa. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor och för hela befolkningen inom upptagningsområdet.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) ska sjukvården medicinskt utreda och behandla sjukdomar och skador. Den som har störst behov ska ges företräde till vården. Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Psykiatri, habilitering, och primärvård har ansvar för insats enligt LSS 9 § 1 – rådgivning och annat personligt stöd (Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade) som ställer krav på särskilt kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder.

3.3 Målgrupp

I samverkansavtalet finns målgruppsspecifika avsnitt gällande personer med behov av samtidiga insatser från olika aktörer, inom såväl kommun som landsting för följande grupper

- barn och ungdomar med behov av samtidiga insatser från olika aktörer inom såväl kommun som landstinget
- vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning
- personer med substansberoende

3.4 Gemensamma mål och utgångspunkter för samverkan

Målet med samverkan är att utifrån helhetssyn i dialog med den enskilde, närstående och mellan parterna utforma ett stöd som leder till förbättrade levnadsförhållanden för brukaren.

Barn och ungdomar med sammansatta komplexa behov som behöver samtidiga stöd från olika aktörer skall få ett individuellt anpassat stöd för att få de bästa möjliga uppväxtvillkor.

Förhållningssättet mellan landsting och kommun ska bygga på samverkan så att brukare inte skickas mellan olika företrädare.

Den enskilde brukarens behov av insatser och målsättningen med insatserna ska framgå i en samordnad individuell plan (SIP).

I all samverkan ska brukaren bemötas med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

3.5 Former för samverkan

3.5.1 Samordnad individuell plan (SIP)

För att samordna insatser utifrån den enskildes behov ska en samordnad individuell plan upprättas.

Lagregel om gemensam planering

2 kap 7 § socialtjänstlagen och 16 kap 4 § hälso- och sjukvårdslagen

”När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan.”

Den 1 januari 2010 infördes en skyldighet för kommuner och landsting att upprätta skriftliga individuella planer för de personer som behöver det för att kunna få sina behov tillgodosedda genom insatser från båda huvudmännen.
För att upprätta en sådan plan krävs den enskildes samtycke. Arbetet ska om möjligt göras tillsammans med den enskilde och även med anhöriga, om inte den enskilde motsätter sig detta. Vårdnadshavarna har huvudansvaret för sina barn och skall vara delaktiga i alla överläggningar och beslut som rör deras barn. Barnen ska medverka vid upprättandet av SIP utifrån ålder och mognad.

En samordnad Individuell Plan (SIP) ska upprättas när den enskilde har behov av insatser som behöver samordnas från mer än en vård- och omsorgsgivare d.v.s. även internt inom en och samma huvudman. En samordnad individuell plan ska upprättas om den enskilde begär det eller om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas skyndsamt, så snart ett behov av en plan har upptäckts. Initiativet tas av den huvudman som upptäcker behovet, varje huvudman är skyldig att delta om de blir kallade till SIP. I normalfallet innebär det att den första kontakten mellan landsting och kommun tas inom några dagar från det att ett behov har identifierats. Tiden måste dock anpassas till behoven hos den enskilde. De samordnade individuella planerna ska vara ett gemensamt upprättat dokument som kontinuerligt ska följas upp och revideras.
Planerna skall innehålla:

- mål för insatserna
- vilka insatser respektive huvudman och dess olika aktörer ska ansvara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landsting eller kommun
- vem av aktörerna som ska ha det övergripande ansvaret för planen
- när uppföljning och utvärdering ska ske

3.5.2 Regionalt ledningssystem

Ledningssamverkan (LSVO) avser vård och omsorg för personer som har behov av insatser från båda huvudmännen, oavsett ålder, funktionshinder, stöd, insats eller vårdform.

LSVO består av förvaltningschefer som berörs av avtalet i länets kommuner och i landstinget och ansvarar för:

- övergripande strategiska samverkansfrågor som berör hela länet

- att följa upp att samverkansavtalets intentioner vidmakthålls
- att hantera samverkansfrågor som inte kan lösas i verksamhetsgruppen för IFO/psykisk hälsa/funktionshinder
- att årligen upprätta en handlingsplan

Gruppen träffas en gång per månad, rollen som sammankallande växlas årligen mellan verksamheterna. Sekreterare är medarbetare på avdelningen för kunskapsstöd, Landstinget Blekinge.

Verksamhetsgruppen IFO/psykisk hälsa/funktionshinder består av verksamhetschefer eller motsvarande (andra linjens chefer) som berörs av avtalet i länets kommuner och i landstinget och ansvarar för att:

- Implementera detta avtal och eventuella nya överenskommelser.
- Skapa bra samverkan och lösa eventuella samverkansproblem mellan huvudmännen
- Utveckla arbetssätt för samarbete.
- Utifrån ett länsgemensamt perspektiv bereda sakfrågor på området till LSVO för eventuellt beslut.
- Med stöd från stödprocesser verkställa uppdrag från LSVO.
- Verkställa regional verksamhetsplan för området.

Till gruppen ska representanter för skolverksamheten adjungeras då de inte är en part i avtalet. God samverkan kring barn och unga kan inte upprätthållas om representant från skolverksamheten saknas.

Gruppen träffas en gång per månad, sammankallande är medarbetare på avdelningen för kunskapsstöd, Landstinget Blekinge.

Lokal samverkansgrupp inrättas i varje kommun, en för vuxna och en för barn. Den lokala samverkansgruppen består företrädesvis av första linjens chefer i länets kommuner och landsting.

Den lokala samverkansgruppen ansvarar för:

- att ta fram lokala samverkansavtal och lokala samverkansrutiner utifrån det länsövergripande avtalet
- följa upp och utvärdera den lokala samverkan
- hantera samverkansfrågor som inte går att lösa i det dagliga arbetet
- årligen upprätta en lokal handlingsplan med den länsövergripande handlingsplanen som utgångspunkt
- årligen redovisa lokala handlingsplanen till respektive verksamhetsgrupp.
- sammanställa avvikelserapporterna och rapportera till verksamhetsgruppen en gång per år

Den lokala handlingsplanen ska upprättas i samråd med organisationer som företräder patienter, brukare och anhöriga.

3.6 Stöd till anhöriga och närstående

Gemensam inriktning

- Anhöriga skall ses som en resurs i vård och rehabiliterings/habiliteringsarbetet och huvudmännen skall verka för att de får den hjälp och det stöd de behöver.
- Båda huvudmännen skall samverka för att ge stöd och insatser till anhöriga/närstående.

Kommunens ansvar

Socialnämnden ska enligt socialtjänstlagen[7] erbjuda stöd till anhöriga.

Landstinget ansvar

En av Hälso- och sjukvårdens uppgifter är att förebygga ohälsa[8], vilket när det gäller anhöriga bl.a. innebär att fånga upp behov, informera om kommunernas och landstingets anhörigstöd.

3.7 Hjälpmedel

Personer som ingår inom ramen för detta avtal kan vara i behov av hjälpmedel. ”Handbok för hjälpmedelshantering” samt i gällande anvisningar innehåller information om hur hjälpmedelshanteringen fungerar i Blekinge. Innehållet i handboken baseras på gällande lagstiftning samt de politiska beslut som fattats i Blekinge angående hjälpmedel.

Kostnadsansvar för hjälpmedel är fördelat enligt nedan:

- Till personer i särskilt boende – kommunen
- Till personer som bor i ordinärt boende och som har hemsjukvård eller då förskrivningen kräver hembesök – kommunen
- Till personer som bor i ordinärt boende och förskrivningen ej kräver hembesök – landstinget

3.8 Ekonomisk ersättning

Allt deltagande i samverkansarbetet utifrån detta avtal ska ske kostnadsfritt.

Vid överenskommelse om extern placering ska kostnaderna fördelas utifrån parternas ansvarsområden. Landstinget ansvarar ekonomiskt för hälso- och sjukvårdsinsatser vid externa placeringar. Kommunen ansvarar för vård och omsorg samt skola vid externa placeringar. Överenskommelse om samfinansiering skall vara klarlagd innan placering sker. Parterna är skyldiga att snarast delta i diskussionen om samfinansiering.

3.9 Avvikelse gällande samverkan

Avvikelse gällande samverkan rapporteras till den lokala samverkansgruppen. Den lokala samverkansgruppen sammanställer avvikelserapporterna och rapporterar till verksamhetsgruppen en gång per år, 31/12, se bilaga 1.

3.10 Tvister

Vid tvister lyfts ärendet till närmaste chefsnivå. Detta ska ske skyndsamt.

---

[7] 5 kap 10 § Socialtjänstlagen.

[8] Hälso- och sjukvårdslagen 3 kap 2 §.

3.11 Uppföljning

Samverkansavtalet ska följas upp årligen.

Årliga rapporter sammanställs av respektive lokal samverkansgrupp för att lämnas till LSVO per den 30 oktober. I den årliga rapporten ska redovisas

- antalet nya respektive antal genomförda samordnade individuella planer per enskild samt totalt antal genomförda SIPar. Lämnas i gemensam mall, se bilaga.
- antalet rapporterade brister i samverkan/antal avvikelser, se bilaga
- aktiviteter utifrån beslutad handlingsplan

3.12 Implementering

Respektive part ansvarar för att avtalet implementeras i egen organisation.

3.13 Avtalstid och uppsägning

Avtalet gäller från och med den 2017-01-01 och till och med den 2020-12-31 med en uppsägningstid på 12 månader. Om landstinget eller en kommun säger upp detta avtal upphör det att gälla för samtliga kommuner och landsting i och med uppsägningstidens utgång.

Om den årliga uppföljningen enligt 3.11 visar att avtalet behöver revideras kan mindre förändringar beslutas av gruppen för Ledningssamverkan Vård och Omsorg (LSVO) under avtalsperioden. Detta gäller även vid förändringar i verksamheten.

4. Specifika utgångspunkter för respektive målgrupp

4.1 Samverkan gällande barn och ungdomar upp till 18 år

4.1.1 Målgrupp

Barn och ungdomar upp till 18 år med behov av samtidiga insatser från olika aktörer inom såväl kommun som landstinget.

4.1.2 Ansvarsfördelning

Kommunens uppdrag och ansvar

Socialtjänst
Kommunens ansvar när det gäller barn regleras i Socialtjänstlagen, Lag om stöd och service (LSS) och i Lag om vård av unga (LVU). Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för individens självbestämmande och integritet och utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Socialtjänsten ska verka för att barn och ungdomar har trygga och goda förhållanden och i nära samarbete med hemmet främja en gynnsam utveckling hos barn och ungdomar. Socialtjänsten ska särskilt uppmärksamma barn som riskerar en ogynnsam utveckling och i nära samarbete med hemmet sörja för att barn får det skydd och stöd de behöver.

Skola

I 29 kap. 13 § skollagen finns bestämmelser om samverkan i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Av bestämmelsen framgår att huvudmannen för de verksamheter som avses i denna lag och den som är anställd i sådan verksamhet, på socialnämndens initiativ i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs.
Enligt 2 och 3 kap Skollagen har varje barn/elev en otvetydig rätt till stöd. I skolverksamhet är individuella utvecklingsplaner och åtgärdsprogram centrala redskap och det finns en särskild organisation för elevhälsa (skolhälsovård, skolpsykolog och skolkurator samt specialpedagogisk personal). Även för barn i förskola är rätten till stöd och verksamhetens skyldighet att planera stödåtgärder reglerad. Skolan ansvarar för de kartläggningar/ utredningar som behövs utifrån elevens behov av stöd för att nå målen enligt skolans uppdrag.

Landstingets uppdrag och ansvar

Landstingets ansvar när det gäller bemötande och omhändertagande av barn regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Vården ska vara av god kvalitet, vara lättillgänglig och tillgodose barnets behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vården ska även bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Hälso- och sjukvården ska, på socialnämndens initiativ, samverka med andra samhällsaktörer i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa.

Ansvarsfördelning

Landstingets och kommunernas gemensamma ansvar för att erbjuda olika rådgivnings-, stöd- och behandlingsinsatser beskrivs översiktligt nedan.

	Kommun	**Landsting**
Förebyggande och hälsofrämjande arbete	• Föräldrastöd, föräldrautbildning • Drogförebyggande arbete • Information och rådgivning • Elevhälsa	• Föräldrautbildning • Stöd till barn som varaktigt bor med personer som har psykisk störning, psykisk funktionsnedsättning, missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, (HSL)
Uppsökande verksamhet	• Fältverksamhet • Kommunalt aktiveringsansvar	
Utredning, bedömning	• Utredningar av sociala förhållanden enligt Socialtjänstlagen • Utredningar/kartläggningar av elevers stödbehov	• Utredning, bedömning och diagnostik enligt Hälso- och sjukvårdslagen.
Insatser enligt SoL och HSL	Socialtjänsten ska erbjuda t.ex.: • Psykosocial behandling till barn och föräldrar • Kontaktperson/-familj • Pedagogiskt och praktiskt föräldrastöd • Habilitering för personer i särskilt boende och i daglig verksamhet	Landstinget ska erbjuda: • Medicinska åtgärder, behandling och uppföljning av relationsproblem i familjen, funktionsnedsättningar och psykiatriska problem • Krisbearbetning och stödkontakter • Habilitering för personer i ordinärt boende
LSS-insatser	Kommunen ska erbjuda följande behovsbedömda insatser:	Landstinget ska erbjuda följande behovsbedömda insatser:

	• Personlig assistans • Kontaktperson • Avlösarservice • Kortidsvistelse • Korttidstillsyn • Familjehem och Bostad med särskild service • Ledsagarservice	• rådgivning och personligt stöd
HSL – insatser för enskilda med insatser enligt LSS och i skolan	Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser upp till läkarnivå i bostad med särskild service. Skolsköterska, skolläkare och skolpsykolog är att betrakta som personal inom HSL när det gäller arbete riktat mot enskild individ och där insatsen berör patientsäkerheten. Kommunen är vårdgivare och har enligt detta uppdrag att utse en verksamhetschef för elevhälsans medicinska insatser. Uppdraget är omfattande och innebär insatser kring kvalitetssäkring, rutiner och ledning avseende patientsäkerheten.	Landstinget ansvarar för alla övriga hälso- och sjukvårdsinsatser, exklusive hemsjukvårdinsatser.
Vård och insatser utanför egna hemmet	Socialtjänsten har ansvar för att de barn som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna får plats i; • Familjehem eller HVB-hem Skolan ansvarar för skolgång vid extern placering. När kostnadsansvaret för HVB-placering ska delas mellan kommunen och landstinget ska överenskommelse om samfinansiering vara klarlagd innan placering sker.	Landstinget har ansvar för att barn vars behandling enligt Hälso- och Sjukvårdslagen kräver intagning i vårdinrättning/ behandling på sjukhus. Landstinget har även ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser för barn boende på HVB-hem. När kostnadsansvaret för HVB-placering ska delas mellan kommunen och landstinget ska överenskommelse om samfinansiering vara klarlagd innan placering sker.
Tvångsåtgärder	Socialtjänsten ansvarar för vård enligt LVU.	Landstinget ansvarar för vård enligt LPT.
Hjälpmedel i skolan	Utredning och anskaffning av pedagogiska hjälpmedel, läromedel och utrustning. Se lathund för olika hjälpmedelstyper i skolan från Hjälpmedelsinstitutets utredning *"Vems är ansvaret för hjälpmedel i skolan?"* samt "*Handbok för hjälpmedelshantering i Blekinge*"	Utredning och förskrivning av Personliga och specialanpassade hjälpmedel. Se lathund för olika hjälpmedelstyper i skolan från Hjälpmedelsinstitutets utredning *"Vems är ansvaret för hjälpmedel i skolan?"* samt "*Handbok för hjälpmedelshantering i Blekinge"*
Bedömning och utredning av särskilt stöd i skolan **Generella svårigheter att nå skolans mål & specifika**	Utredning om särskilt stöd Psykologisk, social och medicinsk utredning. Se Socialstyrelsens "*Vägledning för elevhälsan".* Psykologutredning. Se Socialstyrelsens *"Psykologutredning i skolan"*	Som komplement till skolans utredningar kan rektor tillfråga andra aktörer i utredningen som barn- och ungdomshabiliteringen, barn- och ungdomspsykiatrin eller annan specialistsjukvård. Se Socialstyrelsens *"Vägledning för elevhälsan".*

svårigheter i skolmiljön		
Utredning inför mottagande i särskola Se ”Mottagande i grundsärskolan och gymnasiesärskolan”, Skolverkets Allmänna råd	Skolverksamhet har ansvar för att upprätta rutiner för de fyra bedömningar som ingår i utredning inför mottagande i särskola. - Pedagogisk - Psykologisk - Medicinsk - Social Vid tveksamheter/oklarheter kan rektor hämta in kompletterande uppgifter från landstinget.	Landstinget bistår med kompletterande uppgifter vid behov.
Utredning, bedömning av ADHD och/eller autism Barn och unga upp till 18 års ålder	- Utredningar av sociala förhållanden enligt Socialtjänstlagen 11:1 - Utredningar/kartläggningar av elevers stödbehov - Eventuell medicinska uppföljning (blodtryck, vikt och längd) enligt separat avtal med respektive skola.	- Utredning, bedömning och diagnostik enligt Hälso- och sjukvårdslagen. - Medicinska uppföljningar, överenskommelse kan göras med enskilda skolor. BUP och Habiliteringen samarbetar ofta kring patientgruppen och en patient kan samtidigt ha hjälp från båda verksamheterna. Specialistpsykiatrin ansvarar för att utreda frågeställningar avseende ADHD, Habiliteringen för att utreda autism och autism med samtidig utvecklingsstörning. Om någondera enhet har påbörjat utredning och ytterligare frågeställning eller att utredningen visar ADHD eller autism eller vise versa så fortsätter den enhet som påbörjat den aktuella utredningen. Detta för att patienten inte skickas mellan verksamheter mitt i en utredning samt att undvika dubbelarbete.
Utredning av språkstörning respektive dyslexi Barn, unga och vuxna	Utredning av läs och skrivförmåga görs av skolan och innefattar en fördjupad pedagogisk bedömning och skolans sammanfattande bedömning. Skolpsykolog gör i förekommande fall en utredning utifrån frågeställning inlärningssvårigheter eller intellektuell funktionsnedsättning och som ett led i den utredningen kan frågan om tex språkstörning uppkomma. Befintliga medicinska och sociala underlag bifogas även eventuell remiss till logopedmottagningen. Remissen ska beskriva behov och skäl till utredning.	Logopedmottagningen, öronkliniken vid Blekingesjukhuset tar emot för bedömning och eventuell utredning avseende språkstörningar och dyslexi.
Utbildning på sjukhus eller institution knuten till sjukhus är en särskild utbildningsform som är reglerad i skollagen. I Blekinge	Den kommun där sjukhuset är beläget har anordnaransvar. - Karlskrona kommun	Det landsting eller motsvarande där sjukhuset är beläget har anordnaransvar. - Barnkliniken Karlskrona

finns denna verk-samhet kopplad till Barnkliniken Karlskrona samt BUP Karlskrona.		

4.2 Samverkan gällande personer från 18 år med psykisk funktionsnedsättning

4.2.1 Målgrupp

Målgruppen för samverkan är personer över 18 år med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt.

4.2.2 Ansvarsfördelning

Sysselsättning och rehabiliteringsansvar

Arbete och sysselsättning är viktigt för identiteten och utgångspunkten är att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska kunna arbeta/ha sysselsättning utifrån sina förutsättningar.

Kommunens ansvar

- För personer som av fysiska eller psykiska skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring skall kommunen bl. a. erbjuda en meningsfull sysselsättning.[9]
- Habilitering och rehabilitering upp till läkarnivå för i boende i bostad med särskild service enligt LSS samt i daglig verksamhet/sysselsättning eller boende för personer med beslut enligt SoL psykisk funktionsnedsättning.[10]

Landstingets ansvar

- Landstinget ansvarar för åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.
- Landstinget skall också erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel.[11]

Landstingets och kommunernas gemensamma ansvar för att erbjuda olika rådgivnings- stöd och behandlingsinsatser beskrivs översiktligt nedan.

	Kommun	**Landsting**
Sysselsättning	För personer som av fysiska eller psykiska skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring skall kommunen efter beslut och bedömning enligt SoL eller LSS erbjuda en meningsfull sysselsättning.	
Boende generellt	Ansvarar för att tillgodose behov av boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. HSL-insatser upp till läkarnivå.	Specialistpsykiatrin ansvarar för konsultation, handledning och metodstöd till kommunens personal.
Ordinärt boende	Sociala insatser och boendestöd	Hälso-och sjukvårdsinsatser
Korttidsvistelse enligt LSS	Sociala insatser. Hemsjukvård.	Läkarinsats på primärvårdsnivå.

[9] Socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap 7 §, Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade § 9:1

[10] Eftersom kostnader för sjukgymnast- och arbetsterapeutinsatser inte skatteväxlades i samban med psykiatrireformen 1995, ansvarar landstinget för dessa insatser.

[11] Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 8 kap 7 §.

4.3 Samverkan gällande patienter med öppen LPT och öppen LRV vård

Samordnad individuell plan ska upprättas för att tydliggöra respektive huvudmans uppdrag.

4.4 Samverkan gällande personer med substansberoende/spel-beroende

4.4.1 Målgrupp

Målgruppen för samverkan är personer med substansberoende. I målgruppen ingår även personer med samsjuklighet.

4.4.2 Definitioner

Riskbruk
Innebär en alkoholkonsumtion som om den fortsätter kan leda till missbruk och beroende med svåra medicinska och sociala skador.

Missbruk och beroende
enligt Nationella Riktlinjer ”Vård och stöd vid missbruk och beroende”.

Samsjuklighet
en person med substansberoende som samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för ett psykiatriskt och/eller somatiskt tillstånd.

4.4.3 Ansvarsfördelning

Kommunens ansvar
Kommunens ansvar när det gäller personer med substansberoende regleras i SoL och i LVM. Socialtjänsten har efter bedömning och beslut ansvar för extern placerings.

Landstingets ansvar
Landstingets ansvar när det gäller personer med substansberoende regleras i HSL och till viss del i LVM.

Landstingets och kommunernas gemensamma ansvar för att erbjuda olika rådgivnings- stöd och behandlingsinsatser beskrivs översiktligt nedan.

Substansberoende	Kommun	Landsting
Identifierat substansberoende avseende unga och vuxna Gemensam planering inför eventuell placering ska eftersträvas. Om detta ej är görligt ska gemensam planering göras snarast. Fast vårdkontakt ska utses.	• utreda och bedöma rätten till bistånd • tillgodose behov av insatser i form av psykosocial behandling i öppenvård eller vid placering i Hvb • socialtjänsten ska även vid behov utreda rätten till bistånd i form av boende, sysselsättning, ekonomiskt bistånd och andra sociala insatser.	• tillnyktring (enligt särskilt avtal, ingen åldergräns) • abstinensbehandling, farmakologisk behandling • psykiatrisk utredning och behandling • somatisk utredning och behandling • psykologutredning, då krävs minst tre månaders drogfrihet. • sprututbyte (enbart patienter över 18 år).

Spelberoende	Kommun	Landsting
Avser spel om pengar Proposition http://www.regeringen.se/contentassets/ec44ca1a87294fe7b04faffebd62cc78/samverkan-om-vard-stod-och-behandling-mot-spelmissbruk-prop.-161785.pdf Förslag att följa propositionens intentioner under 2017 men att avvakta det slutliga förslaget för att därefter komplettera samverkansavtalet.	Enligt propositionens förslag: Socialnämndens ansvar för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra substanser utvidgas till att även omfatta spel om pengar. Socialnämnden får också ett utvidgat ansvar för att aktivt arbeta för att motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga. Överenskommelse om ett samarbete mellan kommun och landsting om personer som missbrukar substanser ska även omfatta personer som missbrukar spel om pengar.	Enligt propositionens förslag: Landstingets ansvar utvidgas för att beakta att ett barns behov av information, råd och stöd om barnets föräldrar eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor med är missbrukare, så att det även gäller vid spelmissbruk. Överenskommelse om ett samarbete mellan kommun och landsting som personer som missbrukar substanser ska även omfatta personer som missbrukar spel om pengar.

Bilaga 1
Blankett; Avvikelse samverkan årlig rapport, lämnas till verksamhetsgrupp IFO/psykisk hälsa/funktionshinder

Avvikelse Samverkan

Datum	Händelse	Inblandade	Rapportör	Övrigt

Bilaga 2
Blankett; SIP årlig rapport, lämnas till verksamhetsgruppen/LSVO

Årlig rapport – SIP - år

Antal individer som ej haft SIP tidigare	Antal individer som fått SIP under perioden	Totalt antal upprättade SIPar under perioden	Verksamhet	Rapportör	Övrigt

KF § 105 Dnr 2018/181

Förslag till Länsövergripande samverkansavtal

Representanter för länets kommuner och landstinget har reviderat och fört samman tre tidigare avtal till ett gemensamt avtal. Tidigare avtal beslutades i KF 2013-10-07, Dnr 2013/273.

Detta avtal ersätter nedanstående avtal:
- Länsövergripande avtal – ansvarsfördelning och samordning av insatser till barn och ungdomar upp till 18 år som är i behov av samtidiga insatser från olika aktörer under huvudmännen, 2014-2015
- Länsövergripande samverkansavtal mellan Socialtjänsten i Blekinges kommuner och Landstinget Blekinge rörande personer med riskbruk, missbruks- och beroendeproblematik i Blekinge, 2013-2015
- Länsövergripande samverkansavtal rörande vuxna personer från 18 års ålder med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt, 2014-2015

Avtalet består av en övergripande gemensam del som omfattar alla målgrupperna. Därefter finns områdesspecifika avsnitt.

Syftet med samverkansavtalet är:
Att identifiera de områden där det är viktigt att huvudmännen tar ett samlat ansvar för målgruppen.
Att i ett styrdokument fastställa ansvar och ansvarsfördelningen mellan skola, socialtjänst, psykiatri, habilitering och primärvård samt hur samverkan mellan dessa huvudmän ska utformas.
Att klargöra grundförutsättningarna för en god vård i samverkan över huvudmannagränser.
Att vara utgångspunkt för lokala samarbetsavtal mellan huvudmännen.

I samverkansavtalet finns målgruppsspecifika avsnitt gällande personer med behov av samtidiga insatser från olika aktörer, inom såväl kommun som landsting för följande grupper:
- Barn och ungdomar med behov av samtidiga insatser från olika aktörer inom såväl kommun som landstinget
- Vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning
- Personer med substansberoende

Skyldigheter för kommun och landsting att samarbeta framgår av Hälso- och sjukvårdslagen (Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), och
Socialtjänstlagen (2001:435, SoL). Bestämmelserna syftar till att säker-ställa samarbete kring personer med behov av insatser från båda
huvudmännen. För barn och ungdomar upp till 18 år omfattar avtalet dessutom skola.

Beredning
BUN § 35/2018
ON § 35/2018
KSAU § 161/2018
KS § 105/2018

BESLUT

Kommunfullmäktige beslutar att godkänna länsövergripande samverkansavtal.

_____

Exp.
Landstinget Blekinge
Karlskrona kommun
Ronneby kommun
Karlshamns kommun
Olofströms kommun

Utbildningsnämnden

UBN § 34/2018 UBN 2018/906

§ 34 **Godkännande av samverkansavtal inom psykiatrin mellan landstinget Blekinge och Olofströms kommun, länsövergripande**

Utbildningsnämndens beslut:

Utbildningsnämnden beslutar att godkänna det Länsövergripande samverkansavtalet mellan Olofströms kommun och Landstinget Blekinge.

Sammanfattning

Pia Nilsson, PRIO-samordnare vid socialkontoret i Olofströms kommun, informerar att uppdraget var att göra tre avtal till ett övergripande och redogör tillsammans med chef för elevhälsan Berit Clifford för punkten.

Socialnämnden i Olofströms kommun fattade beslut 2018-01-31 § 6 ”antagande av länsövergripande samverkansavtal inom psykiatrin” att godkänna det Länsövergripande samverkansavtalet.

Målgrupper i samverkansavtalet:
• Barn och ungdomar upp till 18 år med behov av samtidiga insatser från olika aktörer inom såväl kommun som landstinget
• Vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning
• Personer som har ett substansberoende och/eller spelberoende

Syftet med samverkansavtalet är:
- Att identifiera de områden där det är viktigt att huvudmännen tar ett samlat ansvar för målgruppen.
- Att i ett styrdokument fastställa ansvar och ansvarsfördelningen mellan skola, socialtjänst, psykiatri, habilitering och primärvård samt hur samverkan mellan dessa huvudmän ska utformas.
- Att klargöra grundförutsättningarna för en god vård i samverkan över huvudmannagränser.
- Att vara utgångspunkt för lokala samarbetsavtal mellan huvudmännen.

———

Delges:

Förvaltningschef utbildningsförvaltningen Ingegerd Carlsson

Förvaltningschef socialförvaltningen Camilla Munther

Landstinget Blekinge

KARLSHAMN

KARLSKRONA KOMMUN

RONNEBY KOMMUN

Olofströms kommun
www.olofstrom.se

LANDSTINGET BLEKINGE

SÖLVESBORG
– av naturliga skäl –

LÄNSÖVERGRIPANDE AVTAL –

ANSVARSFÖRDELNING OCH SAMORDNING AV INSATSER TILL BARN OCH UNGDOMAR UPP TILL 18 ÅR SOM ÄR I BEHOV AV SAMTIDIGA INSATSER FRÅN OLIKA AKTÖRER UNDER HUVUDMÄNNEN

2014 - 2015

Inledning

Sammansatta behov kräver tvärprofessionell kompetens och samordning från olika aktörer. Respektive huvudmans ansvarsområden beskrivs i lagstiftningen.

Kommun och landsting har en lagstadgad skyldighet att tillsammans upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen[1]. Planen ska upprättas för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda under förutsättning att den enskilde samtycker till upprättandet.

Svensk lagstiftning inom vård och omsorgsområdet genomsyras av ett förstärkt barnperspektiv.[2] Detta innebär att särskild hänsyn ska tas till barnets bästa i alla beslut som rör barn och som fattas av stat, kommun och landsting. Motsvarande bestämmelse finns i FN:s Barnkonvention.[3]
Med barn avses personer under 18 år.
Vikten av att göra barn delaktiga genom att ge dem information och lyssna på barnens egna synpunkter har förtydligats i SoL, LSS, HSL och Skollagen.[4] Motsvarande bestämmelse finns även i Barnkonventionen.[5]

Den 1 juli 2009 trädde nya bestämmelser i kraft om stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående. Ändringen innebär att "socialnämnden ***ska*** (tidigare formulering ***bör***) erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.[6] Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommuner skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionshinder. [7]

Syfte

Avtalet syftar till att tydliggöra respektive huvudmans ansvarsområde samt former för samverkan i de fall lagstiftningen inte är tydlig.
Avtalet ska vara en gemensam bas i samarbetet mellan kommuner och landsting.
Avtalet ska förhindra att människor ska känna sig avvisade och riskera att skickas runt till olika aktörer.

Mål

Barn och ungdomar med sammansatta komplexa behov som behöver samtidigt stöd från olika aktörer under huvudmännen skall få ett individuellt anpassat stöd för att få de bästa möjliga uppväxtvillkor.

Målgrupp

Barn och ungdomar upp till 18 år med behov av samtidiga insatser från olika aktörer inom såväl kommun som psykiatri och habiliteringsförvaltningen.
Målgruppen är således vidare än det grundkrav som anges i Socialstyrelsens Meddelandeblad nr 1/2010 – *Överenskommelser om samarbete.*

---

[1] 2 kap 7 § SoL, 3 f § HSL
[2] 1 kap 2 § SoL, 6 a § LSS,
[3] Artikel 3 FNs Barnkonvention
[4] 3 kap 5 § SoL, 8 § LSS, 2 g § HSL, 4 kap 9 § Skollagen
[5] Artikel 12 FNs Barnkonvention
[6] 5 kap 10 § Sol
[7] 8 a § HSL respektive 5 kap 8a § SoL

Barnperspektivet
Lagstiftningen och FNs Barnkonvention skall genomsyra avtal och samverkan.

Samordnad individuell plan (SIP)
Varje aktör ska kunna påkalla behovet av en samordnad individuell plan. Vårdnadshavarna har huvudansvaret för sina barn och skall vara delaktiga i alla överläggningar och beslut som rör deras barn. Huvudprincipen är att allt samarbete sker med samtycke av den/de som berörs. Barnens medverkan är en förutsättning för upprättandet av planen.

De samordnade individuella planerna ska vara ett gemensamt upprättat dokument som kontinuerligt ska följas upp och revideras. Planerna skall innehålla:

* dokumentation av alla inblandande aktörers överenskommelser och delaktighet
* vilka insatser respektive aktör ansvarar för
* insatsernas omfattning
* tid för insatsernas genomförande
* när uppföljning ska ske
* vem som är samordnare/kontaktperson

Hjälpmedel
Barn och ungdomar med en sammansatt social, psykiatrisk och/eller neuropsykiatrisk problematik, med eller utan inlärningssvårigheter, kan vara i behov av hjälpmedel.
Det finns behov att förtydliga definition av vad som räknas till grundutrustning/pedagogiska hjälpmedel/personliga hjälpmedel. Detta arbete leds av Hjälpmedelscenter.

Landstingets och kommunernas gemensamma hjälpmedelscentral har ansvar för precisering av vad som räknas till grundutrustning/pedagogiska hjälpmedel/personliga hjälpmedel. Reglerna för sortiment och förskrivning av hjälpmedel styrs av en gemensam samverkansnämnd med representanter från samtliga kommuner och landsting.

Externa placeringar
Landstinget ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser vid externa placeringar och skickar, vid behov, remiss till det landsting där den placerade behöver sjukvård.
Kommunen ansvarar för vård och omsorg samt skola vid externa placeringar.

Former för samverkan
Förhållningssättet mellan landsting och kommun ska bygga på samverkan så att vårdnadshavare inte skickas mellan olika företrädare. Frågor från vårdnadshavare, alternativt mellan verksamheterna (kommun/landsting) bör antingen tas i de kommunvisa samverkansmöten mellan utsedd kontaktfunktion representerande skola/kommun och habilitering/ BUP eller i en direktkontakt med aktuell rektor/förskolechef.

Kommunvisa samverkansmöten kring neuropsykologiska/psykiatriska frågor mellan BUP, habilitering, skola och socialtjänst ska genomföras regelbundet. Detta är ett av de viktigaste verktygen för en bra samverkan. I dessa möten hanteras frågor som konsultation i enskilda ärenden (efter medgivande från vårdnadshavare alternativt anonymt), aktualisera en eventuell remiss samt andra frågor av vikt.
Lokala rutiner för samverkan ska tas fram men dessa regleras ej i huvudavtalet.

Barn ska ges information, råd och stöd på bästa sätt när båda huvudmännen är involverade utifrån varje huvudmans ansvarsområde.

Vid behov av samordning när båda huvudmännen är involverade görs detta i enlighet med dokumentet "Vägledning till SIP".

Remiss från skolan till landstinget behöver ge en bakgrund till varför man vill aktualisera en utredning för diagnos. För att psykiatrin/habiliteringen ska kunna ta ställning till om en utredning ska påbörjas är det önskvärt att remissen innehåller såväl pedagogisk, medicinsk, psykologisk som social kartläggning.

Remiss till landstinget från socialtjänsten ska innehålla en problemformulering. Den ska också innehålla en social beskrivning av det aktuella läget avseende hemförhållanden, skola och fritid.

Vid vårdbegäran till psykiatrin/habilitering från barnet eller dess vårdnadshavare kan dessa verksamheter be skolan, efter föräldrars tillåtelse, om den information skolan har gällande barnet i fråga. En sådan förfrågan ställs till vederbörande rektor/förskolechef som har ansvar för att ombesörja detta. Utöver detta kan landstinget be lärare att fylla i skattningsformulär.

Respektive uppdrag samt ansvarsområde

Se bilagor under *Uppdrag och ansvar.*

Tvister

Vid tvister lyfts frågan till högre chefsnivå. Detta ska ske skyndsamt.

Uppföljning

Förvaltningscheferna inom berörda kommunala verksamheter och förvaltningschefen i landstingets psykiatri och habiliteringsförvaltning ska träffas en gång per år för att följa upp att samverkan sker mellan kommun och landstingets psykiatri och habilitering i enlighet med samverkansavtalets intentioner.
Uppföljningen ska säkerställa att lokala rutiner för samverkan finns. De områden där riktlinjer saknas kan identifieras i uppföljningen. Avtalet kan visa på systemfel och brister. Uppföljning av systemfel eller brister sker genom gemensamma samverkansmöten mellan ansvariga verksamhetschefer i östra respektive västra samverkansområdet två gånger per år. Landstinget sammankallar till dessa samverkansmöten.

Handlingsplan

I samband med uppföljningen ska parterna upprätta en handlingsplan för att utveckla samverkan och säkerställa att avtalets intentioner följs.

Patienters, brukares och närståendes inflytande

Avtalet har upprättats i samråd med berörda brukarorganisationer. Brukarorganisationerna kommer även att beredas möjlighet att samverka vid uppföljning och framtagande av handlingsplaner.

Avtalstid och uppsägning

Avtalet gäller från och med den 1 januari 2014 och till och med den 31 december 2015 med en uppsägningstid på 12 månader. Om landstinget eller en kommun säger upp detta avtal upphör det att gälla för samtliga kommuner och landsting i och med uppsägningstidens utgång.

Bilaga:

Uppdrag och ansvar

1. Kommun
2. Landstinget Blekinge
3. Specifika ansvarsområden

Samordnade Individuella Planer (SIP)

4. Vägledning SIP
5. Blankett SIP

Beslut om samverkansavtalet har tagits av Landstingsfullmäktige och Kommunfullmäktige i respektive kommun.

För Landstinget Blekinge

…… / ……

Kalle Sandström
Landstingsstyrelsens ordförande

Peter Lilja
Landstingsdirektör

För Karlskrona kommun

…… / ……

Camilla Brunsberg
Kommunstyrelsens ordförande

Ingrid Augustinsson Swennergren
Kommundirektör

För Ronneby kommun

……

Roger Fredriksson
Kommunstyrelsens ordförande

För Karlshamns kommun

……

Sven-Åke Svensson
Kommunstyrelsens ordförande

För Sölvesborgs kommun

……

Helene Björklund
Kommunstyrelsens ordförande

För Olofströms kommun

……

Sara Rudolfsson
Kommunstyrelsens ordförande

UPPDRAG OCH ANSVAR

Kommunens uppdrag och ansvar

Skola

Enligt 2 och 3 kap Skollagen har varje barn/elev en otvetydig rätt till stöd. I skolverksamhet är individuella utvecklingsplaner och åtgärdsprogram centrala redskap och det finns en särskild organisation för elevhälsa (skolhälsovård, skolpsykolog och skolkurator samt specialpedagogisk personal). Även för barn i förskola är rätten till stöd och verksamhetens skyldighet att planera stödåtgärder reglerad. Det är därför viktigt att samverkan mellan verksamheter utanför skolan knyts till befintlig organisation, där rektor/förskolechef är ansvarig för bedömningar och utredningar.

Med begreppet "skolan/kommunen" avses respektive kommuns organisation av kontaktpersoner gentemot landstinget i denna samverkan. Denna ska vara känd och ha mandat att föra talan i de frågor som samverkansavtalet behandlar.

Skolan ansvarar för de kartläggningar/utredningar som behövs utifrån elevens behov av stöd för att nå målen enligt skolans uppdrag.

I dagsläget görs en stor del av utredningarna inför särskoleinskrivning i kommunernas regi.
Då det i dagsläget är oklart hur detta ska organiseras i framtiden eftersom arbete pågår med nationella riktlinjer, omfattas detta inte av avtalet.

Socialtjänst

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som åvilar andra huvudmän.

Kommunen har ansvar för de sociala insatserna enligt SoL och insatser för stöd och service till vissa funktionshindrade enligt LSS. I dessa båda lagrum ingår att utreda behov av, besluta om, tillhandahålla, följa upp och samordna sociala insatser för stöd och service. I SoL och LSS beskrivs socialnämndens ansvar för barn och unga.

För gruppen funktionshindrade med en personkretstillhörighet finns Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387). Verksamheten främjar jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Verksamheten i denna lag ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med berörda samhällsorgan och myndigheter. Den enskilde ska genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade.

Kommunen har ansvar för att informera om insatser och service och förmedla kontakter till andra myndigheter.

I socialtjänstens olika delar ingår att arbeta uppsökande.

Bilaga 2

Landstingets uppdrag och ansvar

Hälso- och sjukvård

Landstinget ansvarar för medicinska insatser enligt Hälso- och Sjukvårdslagen.

På primärvårdsnivå (barnhälsovård, ungdomsmottagning och vårdcentral) innebär detta hälsofrämjande och förebyggande insatser, medicinska åtgärder, krisbearbetning och stödjande kontakter.

På specialistsjukvårdsnivå, psykiatri och habilitering innebär detta bedömning, utredning, diagnostik, behandling och uppföljning/habilitering. (Se samverkansavtal mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatrin "Gränssnitt").

Verksamheterna ansvarar för bedömning/utredning av barnet/den unge vid misstanke om relationsproblem i familjen, vissa funktionsnedsättning och/eller psykiatriska problem hos barnet/den unge. Psykiatri och habilitering svarar även för psykiatrisk omvårdnad (gäller BUP) samt rådgivning och annat personligt stöd enligt Lagen om stöd och service (gäller habiliteringen).

Verksamheternas ansvar är även att delta i kommunvisa samverkansträffar samt att ge konsultation kring enskilda barn via nätverksträffar och liknande.

Tandvård

Barn och ungdomar upp till det år de fyller 19 år har fri tandvård. Detta innefattar både allmäntandvård och specialisttandvård. Allmäntandvård kan erbjudas både inom den offentliga folktandvården och hos privattandläkare som har avtal med Landstinget.

Bilaga 3

Specifika ansvarsområden

• Boende

Kommunens ansvar

- Kommunerna ansvarar för att tillgodose behov av boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning.[1]

Landstingets ansvar

- Specialistpsykiatrin ansvarar för konsultinsatser, handledning och metodstöd till kommunens personal.[2] Med handledning avses handledning till berörd personal utifrån enskilda brukares tillstånd/sjukdomsproblematik.

Nedan följer en tablå över ansvarsfördelning i olika boendeformer:

Tablå 1: Ansvar för boende, sociala insatser och hälso- och sjukvård i olika boendeformer

Boende och insatsformer	**Kommunens ansvar**	**Landstingets ansvar**
Ordinärt boende	Sociala insatser, boendestöd	Hälso- och sjukvårdsinsatser
Särskilda boenden, kommunala och enskilda. enl. 5 kap 7 § st. 3, resp. 7 kap 1§ 1st p2. Sol med insats enligt SoL eller LSS Särskilda boenden enskilda med tillstånd enl. 23 § LSS och med insats enl. LSS Korttidsboende, kommunala enl. 5 kap 7 § 3 st. Sol med insats enl. SoL	Boende och sociala insatser. Omvårdnad och hälso- och sjukvård t o m sjuksköterskenivå 18 - 18c § HSL, exkl. korttidsboende LSS	Hälso- och sjukvårdsinsatser utöver sjuksköterskenivå
Korttidsboende enl. LSS	Sociala insatser	Alla hälso- och sjukvårdsinsatser

[1] Enligt Sol 5 kap. 7 §, Psykiatrireformen (Prop.1993/94:218).

[2] Enligt psykiatrireformen (Prop. Personer med missbruks och beroendeproblem 1993/94:218).

• Stöd till anhöriga och närstående

Gemensamt ansvar

- Anhöriga skall ses som en resurs i vård och rehabiliteringsarbetet och huvudmännen skall verka för att de får den hjälp och det stöd de behöver.
- Båda huvudmännen skall samverka för att ge stöd och insatser till vuxna anhöriga och barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning för att skapa fungerande relationer.

Kommunens ansvar

- Socialnämnden ska enligt lagen[3] erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående som till exempel har en funktionsnedsättning.

Landstinget ansvar

- En av Hälso- och sjukvårdens uppgifter är att förebygga ohälsa[4], vilket när det gäller anhöriga bl.a. innebär att fånga upp behov, informera om kommunernas anhörigstöd och motivera till kontakt.

• Rehabilitering och sysselsättning

För ungdomar över 16 år som inte går i skolan är arbete och sysselsättning viktigt för identiteten och utgångspunkten är att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska kunna arbeta/ha sysselsättning utifrån sina förutsättningar. Därför är ett nära samarbete mellan kommun, landsting och arbetsförmedling viktigt för att hitta vägar ut i arbetslivet.

Kommunens ansvar

- För personer som av fysiska eller psykiska skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring skall kommunen bl. a erbjuda en meningsfull sysselsättning.[5]
-

Landstingets ansvar

- Landstinget ansvarar för åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Landstinget skall också erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel.[6]

Arbetsförmedlingens ansvar

- För insatser inom ramen för jobbgarantin[7]

---

[3] 5 kap 10 § Socialtjänstlagen.

[4] Hälso- och sjukvårdslagen § 2 c.

[5] Socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap.7 §, Lag (1993:387)om stöd och service till vissa funktionshindrade § 9:1

[6] Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 3 b §.

[7] Förordning om jobbgaranti för ungdomar SFS 2007:813

Bilaga 4

Version
2014-04-10

Samordnad individuell plan

Gemensamma riktlinjer för samverkan mellan kommunerna och landstinget avseende barn och ungdomar upp till 18 år som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt

Vägledning till den Samordnade Individuella Planen (SIP)

Planen ska upprättas då den enskilde har insatser från bägge huvudmännen
eller när den enskilde har insatser från en huvudman som bedömer att behov finns av insatser från den andra huvudmannen.

1. En ansvarig samordnare ska vara utsedd av kommun och landsting och är den som är ansvarig för dokumentationen i SIP.
2. Fler sidor kan tillföras SIP om fler än tre aktörer är inblandade.
3. SIP är inget fristående dokument, utan ska hanteras som en journalhandling, som ska tillföras journalen i respektive verksamhet.
4. Föräldrarna/ barnet behåller SIP i original och övriga verksamheter handhar en kopia
5. Företrädarna för verksamheterna har en skyldighet att beakta barnperspektivet vid upprättandet av SIP.
6. Samordnaren har ett ansvar att vid ett förberedande möte med föräldrarna/ barnet, utifrån barnets mognad och förmåga, förklara syftet och målet med upprättandet av SIP och försäkra sig om att barnet har tagit del och förstått innehållet. Detta ska dokumenteras i SIP.
7. SIP ska fokusera på det som överenskommits och ska genomföras, inte det som tidigare föreslagits och avvisats av föräldrar/ barnet.
8. SIP skall godkännas av barnet, men med hänsyn taget till barnets mognadsnivå och förmåga.
9. Målen i SIP ska vara uppföljningsbara och tidssatta
10. Samordnaren ansvarar för att information ges till de som inte är närvarande vid upprättandet av SIP.

Bilaga 5

KARLSHAMN

KARLSKRONA KOMMUN

RONNEBY KOMMUN

Olofströms kommun
www.olofstrom.se

LANDSTINGET BLEKINGE

SÖLVESBORG
– av naturliga skäl –

Version 2014-02-13

Datum då SIP upprättats	
Ansvarig samordnare	

Samordnad individuell plan, SIP

Barnet/den unge

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Adress	Postadress
Telefon	E-post

Vårdnadshavare 1 ☐

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Adress	Postadress
Telefon	E-post

Vårdnadshavare 2 ☐

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Adress	Postadress
Telefon	E-post

Särskilt förordnad vårdnadshavare

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Adress	Postadress
Telefon	E-post

Önskvärd förändring

Insats av

Mål och eventuella delmål

Insats

Tidsram

Insats av

Mål och eventuella delmål

Insats

Tidsram

Insats av

Mål och eventuella delmål

Insats

Tidsram

Insats av

Datum för uppföljning av planen

Planen godkänns

Barnet/den unge namnförtydligande

Barnet/den unge namnförtydligande

Vårdnadshavare/namnförtydligande

Vårdnadshavare/namnteckning

Vårdnadshavare/namnförtydligande

Vårdnadshavare/namnteckning

Särskilt förordnad vårdnadshavare namnförtydligande

Särskilt förordnad vårdnadshavare namnteckning

NÄRVARANDE

Namn	Funktion
……	……
……	……
……	……

Samtycke till upphävande av sekretess för nätverksmöte för upprättande av SIP (samordnad individuell plan).

För att kunna genomföra ett nätverksmöte kring ditt barn behöver de deltagande verksamheterna möjlighet att bidra med information.

Enligt offentlighets och sekretesslagen (OSL) får uppgifter emellertid inte utan vidare lämnas till en annan verksamhet. Som vårdnadshavare kan du, göra det möjligt att samarbeta genom att lämna samtycke till att sekretessen kan upphävas under nätverksmötet, Verksamheterna får då ge varandra muntlig information under mötet. Alla som tar del av uppgifterna har tystnadsplikt. Samtycket upphör efter nätverksmötet.

Du kan som vårdnadshavare begränsa samtycket genom att uttrycka vilken information som inte får lämnas ut.

Samtycke till upphävande av sekretess.

Jag/vi ger medgivande till att sekretessen upphävs gällande muntlig information under nätverksmötet kring det aktuella barnet och hans/hennes vårdnadshavare.

Medgivandet gäller för uppgifter som har betydelse för samarbetet kring:

..... (för- och efternamn)

Personnummer: .....(10 siffror)

Sekretessens upphävande omfattar bara muntlig information under nätverksmötet kring det aktuella barnet och hans/hennes vårdnadshavare.

Eventuella undantag från medgivandet:

Vårdnadshavares namnteckning : ..... datum.....

Vårdnadshavares namnteckning : ..... datum.....

För att ytterligare uppgifter ska kunna utbytas mellan verksamheterna även efter nätverksmötet krävs ett förnyat samtycke.

Kallelse till nätverksmöte för upprättande av SIP (samordnad individuell plan).

I Blekinge län arbetar kommuner och landsting tillsammans för att ge rätt stöd och hjälp till våra barn och unga. Ibland behöver barn och unga stöd från flera olika håll samtidigt.

Du kallas till nätverksmöte kring:

Tid:

Plats:

Datum:

Kallade till mötet

Vårdnadshavare:

Vårdnadshavare:

Övriga kallade: (namn, verksamhet)

Välkommen

Namn, verksamhet:

Telefon:

E-Post:

Observera att du som vårdnadshavare har rätt att tacka nej till erbjudandet om detta nätverksmöte. Kontakta i så fall den som kallat till mötet.

2013/0125

LÄNSÖVERGRIPANDE SAMVERKANSAVTAL

mellan

Socialtjänsten i Blekinges Kommuner
och Landstinget Blekinge

rörande

personer med riskbruk, missbruks- och
beroendeproblematik i Blekinge

2013-2015

Medborgare i Blekinge, som är i behov av vård på grund av missbruk och beroende, ska välkomnas till en vård som är professionell och lättillgänglig. Vården bedrivs med utgångspunkt från individens totala situation och behov i samverkan mellan Landstinget och de fem kommunerna i Blekinge.

KARLSHAMN

KARLSKRONA KOMMUN

RONNEBY KOMMUN

Olofströms kommun
www.olofstrom.se

LANDSTINGET BLEKINGE

SÖLVESBORG
– av naturliga skäl –

Innehållsförteckning

1. BAKGRUND 3
2. INLEDNING 3
3. PARTER 4
4. AVTALSTID 4
5. SYFTE 4
6. MÅLGRUPP 4
7. ANSVARSFÖRDELNING 4

KOMMUNENS ANSVAR 4
LANDSTINGETS ANSVAR 5
VÅRDCENTRALERNAS ANSVAR 5
PSYKIATRINS ANSVAR 6
ANMÄLNINGSANSVAR 6

8. SAMVERKANSANSVAR 7

ANSVAR FÖR ETT GOTT SAMVERKANSKLIMAT 7
INDIVIDUELL PLAN 7
ANSVAR FÖR SAMVERKAN MED ANDRA AKTÖRER 8
ANSVAR FÖR KOMPETENSFÖRSÖRJNING 8

9. ANSVARSFÖRBINDELSE VID INSTITUTIONSPLACERING 8
10. IMPLEMENTERING 8
11. UPPFÖLJNING 8
12. REVIDERING 8

BILAGA 1 Styrdokumt rörande personer med riskbruk, missbruk och beroendeproblematik 10
BILAGA 2 Anmälningsansvar 17
BILAGA 3 Länkar 20

1. BAKGRUND

"Kunskap till praktik" är ett utvecklingsarbete som startade i maj 2008 inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Det syftar till att förbättra den svenska missbruks- och beroendevården. Målet är att alla brukare ska få bästa möjliga vård. Utgångspunkten är Socialstyrelsens nationella riktlinjer som beskriver vilka behandlings- och rehabiliteringsinsatser som har störst medicinsk, social och ekonomisk effekt.

"Kunskap till praktik" är resultatet av en överenskommelse mellan regeringen och SKL. SKL har åtagit sig att tillvarata och utveckla den kompetens som finns lokalt och regionalt och att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för att sprida kunskap. Den bärande idén i överenskommelsen är att kommuner och landsting ska ta ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården.

Enligt överenskommelsen har Blekinge, i enlighet med övriga län, åtagit sig främst:

- att ta initiativ till att utarbeta ett gemensamt styrdokument för kommuner och landsting där de olika aktörernas ansvar tydliggörs
- att i dialog med kommuner och landsting bygga upp liknande styrgrupper på lokal nivå
- att träffa skriftliga överenskommelser med kommunerna i länet, i samverkan med hälso- och sjukvård på lokal nivå, om bland annat processtöd i utvecklingsarbetet och kompetensutveckling av politiker, chefstjänstemän och handläggare inom både kommuner och landsting
- att på olika sätt stödja förändringsarbetet och implementeringen av riktlinjerna på lokal nivå
- att stödja systematisk dokumentation och system för uppföljning av insatserna på lokal nivå

2. INLEDNING

För att förhindra missbruk och tillgodose den enskildes behov krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och Landstinget Blekinge.
Samarbetet måste fungera väl, så att alla personer med behov av samhällets stöd kan få det snabbt, väl individanpassat och på ett så verkningsfullt sätt som möjligt. Den enskilda människans behov måste stå i fokus. Det faktum att kommun och landsting har olika ansvarsområde får aldrig vara ett hinder för ett effektivt omhändertagande.
Personer med missbruk och beroende ska ges stöd, vård och behandling av hög kvalitet. Bemötandet ska präglas av respekt för individen vilket bland annat innebär delaktighet i planering och beslut om den egna vården.

3. PARTER

Socialtjänsten i samtliga fem kommuner i Blekinge län samt länets vårdcentraler och psykiatri.

4. AVTALSTID

Från och med tidpunkten för undertecknande och tre år framåt.

5. SYFTE

Syftet med samverkansavtalet är:

- att i ett styrdokument fastställa ansvar och ansvarfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt hur samverkan mellan dessa huvudmän ska utformas.
- att klargöra grundförutsättningarna för en god vård i samverkan över huvudmannagränserna.
- att vara utgångspunkt för lokala samverkansavtal mellan huvudmännen.

6. MÅLGRUPP

Målgruppen för samverkan är personer över 18 år med riskbruk, missbruk och kemiskt beroende.

Samverkan kring personer med psykiska funktionshinder utan riskbruk, missbruk och beroende beskrivs i *Länsövergripande samverkansavtal rörande vuxna personer från 18 års ålder med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt.*

7. ANSVARSFÖRDELNING

Se vidare Styrdokument för samverkan (bilaga 1).

KOMMUNENS ANSVAR

omfattar bland annat

- Uppsökande och förebyggande insatser
- Screening och tidiga insatser
- Information och rådgivning, ej behovsprövat bistånd

- Anhörigstöd
- Psykosocial utredning och behovsbedömning av missbruk- och beroendevård
- Psykosocial behandling (t ex enskilda psykosociala samtal, psykosocial gruppbehandling, återfallsprevention) och psykosocialt stöd i öppenvård eller vid institution
- Medverkan vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk enligt föreskrifter i SOSFS 2009:27.
- Medverkan vid verkställighet inom kriminalvård, övertagande av vård
- Beaktande av barns behov
- Anmälningsplikt gällande barn
- Körkortsyttranden
- Boende och boendestöd
- Tillnyktring
- Sysselsättning/arbetspraktik
- Kontaktpersoner
- LVU-vård, 18-21 år
- LVM-vård, from 18 år

LANDSTINGETS ANSVAR

VÅRDCENTRALERNAS ANSVAR

omfattar bland annat

- Screening och tidiga insatser
- Vård och medicinsk behandling av personer med beroendetillstånd (alkohol, läkemedel) som inte är i behov av psykiatrins insatser
- Vård och medicinsk behandling av personer med beroendetillstånd och psykiatriska tillstånd som tillhör vårdcentralernas uppdrag.
- Aversionsbehandling och annan läkemedelsbehandling vid alkoholberoende där patienten inte lider av samtidig psykisk sjukdom som kräver psykiatrins insatser
- Vård och medicinsk behandling av personer med lindrigare former av abstinens och som kan behandlas i öppenvård och inte kräver psykiatrins insatser
- Vård och medicinsk behandling av personer med läkemedelsmissbruk/-beroende som inte kräver psykiatrins insatser
- Anhörigstöd
- Körkortsärenden där missbruk/beroende av alkohol förkommit och där inte patienten behandlas av psykiatrin
- Läkarbedömning/intyg vid tvångsvård (LVM), se bilaga 2
- Anmälningsplikt gällande LVM
- Anmälningsplikt gällande barn

PSYKIATRINS ANSVAR

omfattar bland annat

- Vuxenpsykiatrin
- Screening och tidiga insatser
- Vård och medicinsk behandling av personer med beroendetillstånd (alkohol, narkotika, läkemedel) som är i behov av psykiatrins insatser
- Aversionsbehandling och annan läkemedelsbehandling vid alkoholberoende där patienten lider av samtidig psykisk sjukdom som kräver psykiatrins insatser
- Vård och medicinsk behandling av personer med lindrigare former av abstinens och som kan behandlas i öppenvård men kräver psykiatrins insatser
- Vård och medicinsk behandling av personer med läkemedelsmissbruk/beroende där samtidig allvarlig psykisk störning föreligger och som kräver psykiatrins insatser
- Centralstimulantiabehandling hos patient med beroendesjukdom
- Anhörigstöd
- Körkortsärenden där missbruk/beroende av alkohol och narkotika förkommit och när patienten lider av samsjuklighet sedan tidigare och behandlas av psykiatrin
- Läkarbedömning/intyg vid tvångsvård (LVM), se bilaga 2
- Anmälningsplikt gällande LVM
- Anmälningsplikt gällande barn

Beroendeenheten

- Vård av de personer som är i behov av heldygnsvård på grund av tillnyktring, abstinensbehandling samt medicinsk/psykiatrisk utredning av alla former av kemiskt missbruk/beroende.
- Vård och medicinsk behandling av personer i behov av läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende enligt SOSFS 2009:27
- Vård och medicinsk behandling av personer med läkemedelsberoende och som är i behov av beroendeenhetens resurser
- Anhörigstöd
- Läkarbedömning/intyg vid tvångsvård (LVM), se bilaga 2
- Anmälningsplikt gällande LVM
- Anmälningsplikt gällande barn

Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet bor varaktigt tillsammans med är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

ANMÄLNINGSANSVAR

Se vidare Styrdokument för samverkan (bilaga 2)

Om personen är under 18 år (14 kap. 1 § SoL)
Om personen riskerar sitt liv eller sin hälsa (6§, 13§ LVM)

Om personen har minderåriga barn (14 kap. 1 § andra stycket SoL, LYHS, SFS1998:531)
Om personen är gravid (25 kap. 12 § Offentlighets- och sekretesslag (2009:400))
Anmälningsansvar körkort (10 kap. 2§ Körkortslagen, 1998:488)
Anmälningsansvar vapen (6 kap. 6§ Vapenlagen, 1996:67)

8. SAMVERKANSANSVAR

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för klienter och patienter med missbruks- och beroendeproblematik och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom. En samtidig vård och behandling för båda problemen, samordnad tillsammans av landstinget och kommunen ger bättre resultat än en behandling i taget.

- Socialtjänsten ska, med klientens samtycke, medverka till att en klient med missbruks- och beroendeproblem och som har psykisk eller somatisk ohälsa får kontakt med sin vårdcentral/psykiatriska mottagning för bedömning.

- Hälso- och sjukvården ska, med patientens samtycke, medverka till att en patient med psykiatrisk och/eller somatisk ohälsa och som har missbruks- och beroendeproblem får kontakt med kommunens missbruksvård.

ANSVAR FÖR ETT GOTT SAMVERKANSKLIMAT

Patientens/klientens behov ska alltid stå i centrum.
I samverkanssituationer är bemötandet av samverkanspartnern av stor vikt.
Samverkan ska präglas av ömsesidig respekt för varandras profession, kompetens och erfarenhet.

INDIVIDUELL PLAN

(2 kap. 7§ Socialtjänstlagen, 2009:981, HSL 3 f §)
När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska Landstinget Blekinge tillsammans med kommunen enligt lag (SoL 2 kap 7§, 2009:981, HSL 3 f §) upprätta en individuell plan.

ANSVAR FÖR SAMVERKAN MED ANDRA AKTÖRER

Landstinget Blekinge och kommunerna ska samverka med Kriminalvården, Statens Institutionsstyrelse, försäkringskassan, arbetsgivaren, arbetsförmedlingen och frivilliga organisationer.

ANSVAR FÖR KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Kommunerna och landstinget har ett gemensamt ansvar för kontinuerlig kompetensutveckling inom området i enlighet med de Nationella riktlinjerna.

9. ANSVARSFÖRBINDELSE VID INSTITUTIONSPLACERING

Vid institutionsplacering av patient/klient ska kostnaderna delas utifrån de olika huvudmännens ansvarsområde.

10. IMPLEMENTERING

Respektive part ansvarar för att avtalet implementeras i egen organisation.

11. UPPFÖLJNING

Samverkansavtalet ska följas upp årligen.
Årliga rapporter sammanställs av respektive lokal styr/arbetsgrupp
Den årliga rapporten ska beskriva utvärdering bland annat rörande

- antalet genomförda samordnade individuella planer
- antalet rapporterade brister i samverkan

12. REVIDERING

Revidering av avtalet ska göras tillsammans med övriga samverkansavtal mellan länets vårdcentraler, psykiatri och kommunerna. Målsättningen är att samverkansavtalen samordnas.
Vid upprättandet av detta avtal finns följande samverkansavtal

- Länsövergripande samverkansavtal rörande vuxna personer från 18 års ålder med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt.

Samverkansavtal gäller från 2013-01-01

Revideras under våren 2015

Sölvesborgs Kommun datum

Katrin Lilja
Verksamhetschef

Landstinget Blekinge datum 12-12-13

Tina Möller
Förvaltningschef Psykiatri och habilitering

Olofströms Kommun datum

Thomas Svensson
Socialchef

Landstinget Blekinge datum 12-12-13

Anders Rehnholm
Förvaltningschef Primärvården

Karlshamn Kommun datum 12-12-13

Annelie Myrbeck
Förvaltningschef

Ronneby Kommun datum 12-12-13

Birgitta Ratcovich
Förvaltningschef

Karlskrona Kommun datum

Göran Bohman
Socialchef

Bilaga 1

1. DEFINITIONER

Riskbruk
Riskbruk innebär en alkoholkonsumtion som om den fortsätter kan leda till missbruk och beroende med svåra medicinska och sociala skador som följd (*Statens folkhälsoinstitut)*. Ibland definieras riskbruk utifrån en viss mängd alkohol. Det är dock individuellt och situationsbetingat vad som är riskfyllt. Olika personer har olika känslighet för hur omfattande alkoholkonsumtion som fordras för att ge alkoholrelaterade skador och sociala problem. Vanligt är att det blir negativa följder även för barn och övriga närstående när en anhörig har för hög alkoholkonsumtion. I Sverige betecknas all användning av narkotika som missbruk eftersom det är olagligt.

Missbruk och beroende enligt DSM-IV
För *missbruksdiagnos* enligt DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)* krävs att minst ett av fyra kriterier är uppfyllda under en och samma tolvmånadersperiod. För *beroendediagnos krävs* att tre av sammanlagt sju kriterier är uppfyllda under en och samma tolvmånadersperiod.

Missbruk	Beroende
1. Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet. 2. Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, ex. vid bilkörning eller i arbetslivet. 3. Upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket. 4. Fortsatt användning trots återkommande problem.	1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt. 2. Abstinensbesvär när bruket upphör. 3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs. 4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget. 5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika. 6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas. 7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

Samsjuklighet
Med samsjuklighet menas att en klient/patient med missbruk och beroendeproblem samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för ett psykiatriskt och/eller somatiskt tillstånd. Detta samband är relativt vanligt. Personer med missbruks och beroendeproblem har ofta psykiatriska symtom och somatisk ohälsa.

- Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för klienter och patienter med missbruk och beroende och samtidig psykiatriska symtom och somatisk sjukdom.
- Om socialtjänsten misstänker att en klient med missbruks och beroendeproblem har psykisk störning eller sjukdom respektive somatisk sjukdom ska, med klientens samtycke, omedelbar kontakt tas med primärvård eller öppenvårdspsykiatri för bedömning.
- Om hälso- och sjukvården misstänker att patient med psykisk störning eller sjukdom och/eller somatisk sjukdom har missbruks och beroendeproblem ska, med patientens samtycke, omedelbar kontakt tas med kommunens socialtjänst.
- En samtidig vård och behandling för båda problemen är viktig, samordnad tillsammans av landstinget och kommunen. Utgångspunkten är samordnad vårdplanering/samordnad individuell plan. Ansvarsfördelning och kostnadsansvar kan vara otydlig och bör noga beaktas, tydliggöras och skriftligen regleras.
- Det finns ingen evidensbaserad behandling för samsjuklighet specifikt, men inget talar emot att använda metoder som idag är effektiva för missbruks och beroendeproblem respektive psykiatriska problem
- Lokalt ska det finnas lokala riktlinjer för samarbete och samordning att behandla klienter/patienter med samsjuklighet. Alla dessa klienter/patienter ska ha upprättade planer (samtycke) som är gemensamma mellan kommunens socialtjänst och psykiatrins öppenvård och/eller primärvård. *(Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård)*

2. SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN

För att samordna insatserna utifrån den enskildes behov ska en samordnad individuell plan upprättas.

Lagregel om gemensam planering
2 kap 7 § socialtjänstlagen och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen
"När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan."

Den 1 januari 2010 infördes en skyldighet för kommuner och landsting att upprätta skriftliga individuella planer för de personer som behöver det för att kunna få sina behov tillgodosedda genom insatser från båda huvudmännen. Speciellt viktigt är detta för personer med missbruk och psykisk/somatisk sjukdom. För att upprätta en sådan plan krävs den enskildes samtycke. Arbetet ska om möjligt göras tillsammans med den enskilde och även med anhöriga, om inte den enskilde motsätter sig detta. Arbetet med planen ska påbörjas skyndsamt, så snart ett behov av en plan har upptäckts. Initiativet tas av den huvudman som upptäcker behovet. I normalfallet

innebär det att den första kontakten mellan landsting och kommun tas inom några dagar från det att ett behov har identifierats. Tiden måste dock anpassas till behoven hos den enskilde. Ibland kan det vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats.

3. PREVENTION OCH TIDIG UPPTÄCKT

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska använda metoder som effektivt identifierar personer med riskfyllda alkoholvanor eller narkotikakonsumtion.
Man ska också motverka en vidare utveckling av vanorna i negativ riktning. Om det finns ett problem ska man också bedöma omfattningen av det.
För att länets befolkning ska få hjälp med sin alkohol och drogrelaterade problematik i ett tidigt skede är det viktigt att den sökande möts av ett professionellt förhållningssätt där den enskildes förutsättningar och behov står i centrum.
Det är angeläget för både socialtjänsten och hälso- och sjukvården att vid nybesök orientera sig om den sökandes livsstil.

Bedömnings- och screeningsinstrument

För att bedöma graden av alkohol- och narkotikamissbruk bör kommunen och hälso- och sjukvården använda bedömningsinstrumenten AUDIT[1] för att identifiera personer med riskabla alkoholvanor och DUDIT[2] för att identifiera narkotikamissbruk Hälso- och sjukvården kan även använda sig av biologiska markörer.

Kort rådgivning

Om det vid ett besök inom socialtjänst, på vårdcentral eller psykiatri framkommer att klienten/patienten har ett riskbruk av alkohol eller narkotika, initieras kort rådgivning. Vid kort rådgivning bör metoden MI[3] (s.k. motiverande samtal) användas. Metoden har skapats för att lösa problem av motivationskaraktär som hindrar positiv förändring. Det är ett tillvägagångssätt som bygger på samarbete i vilket rådgivaren framkallar personens egen inre motivation och resurser för förändring *(Motiverande samtal, William R. Miller, Stephen Rollnick).*

Alkohol och Narkotika	Kommun	Landsting
Riskbruk	• AUDIT/DUDIT • Kort rådgivning genom motiverande samtal (MI) • Psykosocial behandling	• Samtal om levnadsvanor • AUDIT/DUDIT • Kort rådgivning genom motiverande samtal (MI) • Biologiska markörer med feedback

[1]AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), screening av alkoholvanor och identifiering av skadlig konsumtion

[2]DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test), screening av narkotikabruk och identifiering av narkotikakonsumtion

[3]MI (Motivational Interviewing)

4. VÅRD, BEHANDLING OCH ANDRA STÖDINSASTER

Alkohol och narkotika	Kommun	Landsting
Samsjuklighet	Socialtjänsten ska erbjuda behandlingsinsatser för missbruks eller beroendeproblemen. Socialtjänsten ska även erbjuda boende, sysselsättning, försörjningsstöd samt andra sociala insatser.	Sjukvårdens uppgift är att sörja för utredning, behandling och rehabilitering av somatisk sjukdom eller psykisk sjukdom/störning. Svårighetsgraden på den psykiska sjukdomen avgör var i hälso- och sjukvården patienten får hjälp. Vid lättare problematik är det vårdcentralernas ansvar och vid mer komplicerad problematik allmänpsykiatri/beroendeenheten.
Neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk/beroende	Socialtjänsten ska erbjuda behandlingsinsatser för missbruks eller beroendeproblem. Socialtjänsten ska även erbjuda boende, sysselsättning, försörjningsstöd samt andra sociala insatser.	Sjukvårdens uppgift är att sörja för utredning, behandling och habilitering av neuropsykiatriska funktionshinder.
Redan identifierade diagnostiserade alkohol och narkotikaproblem	• Utredning • Öppenvårdsbehandling • Psykosocial behandling • Institutionsbehandling • Försörjningsstöd • Boende • Sysselsättning • Anmälningsansvar gällande barn	• Abstinensbehandling • Farmakologisk behandling • Psykiatrisk behandling • Somatisk behandling • Anmälningsansvar gällande barn, vapen och körkort
Institutions-behandling[4]	Vid all institutionsvård ska en samordnad vårdplan för eftervården upprättas. Delat kostnadsansvar för vården ska gälla. Kostnaderna delas utifrån respektive huvudmans ansvarsområde. Noteras att kostnader för logi i samband med institutionsvård alltid delas lika.	Vid all institutionsvård ska en samordnad vårdplan för eftervården upprättas. Delat kostnadsansvar för vården ska gälla. Kostnaderna delas utifrån respektive huvudmans ansvarsområde. Noteras att kostnader för logi i samband med institutionsvård alltid delas lika.

[4]När öppenvårdsinsatser från bägge huvudmännen ömsesidigt bedöms vara otillräckliga utifrån genomförda utredningar ska institutionsvård övervägas.

5. SÄRSKILDA GRUPPER

Gravida kvinnor med missbruks- och beroendeproblematik
Stöd ska ges till gravida kvinnor så att de kan ha en nykter och drogfri graviditet. Hjälp och stöd ska även ges efter barnets födelse till de nybliva föräldrarna och deras barn i upp till två år. Arbetet ska vara anpassat efter kvinnans behov och hennes unika situation.

Intag av alkohol, narkotika eller beroendeframkallande läkemedel under graviditeten kan ge skadliga effekter på fostret, vilket innebär att gravida kvinnor utgör en särskild riskgrupp som måste uppmärksammas.

Kvinnohälsovården erbjuder alla gravida kvinnor ett hälsosamtal i tidig graviditet. Vid hälsosamtalet fyller kvinnan i AUDIT. Identifieras ett riskbruk erhåller kvinnan stöd, och rådgivning initieras enligt metoden motiverande samtal/MI.
Länets Mödra- och Barnhälsovårdspsykologer är nära knutna till Kvinnohälsovårdens verksamhet och ger vid behov stöd till blivande och nyblivna föräldrar. I slutet av graviditeten sker alltid, med kvinnans medgivande, en överrapportering från Kvinnohälsovården till Barnhälsovården. Om screeningen visar på omfattande problematik gällande alkohol eller om kvinnan har ett drogberoende sker samverkan med kommunens socialtjänst, lanstingets beroendeenhet och Barnhälsovården enligt lokala riktlinjer.

I Landstinget Blekinge är Kvinnohälsovården en integrerad del av Kvinnosjukvården.

Våldutsatta kvinnor och män med alkohol-/narkotikaberoende
Sjukvården och socialtjänsten har ett stort ansvar att se, fråga och stötta våldsutsatta män och kvinnor.
Forskning visar att missbrukande kvinnor är mer utsatta för misshandel än andra kvinnor. Det är därför viktigt att kvinnor som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården och socialtjänsten rutinmässigt tillfrågas om våldsutsatthet. (Regeringens skrivelse 2007/08:39)

6. BEDÖMNING OCH DOKUMENTATION

Samverkansavtalet ska skapa förutsättningar för en tydlig kommunikation över huvudmannagränserna. Det möjliggörs genom att man förstår varandras terminologi.

För att upptäcka och bedöma graden av alkohol och narkotikamissbruk hos en person behövs olika evidensbaserade bedömningsinstrument såsom biologiska och psykosociala test. Dessa gör det möjligt att välja åtgärder på rätt nivå och att följa utfallet av de åtgärder som den enskilde erbjuds, det vill säga bedöma om åtgärderna har hjälpt den enskilde att minska eller bryta sitt missbruk eller beroende. I Blekinge bör de delar inom socialtjänsten som möter människor med missbruks – och beroendeproblematik och de delar av hälso- och sjukvården som samverkansavtalet omfattar kunna använda nedanstående bedömnings, screenings och utredningsinstrument.

Exempel på bedömnings, screenings och utredningsinstrument

Används av kommunen

- AUDIT, screening av alkoholvanor och identifiering av skadlig konsumtion
- DUDIT, screening av narkotikabruk och identifiering av narkotikakonsumtion
- ASI (Addiction Severity Index), bedömnings- och uppföljningsmetod i missbruks- och beroendevård
- DOK (Dokumentation och utvärdering inom missbruksvården), bedömnings- och uppföljningsmetod i missbruks- och beroendevård

Används av hälso- och sjukvården

- AUDIT, screening av alkoholvanor och identifiering av skadlig konsumtion
- DUDIT, screening av narkotikabruk och identifiering av narkotikakonsumtion
- Biologiska test

Gemensam klassifikation och definitioner ICD 10

- ICD 10, Diagnostik och klassifikation av sjukdomar, kapitel V, psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiv substans.

7. LOKALA SAMARBETSAVTAL

- Missbruks- och beroendevården ska organiseras inom varje kommun i samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården. Samarbetet ska utgå från de förutsättningar som finns i varje kommun.
- Lokala samverkansavtal som omfattar lokala aktörer ska träffas mellan huvudmännen.
- På lokal nivå ska kommun och landsting inrätta styrgrupp respektive arbetsgrupp.
- Styrgruppen har till uppgift att svara för övergripande, strategiska och övriga gemensamma frågor som berör samverkan och att samverkansavtalets intentioner följs. Vidare ska styrgruppen svara för frågor som inte kan lösas i arbetsgruppen.
- Arbetsgruppen har till uppgift att arbeta med konkret utformning av utvärdering av insatser utifrån samverkansavtalet och ansvara för frågor som inte går att lösa i det dagliga arbetet.
- Brukarens erfarenheter är en viktig del av begreppet evidensbaserad praktik och båda huvudmännen har därför ett stort ansvar att använda arbetsformer som tar tillvara brukarnas erfarenheter och önskemål. Brukarmedverkan sker på olika sätt. Det mest grundläggande är att brukare känner inflytande över den behandling som han/hon är föremål för. Inflytande kan också ske via brukarföreningar. Med brukarförening avses intresseföreningar för personer med egna erfarenheter av missbruk/beroende och/eller deras närstående. Hur det här ska ske kan se olika ut i länet eftersom förutsättningarna är olika. Det är därför en viktig del av de lokala samverkansavtalen.
- Den enskildes anhöriga/närstående är en viktig målgrupp och kan självklart vara en viktig förutsättning för den enskildes rehabilitering. På samma sätt

som brukarperspektivet ska ingå i lokala överenskommelser är det också viktigt att beskriva hur huvudmännens anhörigverksamhet ska bedrivas.

8. ANSVARSFÖRDELNING

KOMMUNENS ANSVAR

Kommunerna i Blekinge har det yttersta ansvaret för att de personer som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.
Kommunens arbete när det gäller personer med riskbruk, missbruk- och beroendeproblematik regleras i Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) och i Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870). Socialtjänstens utgångspunkt är att verksamheten skall bygga på respekt för individens självbestämmande och integritet. Insatser skall därför utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Hjälp ska erbjudas både i form av rådgivning, utredning/bedömning och biståndsbedömda insatser. Socialtjänsten ska aktivt sörja för att den enskilde personen med missbruk/beroende får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk/beroende. Socialtjänsten ska utifrån ett helhetsperspektiv genomföra kvalificerade utredningar och bedömningar av vårdbehov samt planera och genomföra insatserna i samråd med den enskilde och i förekommande fall med dennes anhöriga/närstående.

Boendet är ett grundläggande livsvillkor och en viktig del i kommunens insatser. Socialtjänsten har ansvar för särskilt boende för vissa grupper vilket är en biståndsbedömd insats.

LANDSTINGETS ANSVAR

Landstinget Blekinge ska genom att erbjuda kompetent och effektiv hälso- och sjukvård bidra till att skapa förutsättningar för god hälsa. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor och för hela befolkningen i länet.
Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1983:763) ska sjukvården medicinskt utreda och behandla sjukdomar och skador. Arbetssättet ska utmärkas av delaktighet från den enskilde. Det ska finnas ändamålsenliga och skriftliga rutiner för informationsöverföring mellan vårdcentralerna, den specialiserade beroendevården, övrig vuxenpsykiatrisk verksamhet och socialtjänsten. Det ska finnas en tydlig rollfördelning inom hälso- och sjukvården som tydliggör vårdcentralernas roll i förhållande till beroendeenheten och övrig vuxenpsykiatrisk verksamhet när det gäller gruppen av patienter med riskbruk, missbruk och beroendeproblematik.
De delar av riskbruk, missbruks- och beroendevården som berör landstinget kommer att beskrivas i särskilt vårdprogram.

Bilaga 2

ANMÄLNINGSANSVAR

Anmälan enligt Lagen om Vård av Missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870)

Utredning jämlikt LVM utförs av Socialförvaltningen och beslut om vård, efter Socialnämndens ansökan, fattas av Förvaltningsrätten.

Tvångsvård skall beslutas om när personen har ett fortgående missbruk som denne behöver vård för och då vården inte kan tillgodoses på frivillig väg samt att personen

- utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
- löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
- kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående

Läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med någon som kan antas vara i behov av omedelbart omhändertagande eller vård enligt LVM och inte kan beredas tillfredsställande vård inom hälso- och sjukvården skall genast göra en anmälan till Socialförvaltningen. (LVM § 6) Den generella regeln är att den läkare som patienten har kontakt med också skriver LVM-anmälan.

Anmälan kan vara muntlig men bör enligt Socialstyrelsen kompletteras med en skriftlig anmälan. Om vårdbehovet kräver ett omedelbart omhändertagande bör läkaren bistå med läkarintyg som underlag för bedömning.(SOSFS 1997:6)

Vem skriver LVM-läkarintyg?
Till socialförvaltningens utredning som ligger till grund för ansökan om vård skall ett läkarintyg bifogas. Socialnämnden beslutar om läkarundersökning och har möjlighet att utse läkare (LVM § 9). I läkarintyget skall ett utlåtande om personens aktuella hälsotillstånd och en bedömning av dennes allmänna vårdbehov framgå. Det ankommer inte på läkaren att besluta om förutsättningar för LVM. (SOSFS 1997:6) Den generella regeln är att det är den läkare som patienten i övrigt har kontakt med som skriver läkarintyget. I övriga fall och i akuta situationer tar socialtjänsten kontakt med psykiatrins akutmottagning för LVM-läkarintyg.

Ett läkarintyg bör inte vara äldre än 14 dagar då det inlämnas till Förvaltningsrätten.

Anmälningsansvar gällande barn (SoL 2001:453)
Alla myndighetspersoner har ett anmälningsansvar vid misstanke att barn far illa. I 14 kap.1 § SoL står det:

"Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdomar samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården är skyldiga att genast anmäla till socialtjänsten om de i sin verksamhet får kännedom om att något som kan innebära att socialnämnden

behöver ingripa för ett barns skydd. Detta gäller även dem som är anställda hos sådan myndighet"

I SOU 2001:72 s. 24 definieras barnmisshandel på följande sätt:

"Barnmisshandel är när en vuxen person

- *utsätter ett barn för fysisk eller psykiskt våld, sexuella övergrepp kränkningar eller*
- *försummar att tillgodose barnets grundläggande behov"*

Vid misstanke om sociala problem och/eller att minderåriga barn far illa ska alltid socialtjänsten/socialjouren kontaktas. Detta gäller även barn som själva har en missbruksproblematik.
En kontaktlista ska upprättas med telefonnummer till mottagningsfunktion inom socialtjänsten.

Anmälan enligt körkortslagen (1998:488)
10 kap. 2§ *"Om en läkare vid undersökning av en körkortshavare finner att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort, ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen. Innan anmälan görs ska läkaren underrätta körkortshavaren. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att körkortshavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra körkortspliktigt fordon.*
Om en läkare vid undersökning finner det sannolikt att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort och körkortshavaren motsätter sig fortsatt undersökning eller utredning, får läkaren anmäla förhållandet till Transportstyrelsen. Bestämmelserna i första och andra stycket gäller även den som har körkortstillstånd eller trafikkort"

Innan anmälan görs ska läkaren kontakta patienten och meddela att anmälan inte automatiskt innebär förlust av körkort men att vederbörande kan tvingas visa nykterhet genom provtagning under en period. För patienten kan körkortsinnehav respektive förlust av körkort ha en väsentlig funktion som motivation för att ta itu med sina problem. När det gäller andra droger t.ex. hasch, amfetamin etc. betraktas allt innehav som missbruk och är anmälningspliktigt.
Läkaren ska motivera i journalen varför man anmäler respektive inte anmäler till Transportstyrelsen. Vägledning för läkarens beslut om anmälan finns i Vägverkets författningssamling.

Anmälningsansvar när det gäller vapenlicens enligt vapenlagen (1996:67)
6 kap. 6 § *"En läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen ska omedelbart anmäla detta till polismyndigheten i den ort där patienten är folkbokförd. Anmälan behöver inte göras om det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att patienten inte har tillstånd för skjutvapen"*

Samverkan kring tvångslagstiftningar
Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870)
Lagen om vård av unga (LVU 1990:52)
Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT 1991:28)

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:6) Tillämpning av lagen om vård av missbrukare i vissa fall framkommer följande avseende ansvarsfördelning vad det gäller missbrukare med psykiska störningar:

Om missbruket bedöms vara det primära och tvångsåtgärder är nödvändiga bör LVM/LVU i första hand tillämpas och LPT vara en sista utväg för att klara de allvarliga psykiska komplikationerna av missbruket.

Om den psykiska störningen bedöms vara det primära och tillräckligt svår bör behandlingsuppgiften falla inom psykiatrins ansvar, även om det finns en kombinationsproblematik med intensivt missbruk.

Bilaga 3

LÄNKAR

Nationella riktlinjer
Vårdprogram
Samverkansavtal mellan primärvården och vuxenpsykiatrin i Blekinge
Samordnad individuell plan
LVM-läkarintyg
Kunskap till praktik
Kunskap till praktik i Blekinge
AUDIT
DUDIT
Transportstyrelsen
Vägverkets författningssamling
Länsövergripande samverkansavtal rörande vuxna personer från 18 åra ålder med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt.
Landstingets samtal om levnadsvanor

LÄNSÖVERGRIPANDE SAMVERKANSAVTAL

rörande vuxna personer från 18 års ålder med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt

2014-2015

§ 1 INLEDNING

Personer med allvarliga psykiatriska sjukdomstillstånd och långvariga funktionsnedsättningar omfattas av lagstiftning, föreskrifter, nationella riktlinjer som entydigt slår fast kommunernas och landstingets gemensamma ansvar att samverka, samarbeta omkring deras problematik för att optimera resultatet av insatserna.

Ansvarsområdena för huvudmännen går in i och överlappar varandra. Huvudmännen har i grunden olika ansvarsområden men eftersom dessa är ömsesidigt beroende av varandra så krävs samarbete för framgång i rehabilitering och stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Eftersom ansvarsområdena är ömsesidigt beroende av varandra är det periodvis svårt att veta vem som ska göra vad, när och hur. För att hantera akuta krissituationer med ömsesidigt ansvar så ska samarbetet styras av principen: Vi hjälps åt, vi gör snabba insatser och vi fördelar ansvaret samt utvärderar och för principdiskussioner då den akuta situationen är under kontroll.

I lagar (HSL och SoL), föreskrifter och i riktlinjer för vård och behandling för personer med långvarig psykiskt funktionsnedsättning, omfattande behov (t ex schizofreni och schizofreniliknande tillstånd) slås fast att den samordnade individuella planen (SIP) ska utgöra grunden för samarbetet mellan huvudmännen. Den individuella planen (SIP) grundar sig på personens samtycke, aktiva medverkan och där anhöriga ses som betydelsefulla aktiva medverkande. I den samordnade individuella planen (SIP) ska huvudmännens respektive uppdrag och ansvarsområden pekas ut, långsiktiga och kortsiktiga mål formuleras, hantering av kristillstånd diskuteras och beskrivas samt följas upp och utvärderas – *Bilaga 1.*

Lagstiftningen och FN:s barnkonvention skall genomsyra parternas hantering av anhöriga barn. Lagstiftningen påtalar att vården och omsorgen särskilt skall beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

§ 2 PARTER

Samtliga fem kommuner samt landstingets psykiatri, primärvård och tandvård

§ 3 VISION

Brukaren, anhöriga och huvudmännen ska med samordnade insatser få igång en förändringsprocess för brukaren mot ett självständigt liv i aktiv gemenskap med andra.

§ 4 MÅL

Målet med samverkan är att utifrån helhetssyn i dialog med brukaren, anhöriga och mellan parterna utforma ett stöd som leder till förbättrade levnadsförhållanden för brukaren. Den enskilde brukarens behov av insatser och målsättningen med insatserna ska framgå i en samordnad individuell plan (SIP). Brukarna ska ges möjlighet att leva självständigt och under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

§ 5 MÅLGRUPP

Målgruppen för samverkan är personer över 18 år med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt.

Inom målgruppen finns personer med samsjuklighet - psykisk funktionsnedsättning och beroendeproblematik. Hur samverkan och samarbete omkring denna grupp organiseras beskrivs i Samverkansavtal rörande personer med riskbruk, missbruk och beroendeproblematik.

Definition: *En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och att dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning* (Ambition och ansvar av Nationell psykiatrisamordning, SOU 2006:100)

§ 6 MÄNNISKOSYN

Självkänsla, tillit, självförverkligande och känsla av delaktighet styrs till stor del av hur vi har det i relationer och sociala förhållanden.

Vårt samhälle har som centrala grundvärderingar människors lika värde och rätt till ett aktivt liv i gemenskap med andra. Människan har en egen vilja och därmed ett stort eget ansvar för sin utveckling. Människans sätt att utforma sitt liv, sitt självbestämmande och sin integritet ska respekteras. Vi är olika. Människor har alltid stora dolda resurser. Det finns alltid en tredje väg ut ur låsta situationer, möjligheterna är fler än hindren.

Psykiatriska problem och sociala problem och brister ska förstås utifrån processer med den omgivande miljön. Problemen ska belysas, analyseras och förstås utifrån ett helhetsperspektiv. Sociala, biologiska, psykologiska och existentiella faktorer ska uppmärksammas parallellt. Människor befinner sig i ett kontinuerligt samspel med varandra. Människor är ofta delaktiga i varandras problem. Människor är inte bara delaktiga i varandras problem, vi är också varandras stora möjlighet. Det relationella och sociala perspektivet är centralt för att förstå en människa.

§ 7 MÖTET

Mötet med brukarna ska präglas av medmänsklighet och professionalitet. Målet i mötet med den krisande människan är att skapa en tillitsfull relation. I dialogen arbetar man med att lyssna, förstå, sätta ord på vad som sker. Mötet ska präglas av tilltro, omsorg, hoppfullhet, här/nu-perspektiv och skapande av konkreta lösningar. Behandlingsarbetet och stödet i vardagen syftar

till att utveckla nya verktyg hos brukarna för att bättre hantera sina känslor, förstå andra, hantera relationer med andra och skapa delaktighet i samhället.

En viktig princip för förändringsarbetet är att i dialogen använda sig av brukarens egen motivation till förändring. Samarbetet med brukaren har som ett av sina centrala fokus att få igång en förändringsprocess mot ett självständigt liv.

§ 8 MÅL OCH SYFTE MED SAMVERKAN

Samverkan ska präglas av respekt, brukaren i centrum, lättillgänglighet, kontinuitet, tillit, uthållighet och kompetens. Samverkan ska ske i en god anda och båda parter ska visa en stark vilja och förståelse av att brukaren har behov av att vi jobbar sida vid sida.

Mål och syfte med samverkansavtalet är:

- Att fastställas innehåll i samordnad individuell plan (SIP) enligt HSL § 3f, SoL 2 kap 7 §
- Att klargöra brukar- och anhörigmedverkan
- Att klargöra grundförutsättningarna för en god vård i samverkan
- Att hantera uppdrags- och ansvarsfördelningen (bilaga 2) mellan parterna samt hur formerna för samverkan mellan parterna ska utformas
- Att vara utgångspunkt för lokala samverkansavtal mellan parterna (bilaga 3)
- Att parterna senast den 1 juli 2014 har träffat lokala samarbetsavtal kring målgruppen.
- Att klargöra hantering av brister och oenighet i samverkan
- Att klargöra hur hanteringen ska ske vad gäller uppföljning och utvärdering

§ 9 LÄKAR- OCH TANDVÅRDSMEDVERKAN SAMT HJÄLPMEDEL

Psykisk hälsa

Psykiatrin har ansvar för den psykiatriska vården på läkarnivå vid kommunens särskilda boenden för psykiskt funktionsnedsatta. Läkare skall kontinuerligt träffa/behandla brukare som bor i kommunens särskilda boenden.

Brukare som tillhör målgruppen och som bor i ordinärt boende skall minst en gång per år kallas till sin läkare på psykiatrimottagning för möte/behandling.

Somatisk hälsa

Primärvården har ansvar för den somatiska vården på läkarnivå vid kommunernas särskilda boenden för psykiskt funktionsnedsatta. Läkare skall kontinuerligt och vid behov undersöka/behandla brukare som bor i kommunens särskilda boenden.

Brukare som tillhör målgruppen och som bor i ordinärt boende skall minst en gång per år besöka sin läkare vid vårdcentral för undersökning. Koordinator/case manager ansvarar för att brukaren kallas till undersökning.

Tandvård

Majoriteten av brukarna tillhörande målgruppen är berättigade till uppsökande tandvård och Grönt kort med möjlighet till nödvändig tandvård. Uppsökande tandvård innebär bl.a. möjlighet till årlig kostnadsfri munhälsobedömning och vid behov remiss för nödvändig tandvård hos

tandläkare på folktandvården eller privattandläkare. De i målgruppen som inte är berättigade till uppsökande tandvård och Grönt kort får erbjudas tandvård offentligt eller privat efter önskemål. Koordinator/case manager/kontaktpersonal ansvarar för att brukaren vid behov får erforderlig tandvård.

Barn och ungdomar upp till det år de fyller 19 år har fri tandvård. Detta innefattar både allmäntandvård och specialisttandvård. Allmäntandvård kan erbjudas både inom den offentliga folktandvården och hos privattandläkare som har avtal med Landstinget

Hjälpmedel
Vuxna med psykiska funktionsnedsättningar som ingår inom ramen för detta avtal kan vara i behov av hjälpmedel.

Landstingets och kommunernas gemensamma hjälpmedelscentral har ansvar för precisering av vad som räknas till grundutrustning/pedagogiska hjälpmedel/personliga hjälpmedel. Reglerna för sortiment och förskrivning av hjälpmedel styrs av en gemensam samverkansnämnd med representanter från samtliga kommuner och landsting.

§ 10 KOORDINATOR/CASE MANAGER

I samarbetsavtalet skapas konkreta arbetsrutiner för parterna. En av dessa rutiner är att varje brukare som ingår i målgruppen ska erhålla en koordinator/case manager.

Parterna förbinder sig att varje individ som ingår i målgruppen ska erbjudas en koordinator/case manager.

Koordinatorn/case manager har ansvar för samordning av insatser och stöd till brukaren samt ansvara för att en samordnad individuell plan upprättas med gemensamma mål för stödinsatser. Koordinatorn ska tillse att en arbetsgrupp bildas runt varje brukare.

§ 11 SEKRETESS

12 kap. 2 § Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) anger följande: " En enskild kan helt eller delvis häva sekretess som gäller till skydd för honom eller henne, om inte annat anges i denna lag".
En förutsättning för samverkan är att brukaren efterger sekretessen för de uppgifter som behövs för samarbetet. Brukaren måste även medge att dessa uppgifter kan avhandlas mellan exempelvis behandlande läkare, koordinator, handläggare eller annan deltagare i samarbetet utan att brukaren är närvarande.

Grundläggande för all vård och omsorg är att den ska ske i samråd med den enskilde och att dennes autonomi och integritet respekteras. Om samtycke inte kan erhållas kan uppgifter inte lämnas ut, annat än att sekretessen hävs av lagstiftning, t ex anmälningsskyldighet eller läkarintyg i LVM. (lagen om vård av missbrukare).

§ 12 LÄNSÖVERGRIPANDE STYRGRUPP SAMT UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

Länsövergripande styrgruppen (berörda förvaltningschefer/motsvarande i länets kommuner och berörda förvaltningschefen i landstinget) ska träffas fyra gånger per år för att följa upp så att samverkan sker mellan kommun- och landstingspsykiatri i enlighet med samverkansavtalets intentioner. I samband med uppföljningen av samverkansavtalet, som ska ske i samverkan med berörda brukarorganisationer, ska en handlingsplan upprättas.

Vidare ska styrgruppen svara för frågor som inte kan lösas i de lokala styrgrupperna.

Förvaltningschefen för landstingspsykiatrin är sammankallande.

§ 13 LOKAL STYRGRUPP SAMT UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

På lokal nivå ska kommun och landsting inrätta en lokal styrgrupp

Styrgruppen har till uppgift att svara för övergripande, strategiska och övriga gemensamma frågor som berör samverkan och att samverkansavtalets intentioner följs.

Styrgruppen har också till uppgift att arbeta med konkret utformning av utvärdering av insatser utifrån samverkansavtalet, ansvara för frågor som inte går att lösa i det dagliga arbetet, samt ansvara för framtagande av erforderliga rutiner samt kompetensutvecklingsplaner.

Lokala styrgruppen ska årligen fastställa minst två områden för uppföljning och utvärdering. I samband med uppföljningen, som ska ske i samverkan med berörda brukarorganisationer, ska en handlingsplan upprättas.

§ 14 EKONOMISK ERSÄTTNING

Ingen av parterna ska debitera någon av parterna. Allt deltagande i samverkansarbetet ska ske kostnadsfritt.

Vid överenskommen placering på behandlingshem ska kostnaderna fördelas utifrån parternas ansvarsområde. Landstinget ansvarar ekonomiskt för hälso- och sjukvårdsinsatser vid externa placeringar. Kommunen ansvarar för vård och omsorg samt skola vid externa placeringar.

§ 15 TVISTER

Vid tvister lyfts ärendet till högre chefsnivå. Detta ska ske skyndsamt.

Den lokala styrgruppen ansvarar för ärenden om oenighet och brister i samverkan som inte går att lösa i det dagliga arbetet.

Den länsövergripande styrgruppen ansvarar för ärenden som inte kan lösas i den lokala styrgruppen.

§ 16 IMPLEMENTERING

Respektive part ansvarar för att avtalet implementeras i egen organisation.

§ 17 AVTALSTID OCH UPPSÄGNING

Detta avtal gäller från och med den 1 januari 2014 och till och med den 31 december 2015 med en uppsägningstid på 12 månader. Vid utebliven uppsägning förlängs avtalet automatiskt med 4 år. Om en kommun eller landstinget säger upp detta avtal upphör detta avtal att gälla för samtliga kommuner i och med uppsägningstidens utgång.

§ 18 SAMVERKAN MED BRUKARORGANISATIONER,

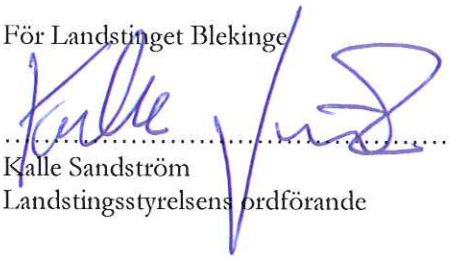
Avtalet har upprättats i samverkan med berörda brukarorganisationer

Bilga:

1. Riktlinjer för upprättande av individuell plan -SIP
    A. Samordnad individuell plan – SIP
    B. Kallelse till samordnad individuell plan – SIP
    C. Samtycke till informationsutbyte
2. Uppdrags- och ansvarsfördelning
3. Förslag till Lokalt samverkansavtal

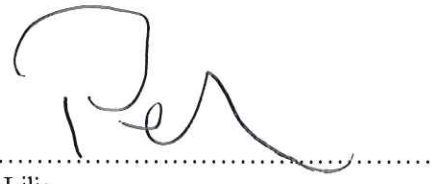
Beslut om samverkansavtalet har tagits av Landstingsfullmäktige och Kommunfullmäktige i respektive kommun.

För Landstinget Blekinge



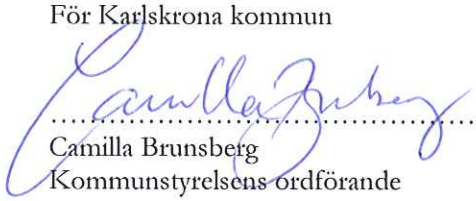
Kalle Sandström
Landstingsstyrelsens ordförande

/



Peter Lilja
Landstingsdirektör

För Karlskrona kommun



Camilla Brunsberg
Kommunstyrelsens ordförande

/



Ingrid Augustinsson Swennergren
Kommundirektör

För Ronneby kommun



Roger Fredriksson
Kommunstyrelsens ordförande

För Karlshamns kommun



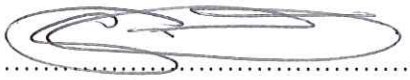
Sven-Åke Svensson
Kommunstyrelsens ordförande

För Sölvesborgs kommun



Helene Björklund
Kommunstyrelsens ordförande

För Olofströms kommun



Sara Rudolfsson
Kommunstyrelsens ordförande

Bilaga 1

Version
2014-04-10

Samordnad individuell plan

Gemensamma riktlinjer för samverkan mellan kommunerna och landstinget avseende vuxna personer från 18 år som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt

Innehållsförteckning

Samverkan 3

Mål 3

Samordnade insatser mellan olika huvudmän 3

Samordnad individuell plan (SIP) 5

Kallelse - Samordnad individuell planering 7

Lagar och förordningar 8

Sammanfattning 9

Bilaga A Samordnad individuell plan 10

Bilaga B Kallelse till upprättande av samordnad individuell plan 10

Bilaga C Samtycke till informationsutbyte 16

Samverkan

Behovet av samverkan mellan kommun och landsting har blivit allt tydligare. Ett gemensamt ansvarstagande för den enskildes hälso- och sjukvård och socialtjänst är angeläget och nödvändigt. Ur den enskildes perspektiv är det viktigt att samordnad planering
genomförs för att säkerställa att den hälso- och sjukvård och socialtjänst som erbjuds är av god kvalitet utifrån den enskildes samlade behov. En bristande kontinuitet i samhällets insatser skapar otrygghet för den enskilde.

Formuleringarna i lagtexterna Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är tydliga avseende kraven på att respektive huvudman ska ta ansvar för samverkan utifrån den enskildes behov. Det är en skyldighet att samverka.

En förutsättning för att samverkan ska fungera är att alla parter är delaktiga och att ansvaret för samverkan åligger alla. Då flera huvudmän behöver samverka ska någon av aktörerna kalla in de berörda till ett möte. De olika huvudmännens uppdrag och ansvar tydliggörs.

Samverkan och ansvarsfördelning i individärenden förutsätter att parterna har kunskap, förståelse och respekt för varandras uppdrag, förutsättningar och roller samt att det finns en tillit till varandras förmåga att hantera frågorna och valet av insatser/åtgärder.

Samverkan mellan landstinget och kommunen ska ge effekter i form av trygghet för den enskilde och bättre nyttjande av de totala resurserna, personalens kompetens och ekonomiska medel.

Mål

Målet för samverkan är att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården och omsorgen ska tillgodoses.

Den enskilde med behovsanpassade insatser ska få möjlighet att leva självständigt och under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

När den enskilde har behov av samordnade insatser från flera huvudmän ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

Samordnade insatser mellan olika huvudmän

Ändringar i HSL[1] och SoL[2] från 1 januari 2010 innebär att landstinget och kommunen tillsammans ska upprätta en individuell plan om denna behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.

Kommun och landsting ska samverka för att fullgöra uppgifter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den gemensamma planeringen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och/eller närstående och klargöra det samlade behovet av insatser.

Syftet med den samordnade individuella planen är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses och att klargöra vilka insatser som den enskilde behöver, vem som ska samordna insatserna samt vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för och säkerställa huvudmännens samarbete. Det kan vara insatser från flera verksamheter och yrkesföreträdare. För personer med sammansatta behov är det angeläget att de sociala, medicinska, psykiska och fysiska behoven bedöms och tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

Hantering av brister i samverkan och uppföljning:

Vid brister i samverkan mellan landstinget och kommun ska rapport om hantering av brister i samverkan skrivas så att förbättringar kan ske.

I landstinget skrivs avvikelse/förbättringsrapport som hanteras enligt landstingets generella rutiner för avvikelsehantering.

I kommunen skrivs rapport som lämnas till närmsta chef.

Oenighet vid tillämpning av samverkansriktlinjer:

Frågor angående tillämpning av samverkansrutiner avseende verksamhets- och kostnadsansvar som inte kan lösas i samförstånd ska lyftas till beslutande verksamhetsnivå – enligt samverkansavtal.

---

[1] Hälso- och sjukvårdslagen 3 §
[2] Socialtjänstlagen 2 kap. 7 §

Samordnad individuell plan (SIP)

En samordnad individuell plan ska gälla för alla som har behov av en sådan. Närstående kan delta vid planering oavsett biologiskt släktskap om den enskilde inte motsätter sig detta.

Ansvarig

Att en samordnad individuell plan utformas och justeras är ett gemensamt ansvar för företrädare för berörda huvudmän. Huvudregeln är att den huvudman som har mest kontakt med den enskilde får det övergripande ansvaret för samordningen.

När

Planen ska upprättas när samordning behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda då den enskilde har insatser från bägge huvudmännen eller när den enskilde har insatser från en huvudman som bedömer att behov finns av insatser från den andra huvudmannen.

Datum för planerad uppföljning kan beslutas vid den samordnade individuella planeringen och ska ske i samråd med den enskilde.

Hur

Den som utses till samordningsansvarig håller i mötet och är ansvarig för att en plan upprättas, undertecknas och delges mötesdeltagarna. Vid behov ska planen kunna erbjudas i annan form än skriftlig.

Finns en tidigare samordnad individuell plan upprättad ska denna samordnas med den nu aktualiserade.

Planeringen kan ske med berörda företrädare närvarande, på distans, via videokonferens eller per telefon.

Sista dag för justering av den samordnade individuella planen beslutas gemensamt och anges i planen.

När en samordnad individuell plan finns upprättad ska detta noteras i journalen.

Vad

Av planen ska framgå

- *kort- och långsiktiga mål för insatserna,*
- *vilka insatser som behövs,*
- *vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för,*
- *vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen,*
- *vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen,*
- *hur uppföljning och utvärdering ska ske.*

Bistånd enligt SoL eller insatser enligt LSS förutsätter att den enskilde själv eller genom en ställföreträdare ansökt om detta. Den enskildes ansökan om bistånd kan undertecknas vid planeringstillfället. En ansökan kan om inte annat är möjligt ske muntligt av den enskilde eller närstående/god man/förvaltare med giltig fullmakt/förordnande och kan senare följas av skriftlig ansökan.

Den samordnade individuella planen ska finnas tillgänglig hos respektive huvudman.

- *Samordning får endast göras om den enskilde har lämnat samtycke.*
- *Med samordnad individuell plan avses planering av de insatser som den enskilde bedöms behöva från flera aktörer.*
- *Den samordnade individuella planen ska innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser samt uppgifter om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats.*
- *Planeringen ska påbörjas utan dröjsmål.*
- *En samordnad individuell plan är upprättad när den är justerad av dem som medverkat vid planeringen.*
- *Den enskilde kan välja att anta eller avstå erbjudna insatser.*
- *Den upprättade planen ska lämnas till den enskilde.*
- *Den upprättade planen ska kontinuerligt följas upp och omprövas vid behov.*
- *En huvudman kan inte erbjuda eller fatta beslut om ett samhällsstöd som någon annan ska tillhandahålla.*

Kallelse-
Samordnad individuell planering

Ansvarig

Ansvarig för att kalla till samordnad individuell planering är den som uppmärksammar behovet av nya eller förändrade insatser eller vård- och omsorgsbehov.

I ansvaret ingår att i samråd med den enskilde bedöma vilken eller vilka aktörer som ska närvara för att den samordnade planeringen ska kunna genomföras och den enskildes behov bli tillgodosedda.

När

Kallelse till ett möte ska initieras när det finns behov av samordning för att tillgodose den enskildes behov.

Till

Kallelse till samordnad individuell planering förmedlas till:

- *den enskilde, närstående eller legal företrädare,*
- *ansvariga inom Socialtjänsten,*
- *ansvariga inom primärvård, psykiatrisk vård och i förkommande fall beroendeenhet.*
- *andra viktiga aktörer såsom inom övrig Individ- och familjeomsorg och övrig hälso- och sjukvård.*

- *Samordning får endast göras om den enskilde eller legal företrädare har lämnat samtycke.*
- *Den yrkesutövare som uppmärksammar att den enskilde har behov av samordning ansvarar för att kalla till möte.*
- *Tänk på att minimera antalet personer som kallas till planeringen eftersom det är en utsatt situation för den enskilde. Viktigt att identifiera rätt aktörer utifrån den enskildes behov.*
- *Den aktör som kallas till samordnad planering är skyldig att delta.*
- *I kallelsen anges tid och plats för samordnad individuell planering.*
- *Samordnad individuell planering ska påbörjas utan dröjsmål.*
- *Med påbörjad planering avses en aktiv kontakt (t.ex. via telefon) mellan företrädare som har mandat att företräda respektive huvudman.*
- *Kallelse till ett möte avseende samordnad individuell planering kan ske via kallelseblankett (se bilaga) eller via annan kontakt, t.ex. telefon.*

Lagar och förordningar

Riktlinjerna bygger på lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och Allmänna råd samt cirkulär från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763)
- Socialtjänstlagen (SoL 2001:453)
- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387)
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT 1991:1128)
- Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV 1991:1129)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Offentlighets- och sekretesslagen (OSL 2009:400)

Föreskrifter och allmänna råd

- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20)
- Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)
- Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)
- Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2001:1)
- Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)
- Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2011:9)
- Tillämpningen av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (SOSFS 1997:6)

Meddelandeblad och cirkulär

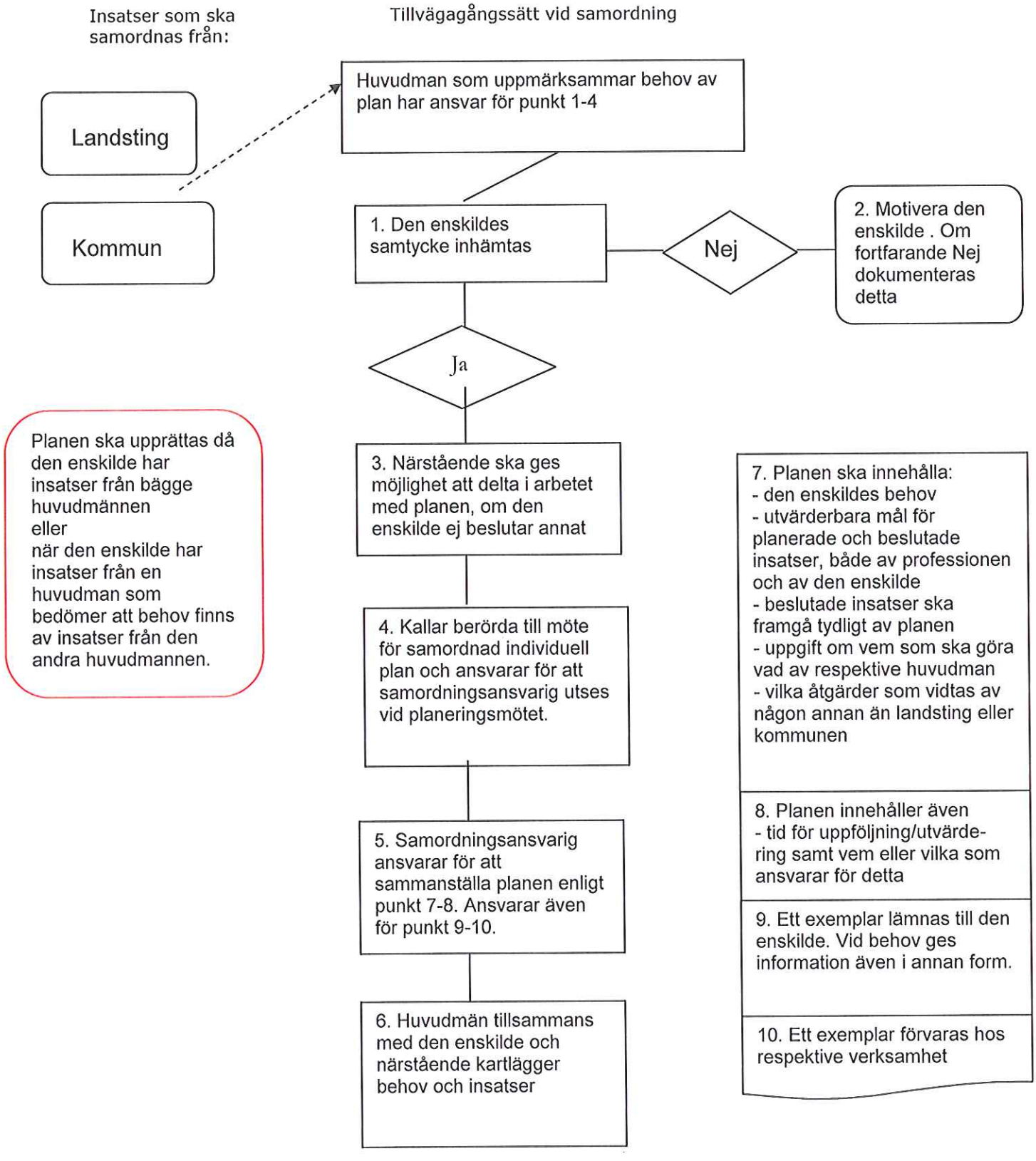
- Gemensamma överenskommelser om samarbete och gemensam Individuell planering mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (SKL Cirkulär 09:66)

Nationella riktlinjer

- Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård
- Nationella riklinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011

Sammanfattning

Flödesschema



SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN - SIP

Den enskildes namn, adress, telefon, e-post	Personnummer

Datum för planens upprättande	Samtyckesblankett ifylld Ja ☐ Nej ☐

Samordningsansvarig för planen (namn, telefon, e-post)

Deltagare vid mötet

Namn	Relation (t ex. släkting, god man, personal /telefonnummer)
Namn	Relation
Namn	Relation
Namn	Relation
Namn	Relation

Namn	Relation
Namn	Relation

Aktuell situation (boende, sysselsättning, försörjning etc.)

Önskvärd förändring och styrkor

Vårdbehov

Anhöriga, närstående och barn

Allmänt:

Önskemål:

Behov:

Pågående insatser från kommunen

Pågående insatser från landstinget: psykiatri/beroendeenheten

Fast vårdkontakt psykiatri: Ansvarig läkare:
GAF: Datum:

Pågående insatser från primärvården

Hälsoval – listad: Ansvarig läkare:

Läkemedel

Ansvarig för medicinering:

Övrigt:

Hjälpmedel

Allmänt:

Behov:

Regelbunden tandvårdsuppföljning

Tandvård:

Destruktivt agerande mot sig själv och/eller omgivningen

Tidiga tecken på återinsjuknande

Handlingsplan om planen inte fungerar

Mål för de samordnade insatserna

Delmål	Insats/åtgärd	Ansvarig	Uppföljning datum	Resultat 1. Icke uppfyllt 2. Delvis uppfyllt 3. Helt uppfyllt
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Annan planering förutom denna samordnade individuell plan:

- ☐ Behandlingsplan – psykiatrin (vårdöverenskommelse)
- ☐ Omvårdnadsplan - psykiatrin
- ☐ Vårdplan – tvångslagstiftning LPT/LRV
- ☐ Samordnad vårdplan (Obruten vårdkedja – Prator)
- ☐ Genomförandeplan - kommunerna
- ☐ .....

Underskrifter

Datum:	Datum:
_____	_____
Den enskilde	Deltagare från landstingets psykiatri
_____	_____
Deltagare från kommunen	Deltagare från primärvården
_____	_____
Deltagare från kommunen	Deltagare övriga

Tid för nästa möte: _____

Ansvarig för att kalla till nästa möte: _____

Bilaga 2

UPPDRAG OCH ANSVAR

- **GENERELLT ANSVAR**

Kommun
Kommunerna har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som åvilar andra huvudmän.

Kommunen har ansvar för de sociala insatserna enligt SoL och insatser för stöd och service till vissa funktionshindrade enligt LSS. I dessa båda lagrum ingår att utreda behov av, besluta om, tillhandahålla, följa upp och samordna sociala insatser för stöd och service. I SoL och LSS beskrivs kommunernas ansvar.

För gruppen funktionshindrade med en personkretstillhörighet finns Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387). Verksamheten främjar jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Målet ska var att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Verksamheten i denna lag ska vara god kvalitet och bedrivas i samarbete med berörda samhällsorgan och myndigheter. Den enskilde ska genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara varaktiga och samordade.

Kommunen har ansvar för att informera om insatser och service och förmedla kontakter till andra myndigheter.

I socialtjänstens olika delar ingår att arbeta uppsökande.

Landsting
Landstinget ska genom att erbjuda kompetent och effektiv hälso- och sjukvård bidra till att skapa förutsättningar för god hälsa. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor och för hela befolkningen inom upptagningsområdet.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1983:763) ska sjukvården medicinskt utreda och behandla sjukdomar och skador. Arbetssättet ska utmärkas av delaktighet från den enskilde.

- **SYSSELSÄTTNING OCH ARBETSREHABILITERING**

Arbete och sysselsättning är viktigt för identiteten och utgångspunkten är att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska kunna arbeta/ha sysselsättning utifrån sina förutsättningar. Därför är ett nära samarbete mellan kommun, landsting, arbetsförmedling och försäkringskassa viktigt för att hitta vägar ut i arbetslivet.

Kommunens ansvar

- För personer som av fysiska eller psykiska skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring skall kommunen bl. a erbjuda en meningsfull sysselsättning.[1]

[1] Socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap.7 §, Lag (1993:387)om stöd och service till vissa funktionshindrade § 9:1

Landstingets ansvar

- Landstinget ansvarar för åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Landstinget skall också erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel.[2]
- Arbetsterapeut- och sjukgymnastinsatser för boende i gruppbostad eller bostad med särskild service enl. LSS eller boende för personer med psykisk funktionsnedsättning.[3]

Övriga aktörers ansvar

- Arbetsförmedlingens uppdrag är att bedriva arbetsinriktad rehabilitering i form av utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser.[4]
- Försäkringskassan har ett samordningsansvar för individer med nedsatt arbetsförmåga enligt socialförsäkringsbalken. Samordningsansvaret gäller både på strukturell och på individuell nivå. På strukturell nivå handlar uppdraget om att skapa förutsättningar för en effektiv samverkan mellan flera aktörer inom rehabiliteringsområdet. På individuell nivå innebär det att samordna aktiviteter från olika aktörer för att den försäkrade skall kunna komma ut i arbetslivet.[5]

• BOENDE

Kommunens ansvar

- Kommunerna ansvarar för att tillgodose behov av boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning.[6]

Landstingets ansvar

- Specialistpsykiatrin ansvarar för konsultinsatser, handledning och metodstöd till kommunens personal.[7] Med handledning avses handledning till berörd personal utifrån enskilda brukares tillstånd/sjukdomsproblematik.

I vissa fall krävs ett utökat samarbete mellan landstinget och kommunerna när det gäller boenden och boendestöd. Det kan t.ex. gälla för personer som vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättpsykiatrisk vård. Personalhandledning från psykiatrin och täta gemensamma uppföljningar av den samordnade individuella planen kan vara exempel på insatser.

Personer med psykisk funktionsnedsättning kan ibland behöva stödinsatser i form av annat boende än det egna för stadigvarande boende eller för längre eller kortare vistelse kombinerat med hälso- och sjukvårdsinsatser.
På nästa sida följer en tablå över ansvarsfördelning i olika boendeformer:

---

[2] Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 3 b §.

[3] Eftersom kostnader för sjukgymnast- och arbetsterapeutinsatser inte skatteväxlades i samban med psykiatrireformen 1995, ansvarar landstinget för dessa insatser.

[4] Förordning (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten, § 11.

[5] "Samordnad rehabilitering" Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, SKL (2011)

[6] Enligt Sol 5 kap. 7 §, Psykiatrireformen (Prop.1993/94:218).

[7] Enligt psykiatrireformen (Prop. Personer med missbruks och beroendeproblem 1993/94:218).

Tablå 1: Ansvar för boende, sociala insatser och hälso- och sjukvård i olika boendeformer

Boende och insatsformer	Kommunens ansvar	Landstingets ansvar
Ordinärt boende	Sociala insatser, boendestöd	Hälso- och sjukvårdsinsatser
Särskilda boenden, kommunala och enskilda. enl. 5 kap 7 § st. 3, resp. 7 kap 1§ 1st p2. Sol med insats enligt SoL eller LSS Särskilda boenden enskilda med tillstånd enl. 23 § LSS och med insats enl. LSS Korttidsboende, kommunala enl. 5 kap 7 § 3 st. Sol med insats enl. SoL	Boende och sociala insatser. Omvårdnad och hälso- och sjukvård t o m sjuk-sköterskenivå 18 - 18c § HSL, exkl. korttidsboende LSS	Hälso- och sjukvårdsinsatser utöver sjuksköterskenivå
Korttidsboende enl. LSS	Sociala insatser	Alla hälso- och sjukvårdsinsatser

- **STÖD TILL ANHÖRIGA OCH NÄRSTÅENDE**

Gemensamt ansvar

- Anhöriga skall ses som en resurs i vård och rehabiliteringsarbetet och huvudmännen skall verka för att de får den hjälp och det stöd de behöver.
- Båda huvudmännen skall samverka för att ge stöd och insatser till vuxna anhöriga och barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning för att skapa fungerande relationer.

Kommunens ansvar

- Socialnämnden ska enligt lagen[8] erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående som till exempel har en funktionsnedsättning.

Landstinget ansvar

- En av Hälso- och sjukvårdens uppgifter är att förebygga ohälsa[9], vilket när det gäller anhöriga bl.a. innebär att fånga upp behov, informera om kommunernas anhörigstöd och motivera till kontakt.

[8] 5 kap 10 § Socialtjänstlagen.

[9] Hälso- och sjukvårdslagen § 2 c.

BILAGA: 3

LOKALT SAMARBETSAVTAL

rörande personer med psykiska funktionsnedsättning och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt

LOKALT SAMARBETSAVTAL

mellan ..... Kommun och Landstingets psykiatrin Vuxenpsykiatrin...

§ 1 Inledning

Personer med allvarliga psykiatriska sjukdomstillstånd och långvariga funktionsnedsättningar omfattas av lagstiftning, föreskrifter, nationella riktlinjer som entydigt slår fast kommunernas och landstingets gemensamma ansvar att samverka, samarbeta omkring deras problematik för att optimera resultatet av insatserna.

Ansvarsområdena för huvudmännen går in i och överlappar varandra. Huvudmännen har i grunden olika ansvarsområden men eftersom dessa är ömsesidigt beroende av varandra så krävs samarbete för framgång i rehabilitering och stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Eftersom ansvarsområdena är ömsesidigt beroende av varandra är det periodvis svårt att veta vem som ska göra vad, när och hur. För att hantera akuta krissituationer med ömsesidigt ansvar så ska samarbetet styras av principen: Vi hjälps åt, vi gör snabba insatser och vi fördelar ansvaret samt utvärderar och för principdiskussioner då den akuta situationen är under kontroll.

I lagar (HSL och SoL), föreskrifter och i riktlinjer för vård och behandling för personer med långvarig psykiskt funktionsnedsättning, omfattande behov (t ex schizofreni och schizofreniliknande tillstånd) slås fast att den samordnade individuella planen (SIP) ska utgöra grunden för samarbetet mellan huvudmännen. Den individuella planen (SIP) grundar sig på personens samtycke, aktiva medverkan och där anhöriga ses som betydelsefulla aktiva medverkande. I den samordnade individuella planen (SIP) ska huvudmännens respektive uppdrag och ansvarsområden pekas ut, långsiktiga och kortsiktiga mål formuleras, hantering av kristillstånd diskuteras och beskrivas samt följas upp och utvärderas.

Samarbetet ska präglats av respekt, brukaren i centrum, lättillgänglighet, kontinuitet, tillit, uthållighet och kompetens. Samverkan ska ske i en god anda och båda parter ska visa en stark vilja och förståelse av att brukaren har behov av att vi jobbar sida vid sida.

§ 2 Samverkan och samarbete

Parterna förbinder sig, i enlighet med samverkansavtalets intentioner och syfte, att

- inrätta en lokal styrgrupp
- tillsätta och utbilda koordinatorer/case manager
- varje brukare som så önskar, ska erhålla en koordinator/case manager
- varje brukare ska ha en upprättad samordnad individuell plan (SIP) – bilaga 1 till huvudavtalet
- följa gällande sekretesslagstiftning – samtycke till informationsutbyte
- ta fram rutiner för brukar- och anhörigmedverkan
- ta fram rutiner så att gemensamma akuta besök kan göras med kort varsel
- verka för ökade kunskaper omkring tidiga tecken på återinsjuknande
- ta fram rutiner för samverkan med primärvården och tandvården för brukare som tillhör målgruppen och som bor i ordinärt boende
- ta fram rutiner för läkare och tandvårdsmedverkan vid särskilda boenden
- ta fram rutiner för genomförande av dialog med brukarna omkring livsstilsfrågor
- göra årliga uppföljningar och utvärderingar

- årlig mötesplan för styrgrupp

§ 3 Arbetssätt

Samverkan kring en enskild brukare kan initieras om brukaren

- har pågående insatser hos både landstinget och kommunen och detta uppmärksammas hos landsting
- har pågående insatser endast hos landstinget
- har pågående insatser hos både landstinget och kommunen och detta uppmärksammas hos kommunen
- har pågående insatser endast hos kommunen

§ 4 Individuell planering utifrån brukarens behov

Basen för samverkan är den samordnade individuella planeringen (SIP). Syftet med den samordnade individuella planen är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses och att klargöra vilka insatser som den enskilde brukaren behöver, vem som ska samordna insatserna samt vilka insatser respektive part ska ansvara för och säkerställa parternas samarbete. Planeringen ska ske utifrån ett helhetsperspektiv där de sociala, medicinska, psykiska och fysiska behoven bedöms och tillgodoses och i samverkan med brukaren och anhöriga.

Samverkan ska ske enligt gällande sekretesslagstiftning – dvs. brukaren beslutar om att samverkan får ske.

§ 5 Koordinator/case manager

Som ansvarig för samordning av insatser och stöd till brukaren ska en koordinator/case manager utses som ansvarar för att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas med gemensamma mål för stödinsatser.

Koordinatorn/case manager ska vara den person som brukaren tror bäst stödjer hans/hennes intressen. Koordinatorn/case manager tillsätts av kommunen och landstinget.

Koordinatorn/case manager ska tillsammans med brukaren tillse att ett team bildas med minimum brukaren, anhöriga, brukarens behandlande läkare och/eller annan behandlingspersonal från landstinget, handläggare från kommunen och/eller annan personal från kommunen och brukarens koordinator/case manager.

Koordinatorn/case manager ansvarar för kallelse till teamet och mötets genomförande tillsammans med brukaren, att den samordnade individuella planen upprättas och utformas utifrån brukarens definierade mål på kort/lång sikt samt uppföljning och information.

Teammöte kan initieras av brukare, anhöriga eller någon av de båda parterna och ska ledas av en koordinator/case manager. Sådant möte ska ske snarast och senast 7 vardagar efter initieringen.

Möten ska ske regelbundet mellan parterna och brukarna. Koordinatorn/case manager gör upp planeringen.

§ 6 Lokal styrgrupp

Lokal styrgrupp - sammanträder minst x gånger per år. Styrgruppen består av parternas verksamhetschefer och avdelningschefer. Vid minst ett möte per år ska parternas förvaltningschefer/motsvarande medverka. Sammankallande är verksamhetschefen i kommunen.

Syftet med styrgruppen är

- att bereda övergripande strategiska och övriga gemensamma frågor som berör samverkan och tillse att intentionerna i upprättat samverkans-/samarbetsavtal följs.
- att beskriva processen, ansvara för framtagande av erforderliga rutiner och kompetensutvecklingsplan.
- att svara för frågor om oenighet och brister i samverkan och uppföljning.
- att årligen fastställa minst två uppföljningsområde

Extra möten i styrgruppen kan påkallas av ingående chefer.

Brukarrepresentanter och anhörigrepresentanter ska ges möjlighet till medverkan. Vid minst två tillfällen per år ska representanter bjudas in att närvara vid möten i styrgruppen.

§ 7 Årsrapport

Årlig rapport omkring pågående arbete och utvecklingsprojekt ska sammanställas av styrgruppen. Den årliga rapporten ska beskriva skeenden/utvärdering omkring bl a

- Antal genomförda samordnade individuella planer
- Antal brukare som genomgått årlig hälsokontroll för den somatiska hälsan och kontroll av tandstatus
- Antal brukare som har fått en årlig uppföljning av psykisk status och medicinering hos ansvarig läkare
- Genomförda hälsosamtal – dialog omkring livsstilsfrågor
- Goda exempel
- Svårigheter
- Gemensamma utbildningsinsatser
- Gemensam kompetensutvecklingsplan

§ 8 Implementering

Varje huvudman ansvarar för att samarbetsavtalen implementeras i den egna organisationen.

§ 9 Avtalstid

Följer samverkansavtalets avtalstid

Landstinget Blekinge
Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen
Vuxenpsykiatrin

..... kommun

§ 51/18 Ärende.nr: 2018/00575

Länsövergripande samverkansavtal Blekinge 2018 - 2020

Nämnden för psykiatri och habilitering föreslår landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att godkänna Länsövergripande samverkansavtal.
2. Att samverkansavtalet ska gälla från 2018 till 2020.
3. Att Länsövergripande samverkansavtal ersätter

- Länsövergripande avtal – ansvarsfördelning och samordning av insatser till barn och ungdomar upp till 18 år som är i behov av samtidiga insatser från olika aktörer under huvudmännen, 2014-2015.

- Länsövergripande samverkansavtal mellan Socialtjänsten i Blekinges kommuner och Landstinget Blekinge rörande personer med riskbruk, missbruks- och beroendeproblematik i Blekinge, 2013-2015.

- Länsövergripande samverkansavtal rörande vuxna personer från 18 års ålder med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt, 2014-2015.

4. LSVO ges uppdrag att inför 2021 utarbeta ett nytt förslag till samverkansavtal.

Sammanfattning

För att tillgodose den enskildes behov krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och psykiatri- och habiliteringsförvaltningen samt primärvårds-förvaltningen vid landstinget Blekinge. Samarbetet ska fungera väl, så att alla personer med behov av samhällets stöd kan få det snabbt, väl individanpassat och på ett så verkningsfullt sätt som möjligt. Den enskilda människans behov ska stå i fokus. Det faktum att kommun och landsting har olika ansvarsområde får inte vara ett hinder för ett effektivt omhändertagande.

Syftet med samverkansavtalet är:
- Att identifiera de områden där det är viktigt att huvudmännen tar ett samlat ansvar för målgruppen
- Att i ett styrdokument fastställa ansvar och ansvarsfördelningen mellan skola, socialtjänst, psykiatri, habilitering och primärvård samt hur samverkan mellan dessa huvudmän ska utformas
- Att klargöra grundförutsättningarna för en god vård i samverkan över huvudmanna-gränserna
- Att vara utgångspunkt för lokala samarbetsavtal mellan huvudmännen

Detta avtal ersätter tre separata samverkansavtal.

Beslutsunderlag

Missiv: Länsövergripande samverkansavtal Blekinge 2018 – 2020.
Bilaga 1: Länsövergripande avtal – Ansvarsfördelning och samordning av insatser till barn och ungdomar upp till 18 år som är i behov av samtidiga insatser från olika aktörer under huvudmännen 2014 – 2015.
Bilaga 2: Länsövergripande samverkansavtal mellan socialtjänsten i Blekinges kommuner och Landstinget Blekinge rörande personer med riskbruk, missbruks- och beroendeproblematik i Blekinge 2013 – 2015.
Bilaga 3: Länsövergripande samverkansavtal rörande personer från 19 års ålder med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt 2014 - 2015
Bilaga 4: Länsövergripande samverkansavtal 2018 – 2020.

Beslutsgång

Ordförande Ann-Christin Denebo (S) ställer bifall mot avslag på liggande förslag och finner liggande förslag bifallet.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen
Förvaltningschefen för psykiatri och habilitering
Diariet

§ 370/18 Ärendenummer: 2018/00575

Länsövergripande samverkansavtal Blekinge 2018 - 2020

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta att föreslå landstingsfullmäktige besluta

1. Att godkänna Länsövergripande samverkansavtal
2. Att samverkansavtalet ska gälla från 2018 till 2020
3. Att Länsövergripande samverkansavtal ersätter

    - Länsövergripande avtal – ansvarsfördelning och samordning av insatser till barn och ungdomar upp till 18 år som är i behov av samtidiga insatser från olika aktörer under huvudmännen, 2014-2015

    - Länsövergripande samverkansavtal mellan Socialtjänsten i Blekinges kommuner och Landstinget Blekinge rörande personer med riskbruk, missbruks- och beroendeproblematik i Blekinge, 2013-2015

    - Länsövergripande samverkansavtal rörande vuxna personer från 18 års ålder med psykiska funktionsnedsättningar och som är i behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt, 2014-2015

4. LSVO ges uppdrag att inför 2021 utarbeta ett nytt förslag till samverkansavtal.

Sammanfattning

För att tillgodose den enskildes behov krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och psykiatri- och habiliteringsförvaltningen samt primärvårdsförvaltningen vid landstinget Blekinge. Samarbetet ska fungera väl, så att alla personer med behov av samhällets stöd kan få det snabbt, väl individanpassat och på ett så verkningsfullt sätt som möjligt. Den enskilda människans behov ska stå i fokus. Det faktum att kommun och landsting har olika ansvarsområde får inte vara ett hinder för ett effektivt omhändertagande.

Syftet med samverkansavtalet är:
- Att identifiera de områden där det är viktigt att huvudmännen tar ett samlat ansvar för målgruppen
- Att i ett styrdokument fastställa ansvar och ansvarsfördelningen mellan skola, socialtjänst, psykiatri, habilitering och primärvård samt hur samverkan mellan dessa huvudmän ska utformas
- Att klargöra grundförutsättningarna för en god vård i samverkan över huvudmanna-gränserna
- Att vara utgångspunkt för lokala samarbetsavtal mellan huvudmännen

Detta avtal ersätter tre separata samverkansavtal.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Länsövergripande samverkansavtal Blekinge 2018-2020.
Bilaga: Länsövergripande samverkansavtal 2018-2020
Bilaga: Protokollsutdrag kommunfullmäktige Sölvesborgs kommun § 105 Förslag till länsövergripande samverkansavtal.
Bilaga: Protokollsutdrag utbildningsnämnden Olofströms kommun § 34 Godkännande av samverkansavtal inom psykiatrin mellan Landstinget Blekinge och Olofströms kommun, länsövergripande.
Bilaga: Länsövergripande avtal – Ansvarsfördelning och samordning av insatser till barn och ungdomar upp till 18 år som är i behov av samtidiga insatser från olika aktörer under huvudmännen 2014-2015.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

Kanslienheten	2018-10-22	Ärendenummer	2018/01645
Helene Håkansson		Dokumentnummer	2018/01645-1

Till landstingsstyrelsen

Beslut om att ersättare får närvarorätt vid regionstyrelsens arbetsutskott samt att ställa in sammanträden för uppföljande arbetsutskott 2019

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen beslutar

1. att ersättare i regionstyrelsens arbetsutskott får närvarorätt vid arbetsutskottens sammanträden som ersättare och lämnar till arvodeskommittén att ta hänsyn till detta vid framtagande av ekonomiska villkor för förtroendevalda
2. att inte ha sammanträde för uppföljande arbetsutskott 2019 vilket innebär att möten som beslutades vid landstingsstyrelsen 2018-06-18 § 178 för uppföljande arbetsutskott 2019 ställs in .

Sammanfattning

För närvarande har inte arbetsutskottets ersättare närvarorätt vid arbetsutskottens sammanträde om de inte är tjänstgörande. Förslag finns nu om att ändra detta så att ersättare får rätt att närvara vid sammanträden. I framtagandet av nya regler för arvoden, ekonomisk ersättning till förtroendevalda, som ska tas fram av arvodeskommittén ska detta tas med.

Landstingsstyrelsen beslutade om regionsstyrelsens sammanträdesplan den 28 maj och landstingsfullmäktige beslutade om regionfullmäktiges sammanträdesplan den 11 juni. Den 18 juni § 178 beslutade landstingsstyrelsen om sammanträdestiderna för de olika arbetsutskotten.

Förslag läggs att beslutade sammanträden för uppföljande arbetsutskott ska tas bort. De sammanträden som är planerade för beredande arbetsutskott, personalutskott, serviceutskott och folkhälsoutskott bedöms kunna ersätta den funktion uppföljande arbetsutskott har.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Landstingsdirektör

Helene Håkansson
Administrativ chef

§ 371/18 Ärendenummer: 2018/01645

Beslut om att ersättare får närvarorätt vid regionstyrelsens arbetsutskott samt att ställa in sammanträden för uppföljande arbetsutskott 2019

Landstingsstyrelsens arbetsutskott beslutar att föreslå landstingsstyrelsen besluta

1. Att ersättare i regionstyrelsens arbetsutskott får närvarorätt vid arbetsutskottens sammanträden som ersättare och lämnar till arvodeskommittén att ta hänsyn till detta vid framtagande av ekonomiska villkor för förtroendevalda

Sammanfattning

För närvarande har inte arbetsutskottets ersättare närvarorätt vid arbetsutskottens sammanträde om de inte är tjänstgörande. Förslag finns nu om att ändra detta så att ersättare får rätt att närvara vid sammanträden. I framtagandet av nya regler för arvoden, ekonomisk ersättning till förtroendevalda, som ska tas fram av arvodeskommittén ska detta tas med.
Landstingsstyrelsen beslutade om regionsstyrelsens sammanträdesplan den 28 maj och landstingsfullmäktige beslutade om regionfullmäktiges sammanträdesplan den 11 juni. Den 18 juni § 178 beslutade landstingsstyrelsen om sammanträdestiderna för de olika arbetsutskotten. Förslag läggs att beslutade sammanträden för uppföljande arbetsutskott ska tas bort. De sammanträden som är planerade för beredande arbetsutskott, personalutskott, serviceutskott och folkhälsoutskott bedöms kunna ersätta den funktion uppföljande arbetsutskott har.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Beslut om att ersättare får närvarorätt vid regionstyrelsens arbetsutskott samt att ställa in sammanträden för uppföljande arbetsutskott 2019.

Förslag till beslut

Björn Tenland Nurhadi (SD) lämnar följande yrkande: Att ta bort första att-satsen om nävarorätt för arbetsutskottets ersättare.
Christina Mattisson (S) lämnar följande yrkande: Att ta bort andra att-satsen. Sammanträden med det uppföljande arbetsutskottet behövs.

Ordförande lämnar förslag på att behålla sammanträdestiderna för det uppföljande arbetsutskottet och i så fall ställa in de sammanträden som inte behövs.

Beslutsgång

Ordförande ställer proposition på att-sats 1 mot Björn Tenland Nurhadis (SD) yrkande att ta bort att-sats 1 och finner propositionen på bifall till att-sats 1 vara med övervägande ja-besvarad.
Ordförande konstaterar därefter att det endast råder bifall till Christina Mattissons (S) yrkande att ta bort att-sats 2 som innebär att sammanträdestider för det uppföljande arbetsutskottet finns kvar.

Protokollet ska skickas till

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGET BLEKINGE

KALLELSE

Landstinget Blekinge sammanträder till landstingsfullmäktige den 26 november 2018 kl. 09.00 i landstingssalen, Wämö Center, Karlskrona.

För mötet har upprättats föredragningslista enligt följande:

1. Mötets öppnande.

2 Anmälda förhinder.

3. Upprop.

4. Val av justerare/röstsammanräknare samt bestämmande av tid och plats för justering.

INFORMATIONSDEL

5. Revisorernas bedömning av delårsrapport augusti 2018 kl. 09.10 – 09.30

BESLUTSDEL

6. Allmänpolitiskdebatt (Ärende 7,8,9,10)

7. Regionplan 2019-2021 och budget för 2019.

8. Utdebitering 2019.

9. Förslag till patientavgifter år 2019.

10. Förslag tandvårdstaxa från och med 15 januari 2019.

11. Delårsrapport augusti 2018 Landstinget Blekinge samt helårsprognos 2018.

12. Budgetomfördelningar.

13. Revidering i reglementet av den finansiella verksamheten.

14. Arbetsordning för regionfullmäktige.

15. Reglementen för nämnder i Region Blekinge 2019-2022.

16. Ekonomiska villkor för förtroendevalda.

17. Regler för kommunalt partistöd Region Blekinge 2019-2022.

18. Avveckling av kommunalförbundet Region Blekinge.

19. Hantering av styrande dokument inför bildande av Region Blekinge 1 januari 2019.

20. Avtal om ansvar för den regionala kollektivtrafiken i Blekinge län 2019 och framåt.

21. Säkerhetspolicy Region Blekinge.

22. Säkerhetsstrategi 2019-2022.

23. Handlingsplan för krisberedskap inklusive reglemente för krisledningsnämnd.

24. Ansökan om medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening.

25. Förlängning av länsgemensam folkhälsopolicy.

26. Skandionkliniken – ändrat samarbetsavtal.

27. Länsövergripande samverkansavtal Blekinge 2018-2020.

28. Sammanträdesplan 2019 Region Blekinge nya nämnder – hälso- och sjukvårdnämnd, tandvårdsnämnd, regional utvecklingsnämnd, kultur- och bildningsnämnd och trafiknämnd.

29. Avsägelser.

30. Val av nämndeman till hovrätten samt entledigande av nämndeman.

31. Val av ledamot och ersättare i förbundsfullmäktige i kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg.

32. Val av fem ledamöter och fem ersättare samt ordförande och vice ordförande i regionstyrelsens personalutskott för åren 2019-2022.

33. Val av fem ledamöter och fem ersättare samt ordförande och vice ordförande i regionstyrelsens serviceutskott för åren 2019-2022.

34. Val av fem ledamöter och fem ersättare samt ordförande och vice ordförande i regionstyrelsens folkhälsoutskott för åren 2019-2022.

35. Val av 15 ledamöter och 15 ersättare samt ordförande, förste vice ordförande och andre vice ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden för åren 2019-2022.

36. Val av åtta ledamöter och åtta ersättare samt ordförande och vice ordförande i hälso- och sjukvårdsnämndens närsjukvårdsberedning för åren 2019-2022.

37. Val av åtta ledamöter och åtta ersättare samt ordförande och vice ordförande i hälso- och sjukvårdsnämndens slutenvårdsberedning för åren 2019-2022.

38. Val av nio ledamöter och nio ersättare samt ordförande och förste vice ordförande och andre vice ordförande i tandvårdsnämnden för åren 2019-2022.

39. Val av 15 ledamöter och 15 ersättare samt ordförande och förste vice ordförande och andre vice ordförande i regionala utvecklingsnämnden för åren 2019-2022.

40. Val av 11 ledamöter och 11 ersättare samt ordförande och förste vice ordförande och andre vice ordförande i kultur- och utbildningsnämnden för åren 2019-2022.

41. Val av 11 ledamöter och 11 ersättare samt ordförande och förste vice ordförande och andre vice ordförande i trafiknämnden för åren 2019-2022.

42. Val av sju ledamöter och sju ersättare samt ordförande i ungdomsrådet för åren 2019-2022.

43. Val av fem ledamöter samt ordförande i pensionärsrådet för åren 2019 – 2022.

44. Val av fem ledamöter och fem ersättare samt ordförande i funktionsstödsrådet för åren 2019-2022.

45. Val av två ledamöter och två ersättare samt ordförande och vice ordförande i Samverkansnämnden i Blekinge för åren 2019-2022.

46. Val av tre ledamöter i styrelsen för Almi Företagspartner AB för tiden ordinarie bolagsstämma 2019 till och och med ordinarie bolagsstämman 2022.

47. Val av tre ledamöter och tre ersättare, ordförande samt revisor i styrelsen för Blekinge museum för åren 2019-2022.

48. Val av fem ledamöter och fem ersättare i Blekinge läns viltförvaltningsdelegation för åren 2019-2022.

49. Val av ledamot och ersättare i styrelsen för Jämshögs folkhögskolan för åren 2019-2022.

50. Val av två ledamöter, två ersättare samt vice ordförande i styrelsen för Regionteatern Blekinge-Kronoberg AB för tiden från och med ordinarie bolagsstämma 2019 till och med ordinarie bolagsstämma 2022 samt val av ombud och ersättare för Region Blekinge till bolagsstämma (rösträtt för regionen aktier).

51. Val av två ledamöter och två ersättare i Södra Regionvårdsnämnden för åren 2019-2022.

52. Val av ledamot och ersättare i övervakningsnämnden för åren 2019-2022.

53. Vad av sju ledamöter och sju ersättare samt ordförande, förste vice ordförande och andre vice ordförande i patientnämnden för åren 2019-2022.

54. Val av tre ledamöter och tre ersättare samt lekmannarevisor i Blekinge läns bildningsförbund åren 2019-2022.

55. Val av tre ledamöter och tre ersättare samt lekmannarevisor i Blekinge läns bildningsförbund åren 2019-2022.

56. Val av två ledamöter i Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) för åren 2019-2022.

57. Val av ledamot, ersättare och revisor i styrelsen för samordningsförbundet 2019-2022.

58. Val av tre ledamöter och två ersättare samt vice ordförande i samverkansnämnden för Region Blekinge och Region Kronoberg för åren 2019-2022.

59. Val av två ledamöter och två ersättare i Nätverket Hälsa och Demokrati för åren 2019-2022.

60. Val av ledamot i styrelsen för stiftelsen f.d Karlskrona barnhem för flickor för åren 2019-2022.

61. Val av ledamot i Nationalföreningen för trafiksäkerhetens främjande Blekinge (NTF) för åren 2019-2022.

62. Interpellationer och frågor.

63. Återrapportering av inkomna motioner som bifallits samt åtgärd.

64. Anmälan om inkomna motioner som ej behandlats av landstinget.

65. Anmälan om avgivna yttranden under året.

66. Förteckning över skrivelser m m som anmäles för kännedom.

Karlskrona den 12 november 2018

Birgitta Ståhl

Landstingsfullmäktiges protokoll finns, efter justering, tillgängligt via Internet under adress http://www.ltblekinge.se/

LANDSTINGET BLEKINGE

Program

inför landstingsfullmäktiges sammanträde den 26 november 2018 klockan 09.00 i landstingssalen, Wämö Center, Karlskrona.

Kl. 09.00-09.05	Mötets öppnande Upprop
Kl. 09.05-10.00	Plenum
Kl. 10.00-10.20	*Kaffepaus*
Kl. 10.20-12.00	Plenum forts
Kl. 12.00-13.00	*Lunch*
Kl. 13.00-14.30	Plenum forts
Kl. 14.30 – 14.50	*Kaffepaus*
Kl. 14.50 -	Plenum forts

LANDSTINGET BLEKINGE

Landstingsstyrelsen

Kallelse/föredragningslista
2018-11-05

Landstingsstyrelsen kallas till sammanträde

Tid:	Måndag den 12 november 2018, kl 9.00 – ca 15.00
Plats:	Martinsonsalen
Ordförande:	Alexander Wendt
Sekreterare:	Annelie Ottosson kanslienheten

Ledamöter:
Alexander Wendt (M), ordförande
Lars Karlsson (C), 1:e vice ordförande
Christina Mattisson (S), 2:e vice ordförande
Emma Stjernlöf (M)
Lennart Förberg (M)
Nils Ingmar Thorell (L)
Erik Lindborg (KD)
Christel Friskopp (S)
Kjell-Åke Karlsson (S)
Markus Alexandersson (S)
Teo Zickbauer (S)
Erik Ohlson (V)
Björn T Nurhadi (SD)
Camilla Karlman (SD)
Louise Erixon (SD)

Ersättare:
Inger Pilthammar (M)
Magnus Gärdebring (M)
Ingrid Hermansson (C)

Per-Ivar Johansson (C)
Peter Christensen (L)
Robert Manea (KD)
Annelie Rosenqvist (S)
Andreas Saleskog (S)
Hampus Engqvist (S)
Johanna Beijer (S)
Magnus Johansson (S)
Lena Johansson (V)
Göran Eklund (SD)
Margaretha Jonasson (SD)
Nicolas Westrup (SD)

Tjänstemän: Peter Lilja, landstingsdirektör
Jonas Kullberg, HR-direktör
Monica Magnusson, ekonomidirektör
Madeleine Flood, planeringsdirektör
Gunilla Skoog, utvecklingsdirektör
Helene Håkansson, administrativ chef
Kristina Bergqvist, landstingsjurist
Annelie Ottosson, sekreterare

Föredragningslista

		Ärende
1.	**Val av justerare och tid för justering**	
2.	**Godkännande av föredragningslistan**	
3.	**Anmälan om protokolljustering (22/10)**	
	Ärenden för information	
4.	**Delårsrapport augusti 2018 Landstinget Blekinge**	Kl 09.00-09.30 Monica Magnusson m fl
5.	**Förslag till regionplan 2019-2021 och budget 2018**	Kl 09.30-10.00 Ralph Harlid, Monica Magnusson m fl
	KAFFE	Kl 10.00-10.20
6.	**Förslag till patientavgifter 2019**	Kl 10.20-10.40 Ralp Harlid, Marie Söderström
7.	**Ekonomiska villkor för förtroendevalda**	Kl 10.40-11.00 Helene Håkansson
8.	**Arbetsordning för regionfullmäktige**	Kl 11.00-11.25 Ralph Harlid, Kristina Bergqvist
9.	**Reglementen för nämnder**	Kl 11.25-11.55 Ralph Harlid, Kristina Bergqvist
10.	**Remissvar God och nära vård SOU 2018:39**	K. 11.55-12.00 Helen Andersson

Ärenden för beslut

11.	Utdebitering 2019 (LF)	2018/01605
12.	Förslag till patientavgifter 2019 (LF)	2018/01473
13.	Förslag tandvårdstaxa från och med 15 januari 2019 (LF)	2018/01499
14.	Investeringsplan 2019-2023	2018/01589
15.	Månadsrapport september 2018 Landstinget Blekinge	2018/01484
16.	Budgetomfördelningar (LF)	2018/01583
17.	Delårsrapport augusti 2018 Landstinget Blekinge samt helårsprognos 2018 (LF)	2018/01074
18.	Delårsrapport augusti 2018 landstingsdirektörens stab	2018/01220
19.	Delårsrapport augusti 2018 Landstingsgemensamt inklusive Hälsoval	2018/01455
20.	Delårsrapport augusti 2018 för landstingsservice	2018/01435
21.	Regionplan 2019-2021 med budget för 2019 (LF)	2018/01653
22.	Ekonomisk rapportplan 2019	2018/01525
23.	Firmatecknare för Region Blekinge 2019	2018/01538
24.	Firmatecknare för stiftelser 2019	2018/01537
25.	Utbetalare från Region Blekinges bankkonton 2019	2018/01540
26.	Utbetalare från stiftelsernas bankkonton 2019	2018/01536
27.	Underteckna bankavtal och utländska checkar	2018/01514
28.	Revidering i reglementet för den finansiella verksamheten (LF)	2018/01636
29.	Arbetsordning för regionfullmäktige (LF)	2018/01416
30.	Reglementen för nämnder i Region Blekinge 2019-2022 (LF)	2018/01604
31.	Ekonomiska villkor för förtroendevalda (LF)	2018/01679
32.	Regler för kommunalt partistöd Region Blekinge 2019-2022 (LF)	2018/01586

33.	Avveckling av kommunalförbundet Region Blekinge (LF)	2018/01483
34.	Principer för hantering av styrande dokument inför bildande av Region Blekinge 1 januari 2019 (LF)	2018/01612
35.	Avtal om ansvar för den regionala kollektivtrafiken i Blekinge län 2019 och framåt (LF)	2018/01451
36.	Säkerhetspolicy Region Blekinge (LF)	2018/00929
37.	Säkerhetsstrategi 2019-2022 (LF)	2018/01212
38.	Handlingsplan krisberedskap (LF)	2018/01213
39.	Ansökan om medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening (LF)	2018/01584
40.	Upphandlingar överstigande 20 basbelopp	2018/01610
41.	Förlängning av länsgemensam Folkhälsopolicy (LF)	2018/01404
42.	Sammanträdesplan 2019 Region Blekinges nya nämnder - hälso-och sjukvårdsnämnd, tandvårdsnämnd, regional utvecklingsnämnd, kultur och bildningsnämnd och trafiknämnd (LF)	2018/01369
43.	Igångsättningsbeslut investeringar	2018/01457
44.	Remissvar; God och nära vård - en primärvårdsreform SOU 2018:39	2018/01113
45.	Remissvar Ds 2018:31 Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi	2018/01157
46.	Länsövergripande samverkansavtal Blekinge 2018 – 2020 (LF)	2018/00575
47.	Beslut om att ersättare får närvarorätt vid regionstyrelsens arbetsutskott	2018/01645
48.	Föredragningslista inför landstingsfullmäktiges sammanträde den 26 november 2018	2018/01712
49.	**Delegationsärenden**	
50.	**Anmälningsärenden**	
51.	**Nästa sammanträde (10/12)**	

Vid förhinder för ordinarie ledamot att deltaga i sammanträdet anmäls detta omgående till Annelie Ottosson, tel. 0455-73 40 02, annelie.ottosson@ltblekinge.se så att ersättare kan kallas till sammanträdet.

2018-11-06
Karlskrona



Annelie Ottosson kanslienheten