

Mötesbok: Hälso- och sjukvårdsnämnden (2019-09-26)

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Datum: 2019-09-26

Plats: Martinsonsalen

Kommentar:

Dagordning

Val av justerare samt tid för justering

Godkännande av föredragningslista

Anmälan om protokolljustering

Information

Verksamhetsinformation - Hälso- och sjukvårdsstabens uppdrag

Förslag till patientavgifter 2020

Äldres psykiska hälsa

Akutkliniken

Delårsrapport augusti 2019

Omsätta kommissionen för jämlik hälsa i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan

Handlingsplan personalsituationen

Återkoppling beredningarna

Kungsplan

Extern förhyrning Brunnsgården

Ärenden för beslut

§ 194/19 Förslag till patientavgifter 2020	4
§ 195/19 Budget i balans – Lyckeby Vårdcentral	20
§ 196/19 Svar återremiss - nettobudgetram ersätter IPDK	25
§ 197/19 Sammanträdesplan 2020 för hälso-och sjukvårdsnämnden	36

§ 198/19 Etablering av en samverkansmodell för medicinteknik 2019-2020 - rekommendation SKL	38
§ 199/19 Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och sjukvårdsnämnden september 2019 - Kompressorer för andningsluft	61
§ 200/19 Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och sjukvårdsnämnden september 2019 - Ventilatorer . 68	
§ 201/19 Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och sjukvårdsnämnden september 2019 - Nya upphandlingar	74

Delegationsärenden

Beslutslogg

Anmälningsärenden

Övriga dokument

Övriga dokument hälso- och sjukvårdsnämnden 2019-06-18	81
---	----

Avdelning för planering, analys
och uppföljning
Marie Söderström

2019-09-19

Ärendenummer 2019/01810

Dokumentnummer 2019/01810-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden (2019-01-01 – 2022-12-31)

Till Regionstyrelsen

Till Regionfullmäktige

Förslag till patientavgifter 2020

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår Regionstyrelsen att föreslå Regionfullmäktige besluta

1. Att följa högsta nivån på högkostnadsskyddet för öppen vård,
2. Att alla distanskontakter som är ersättningsberättigade ska ha samma patientavgift och avgift för uteblivet besök, som ett motsvarande fysiskt besök,
3. Att införa patientavgift för sjukvårdande behandling vid distriktssköterske-, sjuksköterske- och undersköterskebesök i primärvården,
4. Att införa enhetstaxa på 300 kronor,
5. Att införa avgiftsfri röntgen och klinisk fysiologi,
6. Att höja glasögonbidraget med 300 kronor för barn upp till 8 år,
7. Att slopa halv slutenvårdsavgift,
8. Att ta ut ersättning för kostnaden att sända begärd handling till mottagare,
9. Att höja timtaxan enligt tidigare beslut, med 3,2% för 2020,
10. Att i övrigt fastslå patientavgifterna för 2020 samt att dessa gäller från 1 januari 2020.

Sammanfattning

Inför nästa år föreslås att Region Blekinge följer samma nivå på högkostnadsskyddet för öppen vård som övriga regioner har.

Alla distanskontakter som är ersättningsberättigade ska samma patientavgift som motsvarande fysiskt besök.

Patientavgift för besök i primärvården till distriktssköterska med flera, där besöken idag är avgiftsfria bör införas. Det finns ett beslut om att distanskontakt till dessa yrkesgrupper ska ha en patientavgift på lägst 100 kronor. För att behandla dessa "besök" lika, oavsett på vilket sätt patientmötet sker, bör patientavgiften inte vara olika.

Införa enhetstaxa på 300 kronor.

Ta bort patientavgift på den medicinska service som idag är avgiftsbelagd, röntgen och klinisk fysiologi.

Höja glasögonbidraget för barn upp till 8 år till samma nivå som gäller för de äldre barnen.

Enbart ha en nivå på slutenvårdsavgiften.

Vid begäran om exempelvis journalkopior som patienten ska betala för, ska även avgift för kostnaden att sända begärda handlingar tas ut.

Timtaxan höjs årligen enligt tidigare beslut.

Bakgrund till förslag 1

Region Blekinge är den enda region som inte räknade upp gränsen för högkostnadsskydd för öppenvård 2019. Övriga regioner höjde från 1 100 kr till 1 150 kr enligt beräkning som bestäms av 17 kap, 6§ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). För att säkerställa jämlika förhållanden för landets patienter bör även Region Blekinge använda sig av principen att följa högsta nivån för högkostnadsskydd för öppenvård samt slutenvård som beräknas utifrån 17 kap, 2§ och 6§ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). 2018 fanns 33 522 frikort i vårt journalsystem. Antaget att alla dessa varit utfärdade i Region Blekinge skulle våra intäkter varit 1,6 mnkr högre förra året.

Högekostnadsskydd för öppen vård 2019	
Region	Högekostnadsskydd
Blekinge	1 100 kr
Dalarna	1 150 kr
Gotland	1 150 kr
Gävleborg	1 150 kr
Halland	1 150 kr
Jämtland Härjedalen	1 150 kr
Jönköping	1 150 kr
Kalmar	1 150 kr

Kronoberg	1 150 kr
Norrbottn	1 150 kr
Skåne	1 150 kr
Stockholm	1 150 kr
Sörmland	1 150 kr
Uppsala	1 150 kr
Värmland	1 150 kr
Västerbotten	1 150 kr
Västernorrland	1 150 kr
Västmanland	1 150 kr
VGR	1 150 kr
Örebro	1 150 kr
Östergötland	1 150 kr

Bakgrund till förslag 2

Sedan tidigare finns ett beslut i Region Blekinge om patientavgift för distanskontakter via videolänk. Patientavgiften ska vara densamma som för ett motsvarande fysiskt besök. Det finns även ett beslut på patientavgift för kvalificerad telefonkontakt. Kvalificerad telefonkontakt motsvarar definitionen på distanskontakt via telefon och kommer både i Region Blekinge och i andra regioner att byta benämning till det eller motsvarande. Då distanskontakter ska ersätta/motsvara ett ordinarie fysiskt besök är det rimligt att patientavgiften i alla typer av godkända distanskontakter är densamma som för ett motsvarande fysiskt besök. Kriterierna för att vara en ersättningsberättigad distanskontakt regleras nationellt och finns i Region Blekinges riktlinjer för distanskontakter. Riktlinjerna bifogas.

Bakgrund till förslag 3

Den nya vårdgarantilagen inom primärvård innebär att fr.o.m. 2019-01-01 ska patienten erbjudas ”medicinsk bedömning” inom tre dagar av legitimerad personal. Den tidigare lagstadgade vårdgarantin till läkare inom sju dagar upphörde därmed. Detta innebär att den medicinska bedömningen ska göras av någon med tillräcklig kompetens (legitimerad personal) för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Med andra ord kommer, förutom läkare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter med flera, även sjuksköterskor och distriktssköterskor att genomföra medicinska bedömningar. Undersköterskor utför flera avancerade uppgifter, exempelvis såromläggningar.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) beslutade 2018-03-16 om en rekommendation till landsting och regioner att tillämpa en lägsta nivå för patientavgift på 100 kronor vid digitala vårdkontakter i primärvården. Denna rekommendation godkändes 2019-09-04 av Regionfullmäktige i Region Blekinge. För att vården ska ges på jämlika villkor bör samma avgift tas ut för besöket, oberoende av på vilket sätt vårdpersonalen möter patienten. Eftersom Region Blekinge inte har patientavgift för fysiska besök till sjuksköterska/distriktsköterska/undersköterska i primärvården så behandlar man inte patienterna jämlikt. Endast två andra regioner har avgiftsfri sjukvårdande behandling till dessa yrkesgrupper inom primärvården 2019, varav den ena ser över sina patientavgifter inför 2020.

Bakgrund till förslag 4

Ungefär hälften av landets regioner har infört enhetstaxa. Nivåerna ligger mellan 200-300 kronor. En fördel med enhetstaxa är att det förenklar för patienten samtidigt som det minskar viss administration för personalen. Eftersom det finns ett högkostnadsskydd för öppen hälso- och sjukvård så behöver ingen patient betala mer än högsta nivån, som för närvarande är 1 150 kronor, per 12-månadersperiod. Under 2018 använde 29 315 personer sina frikort vid besök inom vården i Region Blekinge. Det fanns 33 522 frikort utfärdade med start- eller slutdatum under 2018. Baserat på besöksstatistiken för 2018 (ålder 20-84 år, ej asyl, frikortsgrundande besök), har 50 846 personer haft 4 besök eller fler under året. Totalt har 95 430 personer haft besök under 2018. Vid enhetstaxa på 300 kronor uppnås frikortsbeloppet på 4:e besöket. Det innebär att det är rimligt att anta att cirka 50% av patienterna kommer att få frikort vid en enhetstaxa på 300 kronor. Osäkerhetsfaktorer i denna beräkning är att antalet besök minskar, fler eller färre får frikort. Patientintäkterna ökar vid enhetstaxa på 300 kronor med 28 mnkr. Om besök enligt förslag 3 blir avgiftsbelagda, ökar intäkterna med ytterligare 14 mnkr.

Bakgrund till förslag 5

Medicinsk service är en del i en utredning/behandling som hjälper läkare att ställa diagnos med mera. För att som patient få en röntgen eller en provtagning utförd krävs det kontakt med läkare som skriver remiss för lämplig medicinsk service. Sedan tidigare är provtagning avgiftsfritt för patienter. Då detta inte är något man kan söka själv som patient bör den medicinska servicen ingå i den patientavgift man betalat för läkarbesöket. Som det fungerar idag kan exempelvis patienten komma till akuten. Där bedömer läkare att röntgen behövs för att ställa diagnos eller utesluta vissa saker. Patienten blir fakturerad dels för läkarbesöket på akuten och dels för röntgenundersökningen. Detta trots att allt borde ingå i samma besök. Ett annat exempel är att patienten uppsöker primärvården och får en remiss skickad för en röntgenundersökning eller arbets-EKG. Det kan dröja en liten tid innan patienten kommer till den medicinska servicen som är beställd. Även här betalar patienten först för läkarbesöket i primärvården och sedan för den medicinska service hen är kallad till. När svar på undersökning kommer ska patienten ha kontakt med läkaren i primärvården igen och det blir ibland ett nytt besök och ny patientavgift. Patientintäkterna för röntgen och klinisk fysiologi uppgick till 3,5 mnkr under 2018.

Bakgrund till förslag 6

Ögonkliniken önskar att glasögonbidraget höjs från 500 kronor till 800 kronor för barn upp till 8 år som behöver enstyrkeglas. Synutvecklingen pågår till 10 års ålder och det är i dessa åldrar man har möjlighet att påverka utvecklingen av god synskärpa med hjälp av glasögon. Barn från 8 år får idag ett bidrag på 800 kronor. Genom att ta fram hur många barn upp till 8 år som fått bidrag åren 2016-2018, får vi ett snitt på 650 barn per år. Bidraget ges idag med högst 500 kronor eller den faktiska kostnaden om den understiger 500 kronor. En höjning av bidraget kan då uppgå till 195 000 kronor extra som mest enligt beräkning på 650 utbetalda bidrag.

Bakgrund till förslag 7

Alla kliniker på Blekingesjukhuset har som uppgift att lämna ut en blankett för ansökan om nedsatt vårddagsavgift till patienter som är ineliggande och tjänar under 96 000 kronor/år. Stickprov kan göras där man begär in uppgifter från patienten som bevisar att de är berättigade till en lägre avgift. Detta ska också utföras av personal på kliniken. Det händer att inlämnade uppgifter inte stämmer och då ska patienten faktureras mellanskillnaden i efterhand. Denna hantering kräver en viss administration. År 2017 hade vi endast 60 registreringar för halv avgift vid slutenvård. I övriga regioner finns olika lösningar, en del har endast en nivå (100 kronor/dygn) som gäller för alla som ska betala avgift. Det är vanligast att det gäller från 20 år. Mot bakgrunden att det är så få registreringar för halv avgift i Blekinge, verkar administrationen kring detta ta mer resurser än vad som kan anses rimligt. Flertalet av de som får nedsatt avgift söker sin vård inom psykiatri och just inom den specialiteten finns det ett beslut om att överläkare inom psykiatri kan besluta om avgiftsbefrielse. Detta får givetvis inte ske helt godtyckligt utan det finns olika kriterier för i vilka lägen detta får användas. Ansvar för försörjningsstöd till patienter med låg inkomst ligger hos en annan huvudman.

Bakgrund till förslag 8

Enligt Avgiftsförordning (1992:191) ska ersättning tas ut för kostnaden för att sända den begärda handlingen eller kopian till mottagaren. Detta gäller när vi skickar exempelvis journalkopior på 10 sidor eller fler. Idag går denna portokostnad på Region Blekinge.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Regiondirektör

Bilaga

- Riktlinjer distanskontakter

Riktlinjer distanskontakter

Dokumentnamn: Riktlinjer distanskontakter		Revision: 02
Dokumenttyp: Styrande dokument	Dokumentnummer:	
Detta dokument gäller för: Region Blekinge	Funktionsområde:	
Dokumentansvarig: Planeringsdirektör	Beslut av: Peter Lilja	
Beslut datum: 2019-09-16	Nästa revidering: 2019-12-31	

Innehåll

Inledning.....	4
Giltighet	4
Definition.....	4
Förutsättningar.....	4
Telefon- brev- och textkontakter som INTE definieras som distanskontakt.....	5
Inrapportering till Socialstyrelsens patientregister PAR sammanfattning	6
Behandling via distanskontakt.....	6
Registrering av distanskontakt.....	7
Journalföring	7
Registrering av patientavgift för högkostnadsskyddet.....	7
Medicinska riktlinjer.....	7
Remittering till annan vårdgivare	8
Ersättning enligt Hälsoval.....	8
Behandlingsserie	8
Hälsoval och listning.....	8
Ersättning för övriga verksamheter med avtal med Region Blekinge.....	8
Patient- och informationssäkerhet.....	9
Teknisk plattform	9
Underleverantörer	9
Uppföljning	9

Inledning

Patientens kontaktmöjligheter med vården ska breddas med fler digitala möjligheter som tidsbokning och vårdmöten. Digital tillgång till vård innebär att Region Blekinges invånare ska ges möjlighet att välja hur de vill kontakta vården, där fysiska besök och e- tjänster, telefon eller videomöte ska ses som naturliga delar av vårdutbudet.

Riktlinjerna för distanskontakter gäller verksamheter som bedriver vård på uppdrag av Region Blekinge, och beskriver de krav och förutsättningar som vårdgivare ska följa när distanskontakter erbjuds. .

Riktlinjerna ska efterföljas av samtliga vårdgivare som erbjuder digitala vårdmöten samt deras eventuella underleverantörer

Giltighet

Innehållet i dessa riktlinjer är en sammanställning av flera beslut som påverkar hur distanskontakter ska hanteras och genomföras. Besluten gäller tillsvidare och kan ändras genom andra regionala eller nationella beslut. Riktlinjerna kommer kontinuerligt att utvecklas

Definition

Region Blekinges definition ansluter till Socialstyrelsens definition för begreppet ”distanskontakt”. Med distanskontakt avses vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda. Distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, bild, text eller som kombination av dessa. Vanligtvis genomförs distanskontakten via digitalt media men kan om definitionskraven uppfylls även ske via telefon.

Följande distanskontakter avser kvalificerad sjukvård enligt Socialstyrelsen:

- distanskontakt via videolänk (överföring av ljud och bild i kombination)
- distanskontakt via telefon (överföring av ljud=kvalificerad telefonkontakt)
- skriftlig distanskontakt (överföring av text)

Förutsättningar

Distanskontakten ska avse **kvalificerad sjukvård enligt Socialstyrelsens definition**¹, d.v.s. det ska inte vara fråga om rådgivning och liknande. Vårdkontakten ska ske via en dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient och ska innehållsmässigt samt tidsmässigt ersätta/motsvara ett öppenvårdsbesök.

Behandlingsansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk bedömning och fattar beslut om eventuell behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning. Hitt räknas även kontakter som är nödvändiga för att inhämta uppgifter om patienten för medicinska utlåtanden men inte för delgivning av utlåtandet

a. Distanskontakten ska:

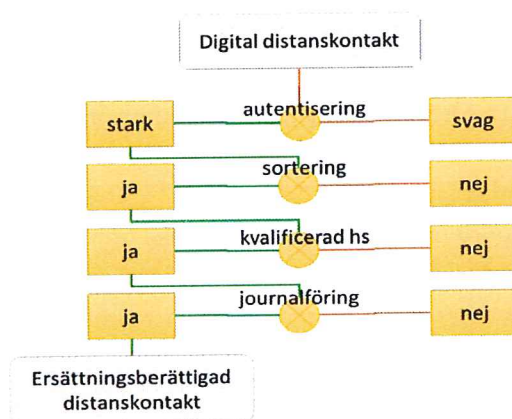
- i. ersätta ett fysiskt besök.
- ii. innehållsmässigt motsvara ett öppenvårdsbesök.

¹ Inrapportering till Patientregister, förtydligande till föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret - SOSFS 2013:30, ver 3.0, 2016-11-22, Dnr 5.1-30177/2016, www.socialstyrelsen.se

- iii. registreras, inrapporteras och dokumenteras likvärdigt som sker vid varje enskilt fysiskt besök.
- iv. journalföras likvärdigt med varje enskilt fysiskt besök i den avtalsansvarige vårdgivarens system enligt Region Blekinges krav
- v. föregås av en "sortering" för att utesluta symtom och diagnoser som bör tas omhand av den fysiska vården eller som inte kräver läkarvård.
- vi. föregås av id-kontroll genom uppvisande av legitimation eller genom stark autentisering², används telefon ska verifierat telefonnummer användas.
- b. Distanskontakt kräver att vårdgivaren har rutiner för remisser och svar vid behov av provtagning och annan medicinsk service
- c. Distanskontakt via videolänk sker genom överföring av digitalt ljud och bild i realtid över internet eller andra datanät och jämförs med "öga-mot-öga" besök inom motsvarande specialitet.

Telefon- brev- och textkontakter³ som INTE definieras som distanskontakt

- a. Kontakt med patient som inte uppfyller ovanstående Förutsättningar (punkt a - c) definieras inte som "distanskontakt"
- b. Om flera telefon- brev- och textkontakter som var för sig INTE definieras som distanskontakt genomförs med en patient, motsvarar dessa kontakter sammantaget ej ett fysiskt besök och skall ej heller registreras som en distanskontakt.



Figur 1 Kriterier för när betalningsskyldighet föreligger för patientens hemlandsting vid utomlänsfakturerings

² Hänvisning till 3 kap. §15 [HSLF-FS 2016:40](#) samt [SoS Handbok för journalföring och behandling av personuppgifter i Hälso- och sjukvården](#).

³ En skriftlig kontakt kan exempelvis ske via chatt i godkänd kommunikations- eller behandlingsplattform. Skriftliga kontakter via e-post är inte ett säkert och därmed inte ett godkänt kommunikationssätt för att överföra person- och journaluppgifter.

Inrapportering till Socialstyrelsens patientregister PAR sammanfattning ⁴

- a. Distanskontakt via videolänk eller via telefon som **ska** rapporteras:
 - Vårdkontakten ska ske via en dialog mellan läkare och patient och ska innehållsmässigt och tidsmässigt ersätta/motsvara ett öppenvårdsbesök.
 - Behandlingsansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk bedömning och fattar beslut om eventuell behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning.
 - Hit räknas även kontakter som är nödvändiga för att inhämta uppgifter om patienten för medicinska utlåtanden men inte för delgivning av utlåtandet.
- b. Distanskontakt via videolänk eller via telefon som **inte ska** rapporteras:
 - Upplysningar, information och råd
 - Sjukskrivning, recept, hjälpmedel
 - Utlåtande/svar
- c. Distanskontakt via videolänk eller via telefon inom **psykiatri** som **ska** rapporteras:
 - Som telefon/videokontakt med patient avseende kvalificerad hälso- och sjukvård räknas också samtalsbehandling samt anamnestagning inklusive från närstående, som i omfattning motsvarar ett besök. Inom psykiatri är kontakter med närstående en mycket viktig del i en evidensbaserad behandling. Ytterligare telefonkontakter som ska rapporteras är kontakter som är nödvändiga för att inhämta uppgifter från patienten för medicinska utlåtanden, till exempel läkarutlåtande om hälsotillstånd, men inte kontakter som bara innebär delgivning av utlåtandet.
- d. Skriftlig distanskontakt som **ska** rapporteras (avser även elektroniska brev):
 - Vårdkontakten ersätter ett öppenvårdsbesök. Behandlingsansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk bedömning och fattar beslut om behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning.
- e. Skriftlig distanskontakt som **inte ska** rapporteras (avser även elektroniska brev):
 - Upplysningar, information och råd
 - Sjukskrivning, recept, hjälpmedel
 - Utlåtande/svar

Behandling via distanskontakt

Behandling som genomförs som en distanskontakt via digitalt media behöver inte nödvändigtvis inkludera rörlig bild. Det kan vara en kombination av rörlig bild och/eller överföring av text, som varierar i det som vanligtvis är en serie vårdkontakter. För att sådan behandling ska definieras som distanskontakt krävs att själva behandlingen stöds av medicinsk programvara som är auktoriserad/certifierad, eller på annat sätt likvärdigt sätt prövad som professionellt godkänd för aktuell behandling till exempel "Stöd och behandlingsplattformen via 1177 Vårdguiden".

⁴ Se utförlig beskrivning: Inrapportering till Patientregister, förtydligande till föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret - SOSFS 2013:30, ver 3.0, 2016-11-22, Dnr 5.1-30177/2016, www.socialstyrelsen.se

Registrering av distanskontakt

Vårdform: distanskontakt (överordnat begrepp)

Kontaktform (följer Socialstyrelsens undergrupper):

- a. distanskontakt via videolänk
- b. distanskontakt via telefon
- c. skriftlig distanskontakt

Besöksform:

- a. enskilt
- b. grupp
- c. team

I mån av volymmässiga begränsningar är det leverantörens ansvar att endast registrera till maximal utbetalningsnivå.

Journalföring⁵

Distanskontakter ska journalföras i enlighet med gällande lagstiftning och avtal. Journalföring ska ske i avtalsansvarige vårdgivares journalsystem. Detta gäller även underleverantörer som utför en distanskontakt på uppdrag av en vårdgivare som har ett vårdavtal med Region Blekinge.

Registrering av patientavgift för högkostnadsskyddet

På patientens begäran ska alla offentligt finansierade hälso- och sjukvårdsverksamheter, mot uppvisande av kvitto, registrera även patientavgifter som betalats för digitala kontakter till offentligt finansierad vårdgivare, inom ramen för patientens högkostnadsskydd.

Medicinska riktlinjer

Vid distanskontakt gäller samma medicinska riktlinjer och vårdprogram som vid fysiska besök. Särskild försiktighet bör iaktas gällande sjukskrivning, förskrivning av beroendeframkallande mediciner samt antibiotika framförallt i de fall patienten inte är känd sedan tidigare. Bedömning ska alltid göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller socionom från fall till fall. Stramas rekommendationer

”Kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten”, www.strama.se ska följas.

⁵ Hänvisning till:

3 kap. §15 HSLF-FS 2016:40

SoS Handbok för journalföring och behandling av personuppgifter i Hälso- och sjukvården

Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2019 kap 4.1.1. Digitala besök

Remittering till annan vårdgivare

Om en distanskontakt övergår till ett fysiskt besök hos annan vårdgivare ska detta ske enligt ordinarie rutin för remiss.

Ersättning enligt Hälsoval

Gäller för verksamhet enligt Hälsoval i Region Blekinge. Dessa vårdgivare kan i sin tur anlita auktoriserad/certifierad underleverantör av digital hälso- och sjukvård. Definition enligt ovan gäller även underleverantörer.

I Region Blekinge ingår registrerade distanskontakter i ”täckningsgraden”.

Ersättning för distanskontakt ges enligt att vårdgivaren:

- a. har ett vårdavtal med Region Blekinge eller har underleverantörsavtal med en vårdgivare som har ett vårdavtal.
- b. följer Region Blekinges rutiner och riktlinjer
- c. för att ett digitalt besök ska berättiga till ersättning från patientens hemregion ska följande krav vara uppfyllda Se [Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2019](#) kap 4.1.1 Digitala besök:

Behandlingsserie

Vid en behandlingsserie som sker digitalt tas patientavgift endast ut vid de tillfällen/kontakter som uppfyller definitionen för kvalificerad sjukvård samt när behandlingsansvarig terapeut deltagit. Den del av behandlingsserien där patienten enskilt genomför övningar/behandlingsinstruktioner digitalt på distans ska således inte debiteras.

Hälsoval och listning

Om listad patient erhåller ett digitalt besök, från annan utförare inom Region Blekinge än vad patienten är listad hos utgår ersättning enligt ”Ersättning för vård av patient som valt annan vårdenhet i Blekinge” i [”Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge 2019”](#).

Om patient är listad utanför Region Blekinge erhåller utföraren ersättning motsvarande det belopp för digitalt besök som anges i utomlänsprislistor för Södra sjukvårdsregionen.

Ersättning för övriga verksamheter med avtal med Region Blekinge

För innehållet i LOU-upphandlad vård samt för LOV öppen specialiserad vård och läkare och fysioterapi med samverkansavtal (taxeersättningar) gäller att ersättning/priser för digitala vårdkontakter/distanskontakter ska överenskommas med Region Blekinge för att inkluderas i avtalen.

Patient- och informationssäkerhet

Införande av nya digitala tjänster och tekniska plattformar ska alltid hanteras utifrån ett patient- och informationssäkerhetsperspektiv och följa gällande lagar, förordningar och föreskrifter.

Vårdgivaren ska identifiera risker för patienter och verksamhet som uppstår när verksamheten inför ny eller förändrad teknik, arbetssätt, metod eller process. Riskanalysen ska dokumenteras och i dokumentationen ska det framgå vilka skyddsåtgärder som har implementerats för att helt undvika och/eller minimera identifierade risker. Särskild försiktighet bör iaktas gällande molntjänster.

Teknisk plattform

Varje vårdgivare ansvarar själv för att införskaffa en teknisk lösning för distanskontakt. Kontakta Portföljkontoret i Region Blekinge för att rådgöra om lämpliga tekniska plattformar. För stöd eller behandling används företrädesvis ”Stöd och behandlings-plattformen” för så väl privata som offentliga vårdgivare. Plattformen nås via 1177 Vårdguiden www.1177.se. I plattformen för Stöd och behandling kan patient och vårdgivare kommunicera asynkront via säker meddelandefunktion. Särskild försiktighet bör iaktas gällande vårdgivares lagring och hantering av bilder, bilagor och chattar efter avslutad digital kommunikation.

Underleverantörer

Vårdgivare kan själv anskaffa valfri tjänst för distanskontakt i egen verksamhet eller via avtal med underleverantör. Vårdgivare ansvarar för underleverantören som för egen verksamhet. Vid distanskontakt ska det vara tydligt för patienten vem som är vårdgivare och vem som är eventuell underleverantör till vårdgivaren.

Uppföljning

Besök och behandling via distanskontakt kommer följas upp på samma sätt som fysiska besök och behandlingar i enighet med respektive vårdavtal. Uppföljningen kan komma att förändras över tid. Region Blekinge kommer följa utvecklingen av distanskontakt utifrån bland annat patientsäkerhet, kostnadsutveckling och vårdkonsumtion.

Karlskrona 2019-09-16

Peter Lilja
Tf planeringsdirektör/regiondirektör

Hälso-och sjukvård Nära vård
Lars Gelander

2019-09-17

Ärendenummer 2019/00055
Dokumentnummer 2019/00055-19

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Budget i balans 2019 - effektiviseringar och besparingar Lyckeby vårdcentral

Förslag till beslut

Hälso-och sjukvårdsnämnden beslutar

1. att förlänga tiden för hälso-och sjukvårdsdirektören att kartlägga Region Blekinges vårdcentraler med förslag på förbättringar och utvecklingsmöjligheter i syfte att effektivisera vården och öka tillgängligheten och återkomma med förslag till beslut på hälso-och sjukvårdsnämndens sammanträde 12 december 2019.

Sammanfattning

Genom att Hälsohuset för alla öppnat filial i geografisk närhet till Lyckeby vårdcentral har Lyckeby vårdcentral tappat i antal listande patienter. Detta har ökat vårdcentralens ekonomiska underskott. Parallellt sker omställning till Nära Vård där uppdraget är att förstärka öppenvård och att överföra sjukhusbaserad vård till vård inom den nyskapade organisationen Nära Vård.

Utvecklingen baseras på utredningen framtidens hälso- och sjukvård, och de inriktningsbeslut som tagits i anslutning denna, är ännu inte framme vid att kunna fastställa en sammanhållen plan för de förändringar som behöver göras.

I utvecklingen av Nära Vård finns flera insatsområden. Basen är att utgå från den primärvård som drivs av region och kommun och att förstärka denna för att öka möjligheten att ta emot invånare med mer komplexa vårdbehov. Intentionen är att dela upp vårdflöden för att säkerställa tillgänglighet. Ett sådant område för ökad tillgänglighet är för vården av de mest sjuka, där huvudansvaret bör ligga hos ett team, med läkare och sjuksköterska som kompletteras med samtalsterapeut och vårdkoordinator. Ytterligare kompetenser kan behövas efter invånarens behov.

Bedömningen är att hälso-och sjukvårdsdirektören behöver förlängd tid för att kunna kartlägga vårdcentralerna i Blekinge ur ett övergripande helhetsperspektiv.

Bakgrund

Hälso-och sjukvårdsnämnden beslutade vid sammanträdet 2019-06-18 § 142

”Att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att i samverkan med beredningen för nära vård kartlägga Region Blekinges vårdcentraler och återkomma till nämnden i september med förslag på förbättringar och utvecklingsmöjligheter i syfte att effektivisera vården och öka tillgängligheten.”

Samverkan har skett med närsjukvårdsberedningen 2019-09-03.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Regiondirektör/hälso-och sjukvårdsdirektör

Bilaga

- Protokollsutdrag från hälso-och sjukvårdsnämnden 2019-08-16 § 142
- Protokollsutdrag från närsjukvårdsberedningen 2019-09-03

§ 7/19

Uppdrag att kartlägga Region Blekinges vårdcentraler och återkomma med förslag på förbättringar och utvecklingsmöjligheter i syfte att effektivisera vården och öka tillgängligheten

Närsjukvårdsberedningen beslutar att föreslå

1. för hälso- och sjukvårdsnämnden att till regionstyrelsen föreslå revidering av hälsovalet för att möjliggöra omställning av hälso och sjukvård. Att i förslag till omarbetning särskilt föreslå förändring som möjliggör:

- Att vårdcentraler kan ombildas till filialer även då det inte finns komplett vårdcentral i kommunen.
- Att genomföra översyn av regelverk för passiv listning.
- Att utöka uppdraget inom hälsoval avseende samtalsterapeutisk kompetens.
- Att utöka uppdraget inom hälsoval avseende särskild personal för koordination av komplexa vårdbehov.
- Att dessa utökade uppdrag motsvaras av utökad ersättning

2. för hälso- och sjukvårdsnämnden att utreda förändring av primärvårdens beredskap med syfte att tillhandahålla mobila läkarinsatser på ett jämlikt sätt i hela Blekinge och att utöka uppdraget till att ersätta nuvarande beredskapssystem för läkare.

Reservationer och särskilda uttalanden

Socialdemokraterna avstår från att delta i beslutet då de menar att "Konceptprogram för Nära vård i Blekinge" inte är att betrakta som ett underlag för beslut. Socialdemokraterna menar att ärendet hade behövt en komplettering innan vidarebefordran till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Sammanfattning

Den nära vården i Blekinge ska vara lätt att nå och utgå från invånarnas behov. Den nära vården i Blekinge erbjuder service anpassad efter behov och önskemål och ska vara hälsofrämjande, förebyggande och erbjuda tidiga insatser.

Beslutsgång

Ordförande Karin Nordvall (C) ställer bifall mot avslag på liggande förslag och finner att beredningen bifallet liggande förslag.

Protokollet ska skickas till diariet'

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Diariet


Justerandes signatur


Utdragsbestyrkande

§ 142/19

Ärendenummer: 2019/00055

Budget i balans 2019 - effektiviseringar och besparingar Lyckeby Vårdcentral.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

1. Att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att i samverkan med beredningen för nära vård kartlägga Region Blekinges vårdcentraler och återkomma till nämnden i september med förslag på förbättringar och utvecklingsmöjligheter i syfte att effektivisera vården och öka tillgängligheten.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen fick den 1 februari 2019 i uppdrag av nämnden att till mötet den 28 februari 2019 presentera alternativ för att minska förväntat underskott.

Den 28 februari fick hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag av nämnden att utreda vidare en profilering av Lyckeby vårdcentral i syfte att öka antal listade personer, alternativt kraftiga neddragningar på densamma motsvarande förlorat patientunderlag samt utreda möjliga samordningsvinster mellan vårdcentralerna Brunnsgården och Samariten i Karlshamn.

Länets vårdcentraler är viktiga aktörer i den påbörjade utvecklingen mot den nära vården. En utveckling mot så kallade nära vård center behöver påbörjas inom regionen. En sådan utveckling kan innebära att vissa vårdcentraler bör omvandlas till filialer till en "huvudvårdcentral". Med en modell med en huvudvårdcentral och filialer kan resurserna samordnas på ett mer effektivt sätt.

Det pågår ett arbete med omställning av primärvården och den nära vården. Det är viktigt att detta sker i ett helhetsperspektiv, för att på bästa sätt öka effektivitet, kvalitet och tillgänglighet.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse: Budget i balans 2019 – effektiviseringar och besparingar på vårdcentralerna

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Protokoll

43
(42)

Sammanträdesdatum:
2019-06-18

Beslutsgång

Ordförande Emma Stjernlöf (M) ställer bifall mot avslag på liggande förslag och finner att nämnden bifaller liggande förslag.

Protokollet ska skickas till

Närsjukvårdsberedningen
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Hälso- och sjukvårdschefen för Nära vård
Diariet

Hälso- o sjukvård Ekonomienhet
Åsa Nygren

2019-09-18

Ärendenummer 2019/00889
Dokumentnummer 2019/00889-6

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden 2019-09-26

Svar återremiss - nettobudgetram ersätter IPDK

Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslås lägga ärendet till handlingarna då föreslagen förändring är inrättad i planeringsdirektiv till år 2020-2022.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har föreslagit för regionstyrelsen att förändra beslutad budgetram till nettoram istället för IPDK. Regionstyrelsen har hörsammat behovet och fört en dialog med ekonomifunktionen. Planeringsdirektiv inför 2020-2022 utgår från nettoram.

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdens budgetram beslutas av Regionfullmäktige per Intäkter, Personal, Drift och Kapital (IPDK). Förändringar i verksamheten innan budgetårets början samt under budgetåret kan ge förändringar mellan de olika kostnadsslagen. Med hänsyn till detta föreslås därför hälso – och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen, att föreslå regionfullmäktige att besluta att budgetramen förändras till en nettoram.

Regionstyrelsen har hörsammat behovet och fört en dialog med ekonomifunktionen och jurist. Det har också förts en dialog mellan tjänstemän och hälso- och sjukvårdsnämndens ledamöter om vad som föreskrivs i lagen, vilket är följande: Av prop 1990/91:117 sid 114 under rubrik 4.8.4 Budgetens innehåll: Står det "Den kommunala budgeten skall fortfarande vara en bruttobudget. Fullmäktige får dock anvisa nettoanslag till nämnderna. Av sid 115 står det att "Det bör framgå av budgeten hur samtliga utgifter finansieras". Även av den nya propositionen till den nya kommunallagen prop 2016/2017:171 s.167 framgår det tydligt att lagstiftaren fortfarande håller fast vid kravet på att fullmäktiges budget ska vara en bruttobudget.

Vidare beslutade regionfullmäktige i Regionplanen om en resultatbudget totalt för Region Blekinge (se sid 40, bilaga 1 i "Regionplan 2019-2021 med budget för 2019"). Resultatbudgeten är en detaljerad form av bruttobudget. I regionplanen framgår också att anslagen till respektive nämnd är beslutade brutto för 2019-2021. På Regionfullmäktige 6 november 2019 beslutas om plan och budget för 2020-2022 (vilket innebär en revidering av åren 2020-2021), det ges då möjlighet att revidera budget till respektive nämnd till nettonivå vilket stöds i lagstiftningen.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Tf Hälso- och sjukvårdsdirektör

Åsa Nygren
Ekonomichef Hälso- och sjukvården

§ 215/19

Ärendenummer: 2019/00889

Svar Delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK (Intäkter, Personal, Drift, Kapital)

Regionstyrelsen beslutar

1. Att återremittera ärende till hälso- och sjukvårdsnämnden för vidare handläggning.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i ärende 2019/00889 föreslagit regionstyrelse att föreslå regionfullmäktige att nettobudgetram ersätter IPDK (Intäkter, Personal, Drift, Kapital).

I november 2018 beslutade landstingsfullmäktige om regionplan 2019 – 2021 med budget 2019. I underlag till landstingsstyrelsen 12 november 2018 presenterades en budget för 2019 per nämnd på nettokostnadsnivå. I samband med beredning av budget avseende 2019 av landstingsstyrelsen framkom önskemål från en majoritet av beslutande politiker att budget skulle beslutas på nivån intäkter, personal, drift och kapital istället för på nettokostnadsnivå för samtliga nämnder.

Landstingsfullmäktige beslutade därefter om budget för 2019 för samtliga nämnder på nivån intäkter, personal, drift och kapital.

Inför budget 2020 förekommer diskussioner om på vilken nivå, nettokostad eller intäkter, personal, drift och kapital, som budget ska beslutas. I planeringsdirektivet har förslag till budget beslutats på nettokostnadsnivå.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande: Svar delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK.

Bilaga: Tjänsteutlåtande till hälso- och sjukvårdsnämnden angående delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK

Bilaga: Protokollsutdrag § 112 hälso- och sjukvårdsnämnden angående delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK (Intäkter, Personal, Drift, Kapital).

Bilaga: Protokollsutdrag § 158 arbetsutskottet angående svar delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK (Intäkter, Personal, Drift, Kapital).

Förslag till beslut

Björn Tenland Nurhadi (SD) yrkar avslag på arbetsutskottets förslag

Ordförande yrkar bifall till arbetsutskottets förslag.

Erik Ohlson (V) yrkar avslag på arbetsutskottets förslag samt yrkar att frågan hanteras i budgetberedningen.

Christina Mattisson (S) yrkar avslag på arbetsutskottets förslag.

Camilla Karlman (SD) yrkar avslag på arbetsutskottets förslag.

Lennarth Förberg (M) yrkar återremiss för vidare handläggning av hälso- och sjukvårdsnämnden.

Beslutsgång

Ordförande börjar med att ställa proposition på om ärendet ska avgöras idag eller återremitteras och finner propositionen på bifall till återremiss vara med övervägande ja-besvarad.

Regionstyrelsen beslutar att återremittera ärendet till hälso- och sjukvårdsnämnden för vidare handläggning.

Protokollet ska skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Ekonomienheten

§ 158/19

Ärendenummer: 2019/00889

Svar Delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK (Intäkter, Personal, Drift, Kapital)

Arbetsutskottet beslutar att föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

1. Att ersätta hälso- och sjukvårdsnämndens beslutade budget på intäkter, personal, drift och kapital med nettokostnadsbudget för 2019.

Reservationer och särskilda uttalanden

Socialdemokraterna och sverigedemokraterna deltar ej i beslutet.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i ärende 2019/00889 föreslagit regionstyrelse att föreslå regionfullmäktige att nettobudgetram ersätter IPDK (Intäkter, Personal, Drift, Kapital).

I november 2018 beslutade landstingsfullmäktige om regionplan 2019 – 2021 med budget 2019. I underlag till landstingsstyrelsen 12 november 2018 presenterades en budget för 2019 per nämnd på nettokostnadsnivå. I samband med beredning av budget avseende 2019 av landstingsstyrelsen framkom önskemål från en majoritet av beslutande politiker att budget skulle beslutas på nivån intäkter, personal, drift och kapital istället för på nettokostnadsnivå för samtliga nämnder.

Landstingsfullmäktige beslutade därefter om budget för 2019 för samtliga nämnder på nivån intäkter, personal, drift och kapital.

Inför budget 2020 förekommer diskussioner om på vilken nivå, nettokostad eller intäkter, personal, drift och kapital, som budget ska beslutas. I planeringsdirektivet har förslag till budget beslutats på nettokostnadsnivå.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse: Svar delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK (Intäkter, Personal, Drift, Kapital)

Bilaga: Delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK (intäkter, personal, drift, kapital)

Arbetsutskottet

Protokoll

34
(49)

Sammanträdesdatum:
2019-05-29

Bilaga: Protokollsutdrag hälso- och sjukvårdsnämnden den 29 april § 112/19
Delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK
(intäkter, personal, drift, kapital)

Förslag till beslut

Alliansen yrkade: ”att ersätta hälso- och sjukvårdsnämndens beslutade budget på intäkter, personal, drift och kapital med nettokostnadsbudget för 2019”

Protokollet ska skickas till

Regionstyrelsen

§ 112/19

Ärendenummer: 2019/00889

Delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK (Intäkter, Personal, Drift, Kapital)**Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar**

1. Att delegera beslut om budgetomfördelningar mellan områdesnivåer inom hälso- och sjukvården till hälso- och sjukvårdsdirektören.

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen att föreslå regionfullmäktige att besluta

2. Att ersätta budget per intäkter, personal, drift, kapital (IPDK) med nettoresultat för hälso- och sjukvårdsnämnden.

Reservationer och särskilda uttalanden

JanAnders Palmqvist (S) lämnar yrkande, se bilaga 2.

Socialdemokraterna och vänsterpartiet reserverar sig mot första attsatsen.

JanAnders Palmqvist (S) reserverar sig mot beslutet i andra attsatsen till förmån för sitt yrkande, se bilaga 3.

Sammanfattning

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.

Inför kommande år tar hälso- och sjukvårdsnämnden beslut kring budget för intäkter, personalkostnader, driftskostnader och kapitaltjänstkostnader fördelad per basenhet. Under budgetåret kan verksamhetsförändringar föranleda budgetförändringar, där justeringar behöver göras mellan basenheter inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Beslut om budgetförändringar mellan basenheter inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen föreslås delegeras till hälso- och sjukvårdsdirektören.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse: Delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK (Intäkter, Personal, Drift, Kapital)

Förslag till beslut

JanAnders Palmqvist (S) yrkar:

1. ”I budgetförslaget från nämnden ska samtliga inkomster och utgifter inom nämndens verksamheter tas upp. Om fullmäktige därefter väljer att begränsa nämndens budgetansvar till nettokostnaden förutsätts att fullmäktige tydliggör vad som förväntas uppnås.”

2. ”I nämndens delegationsordning tillförs följande:

Budgetomfördelningar mellan de olika områdena ”nära vård”, osv, delegeras till nämndens presidium och skall återrapporteras till nämnden vid nästkommande sammanträde.”

Alliansen yrkar att ”basenheter” i liggande attsats 1 byts ut till ”områdesnivåer”.

Beslutsgång

Ordförande Emma Stjernlöf (M) ställer bifall mot avslag på JanAnders Palmqvists (S) yrkanden och finner att nämnden avslagit yrkandena.

Ordförande Emma Stjernlöf (M) ställer bifall mot avslag på första attsatsen i liggande förslag tillsammans med Alliansens yrkande att byta ut ”basenheter” till ”områdesnivåer” och finner att nämnden godkänt första attsatsen.

Ordförande Emma Stjernlöf (M) ställer bifall mot avslag på andra attsatsen i liggande förslag och finner att nämnden bifallit liggande förslag.

Protokollet ska skickas till

Regionstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Diariet

Ekonomienheten
Monica Magnusson

2019-05-16

Ärendenummer 2019/00889
Dokumentnummer 2019/00889-2

Till regionfullmäktige

Svar delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK (Intäkter, Personal, Drift, Kapital)

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige besluta

1. Att inte ersätta hälso- och sjukvårdsnämndens beslutade budget på intäkter, personal, drift och kapital med nettokostnadsbudget för 2019.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i ärende 2019/00889 föreslagit regionstyrelse att föreslå regionfullmäktige att nettobudgetram ersätter IPDK (Intäkter, Personal, Drift, Kapital).

I november 2018 beslutade landstingsfullmäktige om regionplan 2019 – 2021 med budget 2019. I underlag till landstingsstyrelsen 12 november 2018 presenterades en budget för 2019 per nämnd på nettokostnadsnivå. I samband med beredning av budget avseende 2019 av landstingsstyrelsen framkom önskemål från en majoritet av beslutande politiker att budget skulle beslutas på nivån intäkter, personal, drift och kapital istället för på nettokostnadsnivå för samtliga nämnder. Landstingsfullmäktige beslutade därefter om budget för 2019 för samtliga nämnder på nivån intäkter, personal, drift och kapital.

Inför budget 2020 förekommer diskussioner om på vilken nivå, nettokostad eller intäkter, personal, drift och kapital, som budget ska beslutas. I planeringsdirektivet har förslag till budget beslutats på nettokostnadsnivå.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Regiondirektör

Monica Magnusson
Ekonomidirektör

Hälso- o sjukvård Ekonomienhet
Lisa Forssell

2019-04-23

Ärendenummer 2019/00889
Dokumentnummer 2019/00889-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Delegation avseende budgetomfördelningar samt nettobudgetram ersätter IPDK (Intäkter, Personal, Drift, Kapital)

Förslag till beslut

Hälso-och sjukvårdsnämnden föreslås besluta

1. Att delegera beslut om budgetomfördelningar mellan basenheter inom hälso- och sjukvården till Hälso- och sjukvårdsdirektören

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen att föreslå regionfullmäktige att besluta

1. Att ersätta budget per intäkter, personal, drift, kapital (IPDK) med nettoresultat för Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Sammanfattning

Budgetomfördelningar

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.

Inför kommande år tar Hälso- och sjukvårdsförvaltningens nämnd beslut kring budget för intäkter, personalkostnader, driftskostnader och kapitaltjänstkostnader fördelad per basenhet. Under budgetåret kan verksamhetsförändringar föranleda budgetförändringar, där justeringar behöver göras mellan basenheter inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Beslut om budgetförändringar mellan basenheter inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen föreslås delegeras till Hälso- och sjukvårdsdirektören.

Nettoram

Hälso- och sjukvårdens budgetram beslutas av Regionfullmäktige per Intäkter, Personal, Drift och Kapital (IPDK). Förändringar i verksamheten innan budgetårets början samt under budgetåret kan ge förändringar mellan de olika kostnadsslagen. Med hänsyn till detta föreslås därför hälso – och sjukvårdsnämnden föreslå regionsstyrelsen, att föreslå regionfullmäktige att besluta att budgetramen förändras till en nettoram.

Karlskrona enligt ovan

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Kanslienheten
Helene Håkansson

2019-09-17

Ärendenummer 2019/01818
Dokumentnummer 2019/01818-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Sammanträdesplan 2020 för hälso-och sjukvårdsnämnden

Förslag till beslut

Hälso-och sjukvårdsnämnden beslutar

1. att godkänna sammanträdesplan för 2020.

Sammanfattning

Förslag till sammanträdesplan för 2020 är framtagen med hänsyn till planerings- och uppföljningsprocessen för Region Blekinge och för att kunna synkroniseras med tiderna för regionstyrelsen och regionfullmäktiges möten.

Regionstyrelsen fattar beslut om sammanträdesplan för regionstyrelsen och regionstyrelsens utskott 2019-09-18. Regionfullmäktige beslutar om sammanträdesplan 2019-10-02.

Förslag på sammanträdesplan för hälso-och sjukvårdsnämnden 2020:

23 januari
13 februari
26 mars
16 april
7 maj
11 juni
20 augusti
17 september
1 oktober
5 november
10 december

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Regiondirektör/hälso-och sjukvårdsdirektör

Regiondirektör
Peter Lilja

2019-09-17

Ärendenummer 2019/01815
Dokumentnummer 2019/01815-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Etablering av en samverkansmodell för medicinteknik 2019-2020 – ställningstagande till rekommendation Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

1. att ta informationen om ställningstagande från regiondirektören/hälso- och sjukvårdsdirektör till protokollet gällande rekommendation om etablering av samverkansmodell för medicinteknik 2019-2020 från SKL.

Sammanfattning

Rekommendationen innebär att regionerna gemensamt etablerar en samverkansmodell för medicinteknik som förbereds under 2019 och går i skarp drift fr.o.m. 2020. Verksamheten utvecklas successivt över tid därefter. Huvudinriktningen är att tillskapa en nationell och regiongemensam process för införande av ny medicinteknik, men modellen ger även möjlighet till mer strukturerad samverkan även på sjukvårdsregional nivå.

Regiondirektören har svarat SKL att Region Blekinge instämmer i rekommendationen.

Bakgrund

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 15 mars 2019 beslutat rekommendera regionerna

- **att** gemensamt etablera en samverkansmodell för medicinteknik som förbereds under 2019 och går i skarp drift fr.o.m. 2020. Verksamheten utvecklas successivt över tid därefter.
- **att** samverksmodellens finansiering i sin helhet sker inom ramen för sjukvårds-regionerna, förutom vissa funktioner av gemensam karaktär. För dessa föreslås gemensam tilläggsfinansiering motsvarande 2,4 mkr 2019 (utökning om 1,4 mkr) och 3 mkr 2020 (tillsvidare) med årlig

uppräknings enligt LPI. Regionerna samordnar själva eventuell nödvändig resursomfördelning inom respektive sjukvårdsregion som kan bli aktuell.

- **att** följande funktioner inrättas:
 - *Ett medicintekniskt råd.* Rådet verkar utifrån den etiska plattformen för att avge rekommendationer till regionerna men med uppdrag att beakta den medicintekniska marknadens särskilda förutsättningar. Bemanning sker främst via sjukvårds-regionerna men även representation från kommunerna föreslås. SKL stöttar med sekreterarfunktion/koordinator.
 - *En beredningsfunktion.* Funktionen koordinerar, bereder, kommunicerar och följer upp regiongemensamt agerande inom samverkansmodellen och är ett operativt stöd till det medicintekniska rådet. Bemanning sker via sjukvårdsregionerna och SKL. Initialt resurser motsvarande 0,5 bef per sjukvårdsregion, ökning bedöms behövas över tid.
 - *Ett upphandlingsprojekt* under 2019 med fokus på strategisk upphandlings-samverkan inom medicinteknikområdet och ordnat införande. Projektledning utgår förslagsvis från en region. Fr.o.m. 2020 inrättas en *upphandlingskoordinator*. Projektledare och upphandlingskoordinator ingår i beredningsfunktionen.
- **att** regionerna i sina interna processer och i sitt budgetarbete beaktar effekterna av samverkansmodellens genomförande, såväl avseende personella resurser som medel för att kunna följa gemensamma rekommendationer.
- **att** regionerna i samverkan uppdrar åt kunskapsstyrningssystemets programområden och arbetsgrupper samt de egna HTA-enheterna eller motsvarande resurser att aktivt medverka i samverkansmodellen med sin expertkunskap.
- **att** nätverket för regionernas kontaktpersoner i medicinteknik behålls under 2019-2020 och utvärdering sker därefter.
- **att** etableringsprojektet och den nationella arbetsgruppen för medicintekniks uppdrag avslutas fr.o.m. 2020, när samverkansmodellen träder i kraft.
- **att** den del av samverkansmodellen som är gemensamt finansierad faktureras av SKL i likhet med läkemedelsmodellen och samordnat med denna.
- **att** styrgruppen för läkemedels- och medicintekniksamverkan, NSG LM/MT, kontinuerligt följer arbetet och årligen återrapporterar till regionerna om hur arbetet utvecklas och om budgeten behöver justeras. Särskilt ska ev. författningsmässiga krav som kan komma att ställas på transparens, förutsägbarhet och rättssäkerhet beaktas.
- **att** modellen utvärderas av en extern aktör en första gång efter år 2021, t.ex. via Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys.

Förbundsstyrelsen beslutade även att rekommendera regionerna

- **att** ansluta sig till den föreslagna samverkansmodellen för medicinteknik, vilket innebär att aktivt medverka i den, att verka för att dess intentioner uppfylls och att fatta de beslut som behövs i enlighet med rekommendationen ovan.

att respektive region uppmanas att senast 15 maj 2019 anmäla till Sveriges Kommuner och Landsting hur rekommendationen behandlas.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Regiondirektör/hälso-och sjukvårdsdirektör

Bilaga

- Förslaget från SKL
- Förbundsstyrelsens beslut

Etablering av en samverkansmodell för medicinteknik 2019-2020

Sammanfattning

I tio år har landsting¹ och regioner tillsammans med SKL och TLV² utvecklat samverkan inom läkemedelsområdet. Den har successivt förfinats och är nu en framgångsrik verksamhet som förutom mer jämlik läkemedelsbehandling genererar 2 miljarder kronor i återbäring under 2018. Parallellt har TLV i en flerårig försöksverksamhet utvärderat medicintekniska produkters hälsoekonomi. För att utreda förutsättningarna för även en medicinteknisk samverkan i landstings- och regioners regi genomfördes därför under 2016/2017 en [förstudie](#). Denna ledde fram till att landstings- och regiondirektörsföreningen hösten 2017 ställde sig bakom finansieringen av ett gemensamt arbete, i syfte att etablera en samverkan, med målet att få ett mer samordnat införande av medicintekniska produkter.

En nationell arbetsgrupp- och ett nätverk för medicinteknik har efter det bildats och etableringsarbetet leds i projektform av SKL under 2018-2019, under ledning av regionerna via en styrgrupp som utgörs av den nationella samverkansgruppen för läkemedel och medicinteknik, kallad NSG LM/MT. Under hösten har föreliggande förslag utarbetats. Det behandlades av styrgruppen den 15 november 2018, vilken ställde sig bakom förslaget och förordade fortsatt beredning av SKS³ och regionledningarna.

Förslaget innebär sammanfattningsvis att regionerna gemensamt etablerar en samverkansmodell för medicinteknik som förbereds under 2019 och går i skarp drift fr.o.m. 2020. Verksamheten utvecklas successivt över tid därefter. Huvudinriktningen är att till skapa en nationell och regiongemensam process för införande av ny medicinteknik, men modellen ger även möjlighet till mer strukturerad samverkan även på sjukvårdsregional nivå.

Inom samverkan tillskapas ett *medicintekniskt råd*, en rekommenderande systerfunktion till det nuvarande NT-rådet⁴; en *beredningsfunktion* som koordinerar, bereder, kommunicerar och följer upp regiongemensamt agerande; samt ett *upphandlingsprojekt* med fokus på strategisk upphandlingssamverkan inom medicinteknikområdet och mer precist ordnat införande. Budgeten för de gemensamt finansierade delarna i samverkansmodellen föreslås till 2,4 mkr för 2019 (utökning om 1,4 mkr) samt 3 mkr för 2020. Övriga resurser inom samverkan finansieras inom ramen för respektive sjukvårdsregions medverkan.

Etableringsprojektet erfar att *Läkemedelsutredningen*, vars betänkande presenterades den 11 januari, ger stöd för att regionernas medicintekniska samverkan behöver utvecklas och att formerna för en kommande rekommendationsfunktion för medicinteknik behöver utvecklas i synergi med läkemedelsarbetet. Det är dock viktigt att följa, beakta och anpassa medicinteknisk samverkan så att den uppfyller de krav som kan komma att ställas på transparens, förutsägbarhet och rättssäkerhet.

¹ Från och med 2019 utgör alla landsting regioner. I detta dokument ändras inte historieskrivningen utan benämningen *landsting* används vid hänvisningar till händelser före 2019 och *region* används för händelser från och med 2019. När begreppet *regional* eller *regionala nivån* skrivs åsyftas alltså enskild region, inte sjukvårdsregion. Om sjukvårdsregion åsyftas skrivs det alltid ut.

² Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

³ SKS, Styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan

⁴ NT-rådet står för Nya Terapier, regionernas rekommendationsfunktion inom läkemedelssamverkan.

Sammantaget kommer såväl NT-rådets som det föreslagna medicintekniska rådets arbetsformer behöva utvecklas och samarbete och gemensamma ställningstaganden i vissa produktsegment kommer att behövas. En egen rådsfunktion ger möjlighet att upparbeta kunskap, erfarenhet och praxis som är värdefull, även om regionerna skulle önska, eller lag och författning i enlighet med Läkemedelsutredningens förslag skulle kräva, andra former för rekommendationer i framtiden.

Genom en gemensam beredningsfunktion ges möjlighet att operativt samordna och stödja medicinteknisk samverkan på olika nivåer.

Målet med samverkansmodellen för medicinteknik är god och jämlik vård och kostnadseffektivt användande av nya produkter och metoder. Den medicintekniska marknaden i sig är dock mycket komplex och innebär en utmaning jämfört mot läkemedel, bland annat p.g.a sämre förutsägbarhet innan en produkt sätts på marknaden och tillgång på vetenskapligt underlag av tillräckligt god kvalitet.

Sannolikt kommer det finnas goda möjligheter till såväl mer jämlik vård, lägre inköps-kostnader och även möjligheter till utfasning av befintliga produkter och metoder genom mer samordnat agerande. Det kommer dock även finnas betydande upphandlings- och marknadsmässiga utmaningar och i vissa fall svårigheter att få företag att medverka.

Inför beslutande av en samverkansmodell är det därför viktigt att regionerna har rimliga förväntningar på vad en samverkan kan åstadkomma på kort sikt. Förslaget utgör ett första steg i en samverkan som kommer behöva utvecklas över tid. Den föreslagna resurs-åtgången, såväl den gemensamma budgeten som de resurser som regionerna själva bidrar med, ska därför ses som en uppstartskostnad. Det är en början på ett nytt sätt att arbeta tillsammans inom medicinteknikområdet, för ett urval av produkter som innebär särskilda ekonomiska utmaningar för regionerna och där risken för ojämlig användning är stor.

En nationell rekommendation om samordnad introduktion av en ny medicinteknisk produkt innebär att en enskild region ställs inför att finansiera och budgetera den, att ta hand om den i klinisk vardag och i sina system och att förhålla sig till den upphandlingsmässigt. Det kommer finnas en stark förväntan från patienter, profession och företag att regionerna följer en nationell rekommendation, särskilt om den är positiv och förordar användning.

Samverkansmodellen utgår i huvudsak från regionernas egna resurser och kräver att regionerna aktivt använder sin befintliga kunskapsorganisation och sina experter, t.ex. programområden och arbetsgrupper inom kunskapsstyrningssystemet, samt de verksamheter som utvärderar nya produkter och metoder, s.k. HTA⁵-enheter eller motsvarande.

Det är även viktigt att involvera kommunerna i arbetet för att kunna föra dialog kring samhällsnytta och ansvarsgränser. Detta kommer bli ännu viktigare eftersom inriktningen är att mer vård ska ske nära befolkningen, utanför vårdinrättningar med hjälp av digitalisering och hjälpmedel.

⁵ HTA, Health Technology Assessment innebär utvärdering av metoder och tekniker i hälso- och sjukvården och evidensbaserade beslutsprocesser med syfte att säkra god kvalitet och kostnadseffektivitet.

Sammanfattningsvis kan en samverkan inom det medicintekniska området enligt den föreslagna modellen leda till stort mervärde, såväl för sjukvårdshuvudmännen som patienterna, men svårigheterna ska inte underskattas. Alternativet att inte göra något alls innebär att låta produkter även fortsättningsvis introduceras osystematiskt, vilket riskerar leda till ojämlik vård och till onödiga kostnader.

Förslag till ställningstagande

- Att regionerna gemensamt etablerar en samverkansmodell för medicinteknik som förbereds under 2019 och går i skarp drift fr.o.m 2020. Verksamheten utvecklas successivt över tid därefter.
- Att samverksmodellens finansiering i sin helhet sker inom ramen för sjukvårdsregionerna, förutom vissa funktioner av gemensam karaktär. För dessa föreslås gemensam tilläggsfinansiering motsvarande 2,4 mkr 2019 (utökning om 1,4 mkr) och 3 mkr 2020 (tillsvidare) med årlig uppräknings enligt LPI. Regionerna samordnar själva eventuell nödvändig resursomfördelning inom respektive sjukvårdsregion som kan bli aktuell. Se budget sid.17.
- Att följande funktioner inrättas:
 - *Ett medicintekniskt råd.* Rådet verkar utifrån den etiska plattformen för att avge rekommendationer till regionerna men med uppdrag att beakta den medicintekniska marknadens särskilda förutsättningar. Bemanning sker främst via sjukvårdsregionerna men även representation från kommunerna föreslås. SKL stöttar med sekreterarfunktion/koordinator.
 - *En beredningsfunktion.* Funktionen koordinerar, bereder, kommunicerar och följer upp regiongemensamt agerande inom samverkansmodellen och är ett operativt stöd till det medicintekniska rådet. Bemanning sker via sjukvårdsregionerna och SKL. Initialt resurser motsvarande 0,5 bef per sjukvårdsregion, ökning bedöms behövas över tid.
 - *Ett upphandlingsprojekt* under 2019 med fokus på strategisk upphandlingssamverkan inom medicinteknikområdet och ordnat införande. Projektledning utgår förslagsvis från en region. Fr.o.m. 2020 inrättas en *upphandlingskoordinator*. Projektledare och upphandlingskoordinator ingår i beredningsfunktionen.
- Att regionerna i sina interna processer och i sitt budgetarbete beaktar effekterna av samverkansmodellens genomförande, såväl avseende personella resurser som medel för att kunna följa gemensamma rekommendationer.
- Att regionerna i samverkan uppdrar åt kunskapsstyrningssystemets programområden och arbetsgrupper samt de egna HTA-enheterna eller motsvarande resurser att aktivt medverka i samverkansmodellen med sin expertkunskap.
- Att nätverket för regionernas kontaktpersoner i medicinteknik behålls under 2019-2020 och utvärdering sker därefter.
- Att etableringsprojektet och den nationella arbetsgruppen för medicintekniks uppdrag avslutas fr.o.m. 2020, när samverkansmodellen träder i kraft.
- Att den del av samverkansmodellen som är gemensamt finansierad faktureras av SKL i likhet med läkemedelsmodellen och samordnat med denna.
- Att styrgruppen för läkemedels- och medicintekniksamverkan, NSG LM/MT, kontinuerligt följer arbetet och årligen återrapporterar till regionerna om hur arbetet

utvecklas och om budgeten behöver justeras. Särskilt ska ev. författningsmässiga krav som kan komma att ställas på transparens, förutsägbarhet och rättssäkerhet beaktas.

- Att modellen utvärderas av en extern aktör en första gång efter år 2021, t.ex. via Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys.

Bakgrund

Landstingen började utveckla sin samverkan inom läkemedelsområdet 2009 genom bildandet av den s.k. NLT-gruppen (Nya LäkemedelsTerapier). Verksamheten grundades på ett önskemål från dåvarande landstingsledningar att agera snabbt och samordnat när nya, viktiga men ekonomiskt utmanande läkemedel fanns att tillgå för svenska patienter och det samtidigt förelåg en hög risk för ojämlik vård och oordnad introduktion.

Verksamheten har utvecklats och sedan 2015 finns en etablerad landstingsamverkan med olika gemensamma och regionala funktioner, där NLT-gruppen numera ersatts av ett sjukvårdsregionalt sammansatt NT-råd, med uppdrag att fatta rådgivande nationella rekommendationer runt nya terapier. Namnet valdes från början för att kunna inrymma även medicinteknik. Rekommendationerna sker på samma medicinska grund och etiska plattform som TLV:s, när myndigheten fattar beslut om vilka produkter som ska ingå i läkemedelsförmånerna.

Läkemedelssamverkan är framgångsrik och beräknas under 2018 ge återbärning till regionerna om 2 miljarder kronor. NT-rådet rapporterar till styrgruppen för regionernas samverkansmodell för läkemedel, som sedan 2018 är en del av kunskapsstyrningssystemet och benämns Nationell Samverkansgrupp för Läkemedel och Medicinteknik, NSG LM/MT. Ledamöter i samverkansgruppen är:

- Rita Jedlert, (ordförande) bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör, Södra sjukvårdsregionen
- Ann Söderström, hälso- och sjukvårdsdirektör, Västra sjukvårdsregionen
- Johan Rosenqvist, hälso- och sjukvårdsdirektör, Sydöstra sjukvårdsregionen
- Johan Bratt, chefsläkare, Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion
- Åsa Himmelsköld, hälso- och sjukvårdsdirektör, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
- Jonas Claesson, bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör, Norra Sjukvårdsregionen
- Anna-Greta Brodin, sektionschef, SKL

Parallellt med utvecklingen av läkemedelsmodellen har TLV sedan 2012 bedrivit en försöksverksamhet med hälsoekonomiska analyser av medicintekniska produkter. Hälso- och sjukvårdsdirektörerna har vid olika tillfällen informerats om arbetet, som också utvärderats av Vård- och omsorgsanalys som pekat på faktorer som utgjort hinder för att försöksverksamhetens genomslag, bl.a. strukturella hinder inom regionerna.

För att utreda förutsättningarna för en medicinteknisk samverkan i regionernas regi genomfördes därför under 2016/2017 en [förstudie](#) runt ordnat införande av medicintekniska produkter och metoder. Denna ledde fram till att landstings- och regiondirektörer hösten 2017 ställde sig bakom en handlingsplan och en finansiering av ett gemensamt arbete i syfte att etablera en samverkan även för medicinteknik, inom ramen för kunskapsstyrningssystemet

Nulägesbeskrivning

Etableringsprojektet

Under våren 2018 etablerades ett genomförandeprojekt som leds av SKL under 2018-2019, under ledning av regionerna via NSG LM/MT. Ett kontaktpersonnätverk för medicinteknisk samverkan har bildats och ett utskott av detta, den nationella arbetsgruppen för medicinteknik (nedan kallad arbetsgruppen), arbetar tillsammans med SKL för att realisera tankarna i förstudien och i handlingsplanen. Sjukvårdsregionerna har utsett följande personer till arbetsgruppen:

- Ulrika Sandberg, verksamhetschef, Södra sjukvårdsregionen
- Mia Isacson, regionutvecklare, Västra sjukvårdsregionen
- Jan Fahlgren, innovationsrådgivare, Sydöstra sjukvårdsregionen
- Kristina Tedroff, medicinsk rådgivare/docent, Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion
- Stina Jorstig, med.teknisk civilingenjör/projektledare, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
- Sven Göran Öhlén, verksamhetschef, Norra Sjukvårdsregionen

Arbetsgruppen utgör primärt en dialog- och samverkanspartner och ett processtöd för att kunna sjösätta en regionsamverkan i rimlig tid. Den är inte sammansatt för att utgöra ett kompletterande NT-råd, har ingen formell beslutsrätt, ingen ordförande och ingen talesperson. Arbetsgruppen hade sitt konstituerande möte den 14 september 2018 och träffas månadsvis under projektiden.

NT-rådet

NT-rådet utpekades redan i läkemedelsmodellens projektfas, det s.k. OtIS-projektet, som rekommenderande funktion även för medicintekniska produkter och metoder. Valet av namn, Nya Terapi-rådet, avgjordes av just detta skäl eftersom det bedömdes viktigt att läkemedel och medicintekniska produkter/metoder skulle prioriteras utifrån samma grunder d.v.s. den etiska plattformen (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen, kostnadseffektivitetsprincipen) samt en sammanvägning av tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt, tillståndets förekomst och tillförlitligheten i det vetenskapliga underlaget.

Tre typer av medicinteknikärenden har hanterats i pilotform hos NT-rådet: Den nya generationens insulinpumpar (FreeStyle Libre samt MiniMed 670G), genetiskt test med beslutsstöd för cancer (Foundation One) samt elektromagnetiska fältvid behandling av hjärntumör (Optune). Erfarenheterna är under uppsummering men det står klart att även om en medicinteknisk produkt bedöms kunna värderas utifrån samma grunder som läkemedel, så krävs det ofta ett delvis annat angreppssätt.

Orsakerna kan vara att det vetenskapliga underlaget är begränsat, att produkten vid införande i klinisk vardag kan kräva särskilda medicintekniska- eller andra hänsyn, att utvecklingstakten är hög samtidigt som tillverkarna ofta inte släpper information om produkten förrän i ett sent läge i utvecklingen, att det är svårt att avgöra när en befintlig utvecklad produkt kan betecknas som en ny produkt.

Digitaliseringen och mjukvaror som klassificeras som medicintekniska produkter (t.ex. appar) tillför ytterligare en komplexitet. Detta gör sammantaget att lagda rekommendationer behöver granskas och ev. revideras med förhållandevis täta intervall.

Sedan förstudien togs fram har förutsättningarna för NT-rådet utvecklats. Antalet ärenden har ökat och så även komplexiteten i dem. Rådet har rankat angelägenhetsgraden hos ett antal viktiga frågor som man behöver arbeta med och utveckla framgent och har även diskuterat sin egen roll gällande ny medicinteknik: *”Givet ökade förväntningar och utmaningar på läkemedelsområdet (särsläkemedel, immunterapier, gen- och cellterapi) har NT-rådet svårt att prioritera arbetet med medicintekniska produkter. Det är emellertid principiellt angeläget med samma bedömningar utifrån den etiska plattformen för prioritering för alla metoder”*.

NSG LM/MT har ställt sig bakom NT-rådets prioritering. Om inte en större omorganisation av NT-rådets arbete ska ske så måste det alltså till någon annan lösning för rekommendationer runt medicintekniska produkter.

Kunskapsstyrning via regioner och myndigheter

Inom ramen för en medicinteknisk samverkan utgör horisontspaning och värdering av nya produkter och metoders hälsoekonomi och kliniska nytta centrala byggstenar.

Systemet för kunskapsstyrning är under uppbyggnad. Regionerna har bemannat samverkansgrupper, programområden och arbetsgrupper för olika terapiområden. Att använda kunskapsstyrningssystemets samlade kompetens i horisontspaning efter nya medicintekniska produkter och metoder samt bedömning av deras kliniska nytta, är centralt för att få till stånd en effektiv samverkan som dessutom har legitimitet hos professionen. Än så länge har inte programområden och arbetsgrupper mer än undantagsvis involverats inom medicinteknikområdet. En samverkansmodell enligt förslaget kommer kräva att deras medverkan systematiseras och byggs in i deras arbetsprocesser.

Såväl TLV som SBU⁶ är även viktiga partners i en kommande medicinteknisk samverkan. TLV bygger i samverkan med etableringsprojektet en process för horisontspaning på nya produkter inom ramen för sitt medicintekniska uppdrag, där regionernas bidrag är viktigt. TLV:s uppdrag är tidsbegränsat. Under ett flertal år har det medicintekniska uppdraget haft finansiering ett år i taget. Nuvarande uppdrag löper 2018-2019. Regionernas formella beslut om medicinteknisk samverkan och behov av TLV:s insatser framgent kan bidra till hur verksamheten långsiktigt utvecklas. Etableringsprojektet har erfarit att TLV är angelägna om att regionerna finner former snarast möjligt för att kunna samarbeta med myndigheten runt horisontspaning, utvärderingar och rekommendationer.

SBU gör HTA-analyser på metoder, inom sin ordinarie verksamhet. SBU leder också ett nätverk med regionernas HTA-enheter eller motsvarande resurser. Projektet erfar att det ibland kan vara mer lämpligt att utvärdera metoden i sig än en specifik produkt. En produkt ingår alltid som ett stöd i en diagnostisk- och/eller behandlingsmetod. I de fall

⁶ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

som en produkt innebär en helt ny metod och är ensam i sitt slag bör ambitionen vara att den utvärderas och eventuellt upphandlas snabbt för att på så sätt underlätta introduktionen av kostnadseffektiva och bra produkter. I de fall som en produkt ingår i en metod och har en eller flera konkurrenter blir frågeställningen om inte metoden i sig ska utvärderas och inte produkten. Vad som lämpar sig vid de enskilda fallen behöver utvärderas allt eftersom erfarenheter dras över tid.

Det görs alltså utvärderingar av metoder och produkter, såväl hos myndigheter som regionernas HTA-enheter. Möjligheterna till återanvändning och spridning utnyttjas dock inte i så stor utsträckning idag. Ibland kommer också utvärderingar sent eller har så höga krav på klinisk dokumentation att användbarheten och stödet för beslut i praktiken uteblir.

Betänkande från Läkemedelsutredningen

Den 11 januari 2019 har den särskilde utredaren Toivo Hensioo lämnat [slutbetänkandet](#) från den s. k Läkemedelsutredningen, kallat *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*, (SOU 2018:89). Betänkandet, som i huvudsak omfattar läkemedelssystemets finansiering, prissättning och ändamålsenlighet, har dock överväganden och förslag som relaterar till medicinteknik, även om det området inte ingår i utrednings uppdrag. Bland annat föreslår utredningen en formellare hantering av nationella läkemedelsrekommendationer, d.v.s. det uppdrag som NT-rådet har idag.

Utredningen föreslår att regionerna även fortsättningsvis på valfritt sätt kan organisera sin läkemedelssamverkan men att de uppgifter som NT-rådet idag har ska utföras av ett offentligtorgan, ett Läkemedelsråd, med myndighetsstatus. Orsaken är att uppnå större transparens, förutsägbarhet och rättssäkerhet. Företagen ska ha möjlighet och ibland rätt att begära rekommendation för nya godkända rekvisitionsläkemedel och att handläggningstiden för detta ska vara max 60 dagar.

Vidare noterar utredningen att det finns en gråzon mellan läkemedel och medicinteknik där gränserna flyttas och att ny medicinteknik kan komma att ersätta läkemedel i vissa fall. Utredningen belyser också behovet av att det medicintekniska området utreds och att regionerna behöver utveckla sina processer. TLV:s medicintekniska uppdrag föreslås permanentas.

Etableringsprojektet erfar att betänkandets slutsatser ger stöd för att regionernas medicintekniska samverkan behöver utvecklas, och att formerna för en kommande rekommendationsfunktion för medicinteknik som planerat behöver följa och utvecklas i synergi med läkemedelsarbetet.

Nordisk samverkan

Inom läkemedelsområdet har de senaste åren ett närmare samarbete etablerats inom ramen för *Nordiskt Läkemedelsforum*, främst med Norge via Folkehelseinstituttet/-sekretariatet för "Nye Metoder" samt Danmark genom Amgros vid Danske Regioner.

På initiativ från Folkehelseinstituttet genomfördes för första gången ett nordiskt möte avseende medicinteknik hösten 2018 i Oslo, med medverkan från Norge, Sverige, Danmark, Finland, Island och Färöarna. Syftet var erfarenhetsutbyte runt introduktion

och utvärdering av ny medicinteknik. Från Sverige deltog SBU, TLV, SKL och representanter från den nationella arbetsgruppen för medicinteknik.

På mötet konstaterades att alla deltagarländer brottas med samma problematik, d.v.s. svårigheter att göra horisontspaning, samt att det behövs fler och snabbare utvärderingar av nya metoder och produkter. Alla deltagarländer konstaterade också att implementering av befintlig utvärdering var bristfällig och sågs som ett viktigt område för fortsatt samverkan. Resultatet blev att deltagarländerna snabbt ska försöka hitta former för att förbättra samarbetet och för att dela information. Sverige ansvarar för nästa nordiska möte, som sker under 2019.

Projektet erfar att det finns mycket att lära av de nordiska grannländerna inom medicinteknikområdet och det finns ett betydande värde om horisontspaning och utvärderingar kan delas.

Projektet "Ordnat införande av digitala produkter och tjänster"

SKL, Stockholm Science City, UppsalaBio och Region Norrbotten samarbetar under 2017-2019 i ett [projekt](#) finansierat av Tillväxtverket, för att ta fram ett förslag för en gemensam process för validering och ett stöd för implementering som ska underlätta införandet av digitala verktyg i hälso- och sjukvården. Det kan i sin tur bidra till ökad tillväxt hos små och medelstora företag. Arbetet stödjer Vision e-hälsa 2025.

Styrgruppen för det medicintekniska projektet, NSG LM/MT, klargjorde redan tidigt att digitala produkter inte är projektets huvudfokus. Den nationella arbetsgruppen för medicinteknik har dessutom uttryckt att grundkravet för att digitala produkter kan komma att omfattas av en nationell rekommendation inom ramen för medicinteknisk samverkan är att den är CE-märkt som en medicinteknisk produkt. Om en mjukvara/app ändå dyker upp i horisontspaningen, självständigt eller kopplat till en produkt/metod, och fyller de kommande kriterierna för att bli värderad framgent, så kan det alltså bli aktuellt att hantera den inom ramen för ett ordnat införande av medicinteknik.

De två projekten har regelbundna avstämningar och diskussioner pågår hur samarbete kan ske för att befrämja varandras arbete.

Förslaget

Oavsett NT-rådets möjligheter och andra beskrivna svårigheter, behövs gemensamma rekommendationer och annat strategiskt gemensamt arbete avseende nya utmanande medicintekniska produkter. Därför föreslås inrättande av en ny samverkansmodell för medicinteknik inom ramen för kunskapsstyrningssystemet med följande huvudsakliga funktioner:

- Ett medicintekniskt råd med en motsvarande funktion som NT-rådet men med uppdrag utifrån de särskilda förutsättningar som råder för medicinteknik.
- En gemensam beredningsfunktion med uppdrag att samordna, bereda, kommunicera och följa upp gemensamt agerande inom medicinteknikområdet.
- Ett upphandlingsprojekt med fokus på förutsättningarna för ordnat införande i upphandlingsprocessen och därefter inrättandet av en upphandlingskoordinator, som stöd för den nationella samverkansprocessen.

Förberedelser och uppbyggnad sker under 2019 och driftstart fr.o.m 2020, under förutsättning att regionerna beslutar om särskild tilläggsfinansiering motsvarande 2,4 mkr år 2019 (utökning om 1,4 mkr) och 3 mkr år 2020.

Därtill tillkommer regionernas egna resurser för att bemanna rådsfunktion och beredningsgrupp. Förslagets budget ska ses som en uppstartkostnad för att verksamheten ska komma igång och modellen är enbart kostnadsberäknad t.o.m. 2020, därefter löper den på samma nivå tills vidare, med indexuppräknings. Erfarenheten från läkemedelssamverkan är dock att budgeten behöver kontinuerligt ses över, varefter behoven och förutsättningarna förändras.

Inrätta ett medicintekniskt råd - vägval avseende rekommenderande funktion

I praktiken blir det svårt att tillämpa samma bedömningsprinciper för läkemedel som för medicinteknik. Som beskrevs i förstudien så förebyggas ofta medicintekniska produkter av ett stort mått av sekretess innan marknadsinträdet. Det ställs andra regulatoriska krav, samtidigt som regionerna ofta ställs inför produkter vars kliniska nytta och effekt dokumenterats och utvärderats på ett annat sätt och med lägre vetenskaplig höjd än för läkemedel. Det blir därför också betydligt svårare att göra HTA- eller hälsoekonomiska analyser. Medicinteknik kan alltså inte regelmässigt prövas utifrån samma förutsättningar, även om så bör ske så långt som det är möjligt.

Läkemedelsutredningen har pågått samtidigt som förslaget tagits fram och kännedomen har därmed funnits att det sannolikt kommer ställas större formaliakrav på läkemedelsrekommendationer i framtiden och på det som idag är NT-rådets roll. Styrgruppen har dock bedömt det viktigt att det medicintekniska arbetet inte stannar av och att det tar tid och är oklart om utredningsbetänkandets förslag genomförs och när i så fall.

Utifrån detta har etableringsprojektet utgått från dagens situation och bedömt att det finns två alternativa sätt att organisera en rekommenderande funktion i rimlig tid:

Alternativ A - inrätta ett medicintekniskt råd

Inrätta ett medicintekniskt råd med en motsvarande funktion som NT-rådet men med uppdrag utifrån de särskilda förutsättningar som råder för medicinteknik.

Samplanering av det medicintekniska rådets möten bör ske med NT-rådets för att möjliggöra gemensamma beredningar av ärenden som berör både läkemedel och medicinteknik. Gemensam utveckling inom vissa områden skulle kunna ske t.ex. inom patientsamverkan. Visst samutnyttjande av resurser, exempelvis etisk- och hälsoekonomisk kompetens samt administrativt stöd. Gemensam webbplats bör övervägas.

Fördelar: Signaler till marknaden om att medicinteknik inte "dras över samma kam" som läkemedel utan värderas utifrån sina egna förutsättningar. Detta kan åtminstone inledningsvis vara viktigt eftersom det för närvarande finns en tveksamhet och avvaktande hållning till ordnat införande bland de medicintekniska företagen.

Möjligheter ges att utveckla egen praxis runt rekommendationer för olika nivåer (nationell, regional) och att ge rådgivande rekommendationer på underlag som inte har

lika stark vetenskaplig dokumentation som läkemedel, dock tillräckligt bra för att utgöra ett stöd för regionerna.

Ordförande blir en tydlig talesperson för rådet.

Nackdelar: Medicinteknik ges ett eget spår och särbehandlas. Det finns två avsändare för nationella rekommendationer.

Alternativ B – inrätta en medicinteknisk undergrupp till NT-rådet

Inrätta en undergrupp till NT-rådet med fokus på medicinteknik och metoder och med erforderlig kompetens. Gruppen lämnar kompletta utredningar och rekommendationsförslag till NT-rådet som endast fastställer/beslutar dessa, vilket i princip är det enda som rådet skulle ha resurser till.

Fördelar: NT-rådet ger rekommendationer på alla typer av produkter/metoder och jämför dessa lika och lever därmed upp till sitt namn. Det finns en avsändare på nationella rekommendationer.

Nackdelar: NT-rådet kan uppfattas som läkemedelstungt och att medicinteknik inte prioriteras på samma sätt, att rådet inte har samma ägarskap.

Det är risk för att fler produkter får avslag för att NT-rådet jämför dem med läkemedel. Om NT-rådet gjorde det omvända, d.v.s. rekommenderar användning av medicintekniska produkter med betydligt svagare klinisk dokumentation än för läkemedel, blir det svårt att bibehålla principerna för värdering av läkemedel.

Det kan bli otydlighet runt talesperson. Vem uttalar sig vid känsliga rekommendationer, om NT-rådet i princip bara expedierat en färdig rekommendation som man inte diskuterat och berett gemensamt och grundligt? Ett sätt att motverka detta skulle vara att NT-rådet ändrar arbetssätt helt och hållet fortsättningsvis och aldrig diskuterar sig fram till gemensamma ställningstaganden, utan bara fastställer färdigberedda rekommendationer, även för läkemedel. Något sådant har projektet inte erfart vara aktuellt.

Därför förordas alternativ A, ett medicintekniskt råd.

Med anledningen av *Läkemedelsutredningens* betänkande är dock viktigt att följa, beakta och anpassa medicinteknisk samverkan så att den i möjligast mån uppfyller de krav som kan komma att ställas på transparens, förutsägbarhet och rättssäkerhet. Sammantaget kommer såväl NT-rådets som det föreslagna medicintekniska rådets arbetsformer behöva ständigt utvecklas och samarbete och gemensamma ställningstaganden i vissa produktsegment kommer att behövas.

En egen rådsfunktion ger möjlighet att upparbeta kunskap, erfarenhet och praxis som är värdefull, även om regionerna önskar eller lag och författning i enlighet med *Läkemedelsutredningens* förslag kräver andra former för rekommendationer i framtiden.

Den medicintekniska rådsfunktionen ska ha en egen uppdragsbeskrivning, arbetsordning och verksamhetsplan och rapporterar till styrgruppen genom ordförande. Representation från kommunerna bör ingå.

Inrätta en beredningsfunktion för gemensamt agerande

Det utförs värdefullt arbete i regionerna för att skapa mer kunskap om nya medicintekniska produkter och metoder som kan nyttjas i en nationell, regiongemensam process. Mycket av detta sker dock isolerat i stuprör och informationen delas och samutnyttjas inte mellan regionerna i tillräcklig omfattning. Det finns inte heller en sådan kultur att man självklart anammar en annan regions bedömning och ställningstagande runt en viss produkt/metod. Steg ett i ett mer regiongemensamt agerande är att kunna dela information sinsemellan på ett strukturerat sätt, för gemensam nytta. Till detta behövs operativa resurser.

Inom läkemedelsmodellen utgör den s.k. 4-länsgruppen motsvarande funktion, där Region Stockholm, Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Östergötland erhåller finansiering från övriga regioner för regiongemensamt arbete. Att denna lösning valts bygger på ett långt och väletablerat samarbete inom läkemedelsområdet mellan de fyra regionerna, och att man gemensamt besitter en stark kompetens inom området som bedömts till nytta för övriga regioner.

Motsvarande samverkan finns inte inom det medicintekniska området. Projektet föreslår därför att en *beredande funktion* inrättas. Till skillnad från läkemedelsmodellen föreslås för medicinteknik att varje sjukvårdsregion, i likhet med övriga delar i kunskapsstyrningssystemet, använder de egna resurserna och det bör finnas representation från respektive sjukvårdsregion. Omfattningen av beredningsfunktionen bedöms initialt uppgå till 3,0 befattningar kvalificerad handläggare, med resurser motsvarande 0,5 befattning per sjukvårdsregion.

En lämplig placering av handläggarna kan vara i anslutning till ett metodråd, HTA-enhet om sådant finnes eller annan central funktion inom ramen för kunskapsstyrningen i en sjukvårdsregion. Handläggare inom beredningsfunktionen arbetar på ett nationellt uppdrag med ett nationellt och sjukvårdsregionalt koordineringsuppdrag.

Utöver detta föreslås 1,0 befattning kvalificerad handläggare/koordinator på SKL, varav 0,5 utgör SKL:s medverkan i beredningsfunktionen och 0,5 utgör sekreterare och stöd åt det medicintekniska rådet.

Beredningsfunktionen ska ha en egen uppdragsbeskrivning, arbetsordning och verksamhetsplan och rapporterar till NSG LM/MT genom SKL:s koordinator.

Uppdraget för beredningsfunktionen är att samordna/koordinera, bereda, kommunicera och följa upp olika typer av regiongemensamt agerande inom det medicintekniska området. Exempel på arbetsuppgifter är att vara kanal mellan TLV och regionerna avseende horisontspaning, att ta fram underlag för beställning av förstudier, och utvärderingar hos TLV/SBU och sjukvårdsregionala HTA-enheter, att systematiskt sprida nationella och regionala utvärderingar, att ta fram underlag för rekommendationer eller annat gemensamt agerande för beslut i rådet.

En viktig uppgift är att ansvara för kommunikation runt gemensamt agerande via webb och nyhetsbrev.

Beredningsfunktionen ger möjlighet för regionerna att samordna gemensamt agerande, med eller utan myndighetsmedverkan, med eller utan skarpa rekommendationer och att sprida goda exempel och regionalt arbete till gemensam nytta.

Viktiga samarbetspartner förutom berörda myndigheter är förstås programområden och arbetsgrupper, metodråd/HTA-funktioner, upphandlingsenheter samt kontaktpersoner för medicinteknik.

Starta ett upphandlingsprojekt

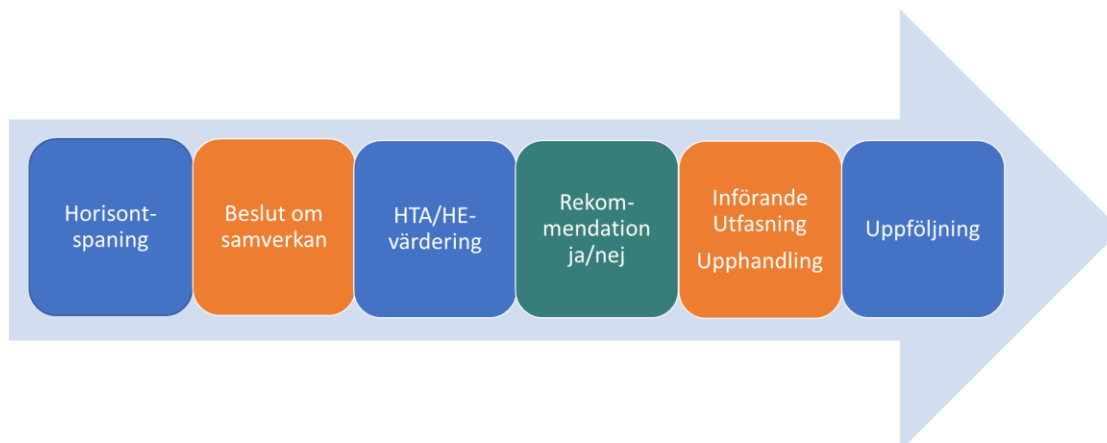
En av de mest strategiska frågorna för samverkansmodellen är hur ett ordnat införande ska kunna kopplas till upphandling och inköp. Det finns en inneboende motsättning i att rekommendera en enskild ny produkt och att upphandla denna exklusivt. Det finns rättmätig tveksamhet till vad det skulle innebära för marknaden om nationella upphandlingar inom ramen för ordnat införande genomförs, vilka skulle kunna begränsa tillgången till alternativa konkurrerande produkter på sikt. Det finns också en komplexitet i att en nationell rekommendation kan utfärdas, samtidigt som regionerna redan har löpande avtal på närliggande produkter.

Samtidigt finns sannolikt stora upphandlingsvinster om regionerna går samman och upphandlar/förhandlar sig till bättre priser på vissa utvalda produkter. Det finns även synpunkter på att vi är för försiktiga i Sverige och att samverkan över landsgränserna, t.ex. den nordiska marknaden, i vissa fall skulle vara möjlig.

Regionerna samarbetar redan i upphandlingsfrågor. Samarbetet sker både på övergripande strategisk nivå via Landstingsnätverket för Upphandling (LfU) samt i åtta olika upphandlingsregioner. Samarbetet följer alltså inte sjukvårdsregionerna.

Projektet föreslår att en av regionerna under 2019 ges i uppdrag att leda ett projekt med fokus på förutsättningarna för ordnat införande i upphandlingsprocessen där bl.a. innovationsupphandling och s.k. dynamisk inköpsprocess kan vara möjliga vägar. Projektet föreslår också att den föreslagna beredningsgruppen fr.o.m 2020 förstärks med 0,5 upphandlingskoordinator, som stöd för den nationella samverkansprocessen.

Processen för ordnat införande



Processen för ordnat införande av ny medicinteknik är under utarbetning. De huvudsakliga beståndsdelarna i processen är desamma som för läkemedel, men den medicintekniska marknaden har sin egen logik. Alla delarna i processen kommer därför att fortsätta utvecklas, dels under projekttiden, dels via praxis under och efter etablering av samverkansmodellen.

Till exempel kommer rollfördelningen tydliggöras mellan olika aktörer. När i tiden och hur ska horisontspaningen göras och hur ska koordineringen av regionernas bidrag i denna ske? Vilka kriterier ska gälla för att en produkt/metod ska bli föremål för hälsoekonomisk utvärdering hos TLV och hur ser nomineringsprocessen ut för detta? På vilket sätt kan regionernas HTA-enheter/motsvarande bidra och hur beställs och används deras utvärderingar på bästa sätt? Vilken typ av rekommendationer kan det blivande rådet fatta beslut om och var går gränsen för vad som är mer lämpligt att hantera på sjukvårdsregional eller regional nivå?

Produkter som kan bli föremål för samverkan

Ett urval av patientnära produkter till stora kostnader med risk för ojämlig vård

Av förstudien framgick att intervjuade i regionernas anser att *"fokus bör ligga på patientnära produkter med stora volymer där kostnaden för varje produkt är sådan att den inte omfattas av landstingens investeringsprocesser, men där totalkostnaden kan bli stor. Även nya produkter med potentiellt stort patientvärde men risk för ojämlig användning kan vara aktuella. För sådana metoder finns behov av en hög nivå av samverkan med en gemensam process för ordnat införande..."*

Områden där TLV ser en stor utveckling av medicintekniska produkter är bl.a. inom diabetes, diagnostik samt inom digitaliseringsområdet, t.ex. sensorer och beslutstöd. Projektet har dock i detta läge valt att inte närmare specificera produktsortimentet mer än angivet i förstudien, eftersom det som avgör behovet av samverkan är vilka fynd som framkommer i horisontspaningen och vilka regionernas önskningar är om samverkan i varje givet fall.

När det väl finns en struktur på plats kan regionernas förväntningar komma att breddas och förändras. Att exkludera produkter redan från början är därför olämpligt, men förstudiens grova avgränsning kan ses som ett riktmärke inledningsvis.

Genomförandeplan

Under förutsättning att beslut fattas i enlighet med förslaget föreslås nedanstående aktiviteter under 2019.

Våren 2019

- Fortsatt utveckling av processer och rutiner via SKL och nationella arbetsgruppen för medicinteknik, tillsammans med TLV och SBU.
- Upphandlingsprojekt startar med projektledning via en region.
- Sex strategiska viktiga terapiområden, ett programområde per sjukvårdsregion, involveras i horisontspaningen och får möjlighet att testa delar av processen.

- Nationella arbetsgruppen för medicinteknik bistår NT-rådet interimistiskt med medicinteknisk sakkunskap, om sådana ärenden behövs hanteras.
- Rekrytering av handläggare i beredningsfunktionen och koordinator på SKL påbörjas.
- Nomineringar till medicintekniska rådet påbörjas.

Hösten 2019

- Beredningsgrupp och medicintekniskt råd byggs successivt upp under hösten. Utveckling av arbetsformer och rutiner. Workshops och erfarenhetsutbyte med läkemedelsmodellen (NT-rådet och 4-länsgrupp) och nationella arbetsgruppen för medicinteknik.
- Samplanering av NT-rådets och det medicintekniska rådets möten för 2020.
- Fler programområden involveras i horisontspaningen.
- Utveckling av webbplattform för kommunikation av rekommendationer och andra gemensamma nyttor från regionsamverkan (jämför janusinfo.se för läkemedelsmodellen).

2020

- Samverkansmodellen startar.
- Etableringsprojektets och nationella arbetsgruppen för medicintekniks uppdrag avslutas.

Beroenden

Tillgång till kliniskt verksam expertis

Kunskapsstyrningssystemets programområden och arbetsgrupper är viktiga aktörer i flera av införandeprocessens steg. Initialt kommer kraften att ligga på horisontspaning och nominering av produkter för gemensamt agerande. I enlighet med styrgruppens önskemål kommer programområden att involveras successivt. Alla bör dock i sina verksamhetsplaner för 2020 beakta att återkommande och systematisk horisontspaning är en väsentlig del av kunskapsstyrningssystemet, som sker i samverkan med såväl läkemedelsmodellens som medicinteknikmodellens funktioner.

Tillgång till utvärderingskapacitet

Tillgång till kompetens i hälsoekonomi och utvärdering av metoder och tekniker d.v.s. HTA (Health Technology Assessment) är viktiga komponenter i samverkansmodellen. Medverkan från HTA-enheter och sjukvårdsregionala metodråd och en tätare samverkan med såväl TLV och SBU som partners i processen är nödvändig. Påbörjad nordisk samverkan bedöms på sikt kunna ge mervärden.

Företagsmedverkan

Vid utvärdering av enskilda produkter är tillgång till vetenskapliga underlag och dokumentation från företagen ofta nödvändiga. Idag finns viss skepticism bland vissa av de medicintekniska företagen att medverka i ordnat införande. Skälen kan vara att det idag inte finns någon klart definierad nivå på de studier som ett företag behöver genomföra inför en marknadsintroduktion, vilket kan leda till för höga kostnader och

försenat införande eller att för tidig och tydlig information om produkten kan avslöja marknadshemligheter. Alla ser därför inte uppenbara mervärden av att ha sina produkter i ordnat införande. Det är därför viktigt att kommunicera att samverkansmodellen även kan underlätta introduktionen av nya kostnadseffektiva och bra produkter vilket i sig borde innebära högre medverkan av företagen.

Nationell samordning

Via särskilda medel inom ramen för läkemedelssamverkan tilläggsfinansierar regionerna temporärt under 2018-2019 SKL:s medverkan i medicintekniksamverkan. Detta avser nätverkskostnader för medicintekniska kontaktpersoner och att driva etableringsprojektet. Om regionerna önskar fortsätta med medicinteknisk samverkan i någon form från och med 2020, vare sig det sker inom ramen för förslaget eller i annan form, så styrs SKL:s stöd av att det finns fortsatt finansiering.

Konsekvensanalys

Patienter

Självva syftet med samverkansmodellen är god och jämlik vård och kostnadseffektivitet d.v.s. "value for money". Tillgången till ny medicinsk teknik ser olika ut över landet. Ett mer regiongemensamt agerande, där mer samordnade beslut runt vilka teknologier som ska användas, bör leda till mer jämlik vård. Detta kan ske dels via ett snabbare upptag av bra produkter som kommer patienterna till nytta, dels att sådant som inte bör användas inte kommer i användning alls, eller på ett försiktigare, mer avgränsat sätt. Patientsamverkan är ett viktigt område där NT-rådet och det medicintekniska rådet bör ha en gemensam agenda och samverka.

Sjukvårdshuvudmännen

Den direkta merkostnaden för regionerna uppskattas till 3 mkr helt år 2020, exkl. de egna personella resurser man avsätter till rådsfunktion och beredningsfunktion. Givet en medicinteknisk marknad som omsätter ca 22 miljarder kronor i Sverige och de möjligheter som ett mer samordnat agerande kan ge, såväl på jämlik vård, samutnyttjande av resurser och kunskap och direkta upphandlingsvinster, torde satsningen vara väl investerade medel.

Det är dock viktigt att regionerna i sina budgetprocesser tar höjd för att gemensamt rekommenderad ny teknik kan komma att belasta budgeten under löpande år och att man därmed har beredskap att följa rekommendationer i rimlig tid. Även om ett "ordnat införande" kostar stora summor, så kan en rekommendation ge betydande budgeteffekter på kort sikt. Modellens horisontspaningsprocess kommer bidra till bättre framförhållning.

Den största konsekvensen är sannolik av kulturell karaktär och innebär förändrade arbetssätt, att förlita sig på att andras bedömning och att tillämpa den, vare sig det är en nationell rekommenderande funktions eller en annan sjukvårdsregions. Till skillnad mot läkemedelsområdet finns inte heller samma tradition av styrning av produkters användning ner på kliniknivå. Här har systemet för kunskapsstyrning en viktig funktion att fylla i implementeringen av samverkansmodellen.

I Vård- och omsorgsanalys utvärdering av TLV:s medicinteknikuppdrag sägs bl.a. att *”det verkar finnas ett behov av hälsoekonomiska underlag kring medicintekniska metoder i verksamheterna, men landstingen måste själva förtydliga vilken funktion och användning underlagen kan ha i praktiken för att tillgodose detta behov”*.

Vårdanalys listar även tre hämmande faktorer för jämlikhet i användning av medicintekniska metoder: bristande utrymme för kontinuerliga förändringar i befintliga strukturer, stuprörsfinansiering och interndebitering där vinsten av en ny metod inte kommer tillbaka till den enhet som gjort investeringen, och konkurrenssituation mellan regionernas som försvårar samordning kring medicintekniska metoder.

Alltså: Om regionerna beslutar sig för en samverkansmodell för medicinteknik som innebär gemensamma rekommendationer om användning, måste man även vara beredda att på att ordna sin verksamhet så att möjligheter finns att följa dem. Exempel på detta är att allokera budgetmedel så att nya produkter kan introduceras, eller att medverka i upphandlingssamverkan för att möjliggöra bättre priser.

Det är även viktigt att involvera kommunerna i arbetet för att kunna föra dialog kring samhällsnytta och ansvarsgränser. Detta kommer bli ännu viktigare eftersom inriktningen är att mer vård ska ske nära befolkningen, utanför vårdinrättningar med hjälp av digitalisering och hjälpmedel.

SKL

I likhet med läkemedelsmodellen föreslås SKL koordinera det medicintekniska rådet och beredningsfunktionen. Rekrytering av kvalificerad handläggare med naturvetenskaplig kompetens kommer krävas.

Koordinatorerna för läkemedel resp. medicinteknik kan samplanera de båda rådsfunktionernas verksamhet och därmed säkerställa att inget ”faller mellan stolarna” eller att de båda råden samarbetar när så erfordras. De kan också bidra till att all samordning inom den nationella samverkansgruppens ansvarsområde blir mer stabil, vare sig det rör läkemedel eller medicinteknik.

Budget/resursbehov

Nedan redovisas föreslagna gemensamma resurser i samverkansmodellen som debiteras alla regioner via SKL. Sjukvårdsregionernas ledamöter i rådsfunktion och beredningsfunktion finansieras inom respektive sjukvårdsregion och ingår inte i budgeten, förutom ordförande. En ledamot i rådet föreslås utses av kommunerna.

I budgeten har inte tagits höjd för en utvecklad nordisk samverkan.

From 2021 indexuppräknas budgeten enligt LPI. Eventuell ökning från och med 2021 utöver detta bereds av samverkansmodellens styrgrupp och föreläggs regionerna för beslut i särskild ordning.

Mkr	2019	2020
<i>Genomförandeprojektet (redan beslutad budget för 2019)</i>	1,0	-
<i>Medicintekniskt råd</i>		
- Ordförande 25%	0,1*	0,4
- Sex-åtta ledamöter från sjukvårdsregioner och kommun (belastar resp. huvudman)	-	-
- Arvode till externa ledamöter	-	0,1
- Koordinator 1,0 bef. (varav 50% beredningsfunktion)	0,3*	0,9
- Driftkostnader	0,1*	0,3
<i>Beredningsfunktion</i>		
- Resurser motsvarande 3 kvalificerade handläggare (belastar och fördelas på resp. sjukvårdsregion om 0,5 bef)	-	-
- Driftkostnader	0,1*	0,3
- Kommunikation	0,3*	0,5
<i>Projektledning Upphandling 2019 samt upphandlingskoordinering 2020</i>	0,5	0,5
Summa *avser delår sep-dec 2019	2,4	3,0

2019-03-15

Regionstyrelserna

Meddelande från Styrelsen - Rekommendation till regionerna om etablering av en samverkansmodell för medicinteknik 2019-2020

Ärendenr: 19/00044

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 15 mars 2019 beslutat rekommendera regionerna

- **att** gemensamt etablera en samverkansmodell för medicinteknik som förbereds under 2019 och går i skarp drift fr.o.m 2020. Verksamheten utvecklas successivt över tid därefter.
- **att** samverksmodellens finansiering i sin helhet sker inom ramen för sjukvårdsregionerna, förutom vissa funktioner av gemensam karaktär. För dessa föreslås gemensam tilläggsfinansiering motsvarande 2,4 mkr 2019 (utökning om 1,4 mkr) och 3 mkr 2020 (tillsvidare) med årlig uppräknings enligt LPI. Regionerna samordnar själva eventuell nödvändig resursomfördelning inom respektive sjukvårdsregion som kan bli aktuell.
- **att** följande funktioner inrättas:
 - *Ett medicintekniskt råd.* Rådet verkar utifrån den etiska plattformen för att avge rekommendationer till regionerna men med uppdrag att beakta den medicintekniska marknadens särskilda förutsättningar. Bemanning sker främst via sjukvårdsregionerna men även representation från kommunerna föreslås. SKL stöttar med sekreterarfunktion/koordinator.
 - *En beredningsfunktion.* Funktionen koordinerar, bereder, kommunicerar och följer upp regiongemensamt agerande inom samverkansmodellen och är ett operativt stöd till det medicintekniska rådet. Bemanning sker via sjukvårdsregionerna och SKL. Initialt resurser motsvarande 0,5 bef per sjukvårdsregion, ökning bedöms behövas över tid.
 - *Ett upphandlingsprojekt* under 2019 med fokus på strategisk upphandlings-samverkan inom medicinteknikområdet och ordnat införande. Projektledning utgår förslagsvis från en region. Fr.o.m. 2020 inrättas en *upphandlingskoordinator*. Projektledare och upphandlingskoordinator ingår i beredningsfunktionen.
- **att** regionerna i sina interna processer och i sitt budgetarbete beaktar effekterna av samverkansmodellens genomförande, såväl avseende personella resurser som medel för att kunna följa gemensamma rekommendationer.

- **att** regionerna i samverkan uppdrar åt kunskapsstyrningssystemets programområden och arbetsgrupper samt de egna HTA-enheterna eller motsvarande resurser att aktivt medverka i samverkansmodellen med sin expertkunskap.
- **att** nätverket för regionernas kontaktpersoner i medicinteknik behålls under 2019-2020 och utvärdering sker därefter.
- **att** etableringsprojektet och den nationella arbetsgruppen för medicintekniks uppdrag avslutas fr.o.m. 2020, när samverkansmodellen träder i kraft.
- **att** den del av samverkansmodellen som är gemensamt finansierad faktureras av SKL i likhet med läkemedelsmodellen och samordnat med denna.
- **att** styrgruppen för läkemedels- och medicintekniksamverkan, NSG LM/MT, kontinuerligt följer arbetet och årligen åiterrapporterar till regionerna om hur arbetet utvecklas och om budgeten behöver justeras. Särskilt ska ev. författningsmässiga krav som kan komma att ställas på transparens, förutsägbarhet och rättssäkerhet beaktas.
- **att** modellen utvärderas av en extern aktör en första gång efter år 2021, t.ex. via Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys.

Förbundsstyrelsen beslutade även att rekommendera regionerna

- **att** ansluta sig till den föreslagna samverkansmodellen för medicinteknik, vilket innebär att aktivt medverka i den, att verka för att dess intentioner uppfylls och att fatta de beslut som behövs i enlighet med rekommendationen ovan.
- **att** respektive region uppmanas att senast 15 maj 2019 anmäla till Sveriges Kommuner och Landsting hur rekommendationen behandlas.

Bakgrund

I tio år har landsting och regioner tillsammans med SKL och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) utvecklat samverkan inom läkemedelsområdet. Den har successivt förfinats och är nu en framgångsrik verksamhet som förutom mer jämlik läkemedelsbehandling genererat 2 miljarder kronor i återbäring under 2018. Parallellt har TLV i en flerårig försöksverksamhet utvärderat medicintekniska produkters hälsoekonomi.

För att utreda förutsättningarna för även en medicinteknisk samverkan i regionernas regi genomfördes därför under 2016/2017 en [förstudie](#). Denna ledde fram till att landstings- och regiondirektörerna hösten 2017 ställde sig bakom finansieringen av ett gemensamt arbete i syfte att etablera en samverkan, med målet att få ett mer samordnat införande av medicintekniska produkter.

En nationell arbetsgrupp och ett nätverk för medicinteknik har efter det bildats och etableringsarbetet leds i projektform av SKL under 2018-2019, under ledning av regionerna via en styrgrupp som utgörs av den nationella samverkansgruppen för läkemedel och medicinteknik, kallad NSG LM/MT. Under hösten har föreliggande förslag utarbetats.

Förslaget innebär sammanfattningsvis att regionerna gemensamt etablerar en samverkansmodell för medicinteknik som förbereds under 2019 och går i skarp drift fr.o.m. 2020. Huvudinriktningen är att tillskapa en nationell och regiongemensam process för införande av ny medicinteknik, men modellen ger även möjlighet till annan mer strukturerad medicinteknisk samverkan även på sjukvårdsregional nivå.

Förslag till samverkansmodell för medicinteknik redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Micko
Ordförande

Hälso o sjukvård förvaltn stab
Peter Pettersson

2019-09-17

Ärendenummer 2019/01817
Dokumentnummer 2019/01817-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och sjukvårdsnämnden september 2019 - Kompressorer för andningsluft

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att föreslå regionstyrelsens seerviceutskott föreslå regionstyrelsen besluta

1. Att bevilja igångsättningsbeslut för investering i kompressorer för andningsluft, under förutsättning att Region Blekinges nuvarande budgetmodell för kompensation av ökade hyreskostnader kvarstår.

Sammanfattning

Igångsättningsbeslut söks för byte av två stycken kompressorer för andningsluft inklusive ny styr- och övervakning. Lokalanpassning och installation av en ny kompressorcentral.

Blekingesjukhuset i Karlskrona har tre stycken kompressorer för andningsluft. Två stycken är placerade i byggnad 35 och en är placerad i byggnad 33. Kompressorerna i byggnad 35 är från 1990 respektive 1994 och behöver bytas då de uppnått sin tekniska livslängd medan kompressorn i byggnad 33 är från 2006 och bedöms ha en livslängd på ytterligare 8 - 10 år.

Kompressorernas styr- och övervakningssystem moderniseras i både byggnad 33 och 35.

Reservdelar finns inte längre att tillgå, varken för kompressorer eller för styr- och övervakningssystem. Kompressorerna i byggnad 35 är i dag placerade i samma utrymme, vilket är en riskfaktor ur flera aspekter.

I händelse av brand eller strömavbrott i byggnaden eller vid luftföroreningar vid kompressorernas uteluftintag kommer det att bli driftstopp på båda kompressorerna. För att få bättre redundans

kommer en av kompressorerna därför att flyttas och placeras i en ny kompressorcentral i byggnad 40.

Den totala fastighetsinvesteringen är bedömd till 5 500 000 kr.

Projektet finns inte med i beslutad investeringsplan för perioden 2019 – 2023. Investeringsmedel avsätts från fastighets investeringsreserv. 2019 års budgetram för investeringsreserven är förbrukad men projektet ryms inom fastighets totala investeringsram varpå en omfördelning av investeringsmedel föreslås.

Investeringen innebär en ökad hyra på ca 420 000 kr/år baserat på en avskrivningstid på 25 år. Den ökade hyreskostnaden fördelas på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga

Igångsättningsbeslut fastighetsinvesteringar – Kompressorer för andningsluft.

Igångsättningsbeslut fastighetsinvesteringar Kompressorer för andningsluft

För beredning i Hälso- och sjukvårdsnämnden

För beslut av serviceutskottet

2019-09-26

Dokumentnamn: Igångsättningsbeslut fastighetsinvesteringar		Revision: 01
Dokumenttyp: Beslutsunderlag	Dokumentnummer:	
Detta dokument gäller för: Regionstyrelsen/ Regionservice	Funktionsområde: Investeringar	
Dokumentansvarig: Åsa Norrby	Beslut av: Serviceutskottet	
Beslut datum: 2019-10-30	Nästa revidering:	

Innehållsförteckning

1. Igångsättningsbeslut investeringar– fastighets-investeringar	4
1.1. Kompressorer för andningsluft Blekingesjukhuset Karlskrona	4
1.1.1. Förutsättningar.....	4
1.1.2. Projektbeskrivning.....	4
1.1.3. Bakgrund och syfte till investeringen	4
1.1.4. Investeringsutgift.....	4
1.1.5. Driftkostnad	4
1.1.6. Avvecklingskostnader	5
1.1.7. Konsekvensbeskrivning – verksamhet.....	5
1.1.8. Konsekvensbeskrivning – resp. investeringsslag.....	5
1.1.9. Miljö- och hållbarhetsförbättring	5
1.1.10. Byggnadspåverkan/påverkan på it/påverkan på mt	5

1. Igångsättningsbeslut investeringar– fastighets-investeringar

1.1. Kompressorer för andningsluft Blekingesjukhuset Karlskrona

1.1.1. Förutsättningar

- Projektet finns inte med i beslutad investeringsplan för perioden 2019 - 2023
- Investeringsmedel avsätts från fastighets investeringsreserv. 2019 års budgetram för investeringsreserven är förbrukad men projektet ryms inom fastighets totala investeringsram varpå en omfördelning av investeringsmedel föreslås.

1.1.2. Projektbeskrivning

Byte av två stycken kompressorer för andningsluft inklusive ny styr- och övervakning. Lokalanpassning och installation av en ny kompressorcentral.

1.1.3. Bakgrund och syfte till investeringen

Blekingesjukhuset i Karlskrona har tre stycken kompressorer för andningsluft. Två stycken är placerade i byggnad 35 och en är placerad i byggnad 33.

Kompressorerna i byggnad 35 är från 1990 respektive 1994 och behöver bytas då de uppnått sin tekniska livslängd medan kompressorn i byggnad 33 är från 2006 och bedöms ha en livslängd på ytterligare 8 - 10 år.

Kompressorernas styr- och övervakningssystem moderniseras i både byggnad 33 och 35.

Reservdelar finns inte längre att tillgå, varken för kompressorer eller för styr- och övervakningssystem.

Kompressorerna i byggnad 35 är i dag placerade i samma utrymme, vilket är en riskfaktor ur flera aspekter.

I händelse av brand eller strömavbrott i byggnaden eller vid luftföroreningar vid kompressorernas uteluftintag kommer det att bli driftstopp på båda kompressorerna. För att få bättre redundans kommer en av kompressorerna därför att flyttas och placeras i en ny kompressorcentral i byggnad 40.

1.1.4. Investeringsutgift

Den totala fastighetsinvesteringen är bedömd till 5 500 000 kr.

1.1.5. Driftkostnad

Investeringen innebär en ökad hyra på ca 420 000 kr/år baserat på en avskrivningstid på 25 år. Den ökade hyreskostnaden fördelas på Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen.

Investeringen ger ingen minskad driftkostnad.

1.1.6. Avvecklingskostnader

Inga kostnader för avveckling.

1.1.7. Konsekvensbeskrivning – verksamhet

Konsekvensbeskrivning ur ett verksamhetsperspektiv om investeringen inte genomförs:

Akutvård kan ej säkerställas om kompressorerna eller styr- och övervakningssystemet havererar.

Utan att flytta en av kompressorerna i byggnad 35 till annan byggnad uppnås inte önskad redundans.

1.1.8. Konsekvensbeskrivning – resp. investeringsslag

Konsekvensbeskrivning ur ett fastighetsperspektiv om investeringen inte genomförs:

Fastighet kommer inte att kunna tillhandahålla andningsluft till sjukvården.

1.1.9. Miljö- och hållbarhetsförbättring

Investeringen innebär inga miljö- eller hållbarhetsförbättringar.

1.1.10. Byggnadspåverkan/påverkan på it/påverkan på mt

Investeringen har ingen påverkan på övriga investeringsslag.

Hälso o sjukvård förvaltn stab
Peter Pettersson

2019-09-17

Ärendenummer 2019/01819
Dokumentnummer 2019/01819-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och sjukvårdsnämnden september 2019 - Ventilatorer

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att föreslå regionstyrelsens serviceutskott föreslå regionstyrelsen besluta

1. Att bevilja ingångsättningsbeslut för investering i lungventilatorer.

Sammanfattning

Lungventilatorer med luftbefuktning används till andningsstöd för intensivvårdspatienter på intensivvårdsavdelningen (IVA) och thoraxintensivvårdsavdelningen (Thiva). Ventilatorerna är från 2004–2009 och driftstörningar kommer allt oftare på framförallt de äldsta. Dagens ventilatorer erbjuder troligen också fler behandlingsmöjligheter. IVA och Thiva har idag olika fabrikat på sina ventilatorer. Förutom att Region Blekinge får modernare och bättre ventilatorer, blir sårbarheten mindre vid service och eventuell reparation.

Investeringsutgiften är 5 200 000 kr. Investeringen finns med i budgeten för 2020. Objekt nummer 100464, och 100526. Medicintekniska avdelningen räknar med att sköta servicen själva även i fortsättningen. Ingen skillnad i driftkostnad

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga

Igångsättningsbeslut medicintekniska investeringar – Ventilatorer.

Igångsättningsbeslut medicintekniska investeringar Ventilatorer

För beredning i Hälso- och sjukvårdsnämnden
För beslut av serviceutskottet

2019-09-26

Dokumentnamn: Igångsättningsbeslut investeringar		Revision: 01
Dokumenttyp: Beslutsunderlag	Dokumentnummer:	
Detta dokument gäller för: Regionstyrelsen/ Regionservice	Funktionsområde: Investeringar	
Dokumentansvarig: Åsa Norrby	Beslut av: Serviceutskottet	
Beslut datum: 2019-10-30	Nästa revidering:	

Innehållsförteckning

1. Igångsättningsbeslut – medicintekniska investeringar.....	4
1.1. Ventilatorer	4
1.1.1. Förutsättningar.....	4
1.1.2. Projektbeskrivning.....	4
1.1.3. Bakgrund och syfte till investeringen	4
1.1.4. Investeringsutgift.....	4
1.1.5. Driftkostnad	4
1.1.6. Avvecklingskostnader	4
1.1.7. Konsekvensbeskrivning – verksamhet.....	4
1.1.8. Konsekvensbeskrivning – resp investeringslag.....	4
1.1.9. Miljö- och hållbarhetsförbättring	4
1.1.10. Byggnadspåverkan/påverkan på it	4

1. Igångsättningsbeslut – medicintekniska investeringar

1.1. Ventilatorer

Lungventilatorer med luftbefuktning till andningsstöd för intensivvårdspatienter på IVA och Thiva.

1.1.1. Förutsättningar

Ventilatorerna är från 2004-2009 och driftstörningar kommer allt oftare på framförallt de äldsta. Dagens ventilatorer erbjuder troligen också fler behandlingsmöjligheter.

1.1.2. Projektbeskrivning

Investeringen finns med i budgeten för 2020. Objektnummer 100464, och 100526.

1.1.3. Bakgrund och syfte till investeringen

Se förutsättningarna ovan.

1.1.4. Investeringsutgift

Investeringsutgiften är 5 200 000 kr.

1.1.5. Driftkostnad

Flödessensorer, slangset, ventiler och servicedelar. Uppskattad kostnad per år är 300 000 kr baserat på dagens förbrukning.

1.1.6. Avvecklingskostnader

Befintlig utrustning skrotas genom elkretsen.

1.1.7. Konsekvensbeskrivning – verksamhet

IVA och Thiva har idag olika fabrikat på sina ventilatorer. Förutom att Region Blekinge får modernare och bättre ventilatorer, blir sårbarheten mindre vid service och eventuell reparation.

1.1.8. Konsekvensbeskrivning – resp investeringsslag

Medicintekniska avdelningen räknar med att sköta servicen själva även i fortsättningen. Ingen skillnad i driftkostnad.

1.1.9. Miljö- och hållbarhetsförbättring

Ingen skillnad.

1.1.10. Byggnadspåverkan/påverkan på it

Ingen byggnads-, eller IT-påverkan.

Hälso o sjukvård förvaltn stab
Peter Pettersson

2019-09-17

Ärendenummer 2019/01822
Dokumentnummer 2019/01822-1

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och sjukvårdsnämnden september 2019 - Nya upphandlingar

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att föreslå regionstyrelsens serviceutskott besluta

1. Att bevilja igångsättningsbeslut för upphandling av absorberande inkontinensartiklar.
2. Att bevilja igångsättningsbeslut för upphandling av inkontinensartiklar såsom urinpåsar och tappningskatetrar mm.

Sammanfattning

Nytt avtal krävs för att kunna tillgodose Region Blekinges invånare med absorberande inkontinensartiklar. Upphandlingen innefattar artiklar för absorberande lätt och tung inkontinens. Även pyjamasar, lakansskydd och byxa till inkontinensskydd ingår i upphandlingen. Produkterna som ingår förskrivs av vårdpersonal med förskrivningsrätt till patienter i öppen vården. Sortimentet som finns i slutenvården ingår också och motsvarar cirka 6 procent av totalen d.v.s. cirka 800 000 kr per år.

Upphandlingsvärdet bedöms till totalt 16 000 000 kr för hela avtalsperioden. Region Blekinge genomför upphandlingen i samverkan med Region Kronoberg och samtliga kommuner i Blekinge och Kronoberg.

Nytt avtal krävs för att kunna tillgodose Region Blekinges invånare med urinpåsar och tappningskatetrar m.m.

Upphandlingen innefattar till största del tappningskatetrar, kvarliggande katetrar, urindroppssamlare, badbyxor, urinpåsar och uppsamlingspåsar. Även lavemangs- och

irregationsset, fixeringsband och urinpåsehållare ingår i upphandlingen. Produkterna som ingår förskrivs av vårdpersonal med förskrivningsrätt till patienter i öppen vården. Sortimentet som finns i sluten vården ingår också och motsvarar ca 11 procent av totalen, vilket motsvarar cirka 1 000 000 kr per år.

Upphandlingsvärdet bedöms till totalt 12 000 000 kr för hela avtalsperioden. Region Kronoberg genomför upphandlingen i samverkan med Region Blekinge och samtliga kommuner i Blekinge och Kronoberg.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga

Igångsättningsbeslut – Nya upphandlingar

Nya upphandlingar

För beredning i Hälso- och sjukvårdsnämnden
För beslut av serviceutskottet

2019-09-26

Dokumentnamn: Nya upphandlingar		Revision: 01
Dokumenttyp: Beslutsärende	Dokumentnummer:	
Detta dokument gäller för: Region Blekinge	Funktionsområde: Upphandling	
Dokumentansvarig: Åsa Norrby	Beslut av: Serviceutskottet	
Beslut datum: 2019-10-30	Nästa revidering:	

Innehållsförteckning

1. Inkontinensartiklar absorberande	4
1.1. Förutsättningar	4
1.2. Projektbeskrivning	4
1.3. Bakgrund och syfte till investering	4
1.4. Upphandlingsvärde	4
1.5. Driftkostnad	4
1.6. Konsekvensbeskrivning – Verksamhet	4
1.7. Miljö- och hållbarhetsförbättring	4
2. Inkontinensartiklar urinpåsar, tappningskatetrar m.m.	5
2.1. Förutsättningar	5
2.2. Projektbeskrivning	5
2.3. Bakgrund och syfte till investering	5
2.4. Upphandlingsvärde	5
2.5. Driftkostnad	5
2.6. Konsekvensbeskrivning – Verksamhet	5
2.7. Miljö- och hållbarhetsförbättring	5

1. Inkontinensartiklar absorberande

1.1. Förutsättningar

Nuvarande avtal löper ut 2020-09-30.

Ny avtalsperiod 2020-10-01 -- 2024-09-30.

1.2. Projektbeskrivning

Region Blekinge genomför upphandlingen i samverkan med Region Kronoberg och samtliga kommuner i Blekinge och Kronoberg.

1.3. Bakgrund och syfte till investering

Nytt avtal krävs för att kunna tillgodose Region Blekinges invånare med absorberande inkontinensartiklar. Upphandlingen innefattar artiklar för absorberande lätt och tung inkontinens. Även pyjamasar, lakansskydd och byxa till inkontinensskydd ingår i upphandlingen. Produkterna som ingår förskrivs av vårdpersonal med förskrivningsrätt till patienter i öppen vården. Sortimentet som finns i slutna vården ingår också och motsvarar ca 6% av totalen d.v.s. ca 800 000 kr per år.

1.4. Upphandlingsvärde

Upphandlingsvärdet bedöms till totalt 16 000 000 kr för hela avtalsperioden.

Volymerna uppskattas öka eftersom länets befolkning blir allt äldre och får därmed allt fler patienter som har ett behov av inkontinensprodukter.

1.5. Driftkostnad

Den årliga driftkostnaden bedöms till 4 000 000 kr.

1.6. Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Inköp utan avtal kan få en negativ ekonomisk konsekvens. Skillnad mellan upphandlade priser och listpriser är 10 - 40%.

1.7. Miljö- och hållbarhetsförbättring

Miljö- och hållbarhetskrav kommer att ställas i upphandlingen.

2. Inkontinensartiklar urinpåsar, tappningskatetrar m.m.

2.1. Förutsättningar

Nuvarande avtal löper ut 2020-09-30.

Ny avtalsperiod 2020-10-01 -- 2024-09-30.

2.2. Projektbeskrivning

Region Kronoberg genomför upphandlingen i samverkan med Region Blekinge och samtliga kommuner i Blekinge och Kronoberg.

2.3. Bakgrund och syfte till investering

Nytt avtal krävs för att kunna tillgodose Region Blekinges invånare med urinpåsar och tappningskatetrar m.m. Upphandlingen innefattar till största del tappningskatetrar, kvarliggande katetrar, urindroppssamlare, badbyxor, urinpåsar och uppsamlingspåsar. Även lavemangs- och irregationsset, fixeringsband och urinpåsehållare ingår i upphandlingen. Produkterna som ingår förskrivs av vårdpersonal med förskrivningsrätt till patienter i öppen vården. Sortimentet som finns i slutna vården ingår också och motsvarar ca 11% av totalen, vilket motsvarar ca 1 000 000 kr per år.

2.4. Upphandlingsvärde

Upphandlingsvärdet bedöms till totalt 12 000 000 kr för hela avtalsperioden.

Volymerna uppskattas öka eftersom länets befolkning blir allt äldre och får därmed allt fler patienter som har ett behov av inkontinensprodukter.

2.5. Driftkostnad

Den årliga driftkostnaden bedöms till 3 000 000 kr.

2.6. Konsekvensbeskrivning – Verksamhet

Inköp utan avtal kan få en negativ ekonomisk konsekvens. Skillnad mellan upphandlade priser och listpriser är 10 - 40%.

2.7. Miljö- och hållbarhetsförbättring

Miljö- och hållbarhetskrav kommer att ställas i upphandlingen.

§ 14/19

Rätt använd kompetens på vårdavdelning

Slutenvårdsberedningen beslutar

1. Att ta informationen till protokollet.
2. Att informera Hälso- och sjukvårdsnämnden att arbetet med RAK och fördelningstal fortsätter och implementeras ute i verksamheten.

Sammanfattning

Syftet med rätt använd kompetens (RAK) är att identifiera de arbetsuppgifter som utförs av sjuksköterskor men som inte kräver sjuksköterskelegitimation för att utföras, och på så sätt förflytta arbetsuppgifter från sjuksköterska till undersköterska – eller annan kompetens. Idag har beredningen informerats om hur implementationen fortskrider ute i verksamheten. Det har även presenterats exempel på fördelningstal på ett par avdelningar.

Bakgrund

Sjuksköterskebrist börjar bli kännbar 2015, och behov av att se över hur fördelningen av arbetsuppgifter såg ut i organisationen för sjuksköterskor respektive undersköterskor. Projekt för rätt använd kompetens (RAK) börjar.

Syftet med RAK (rätt använd kompetens) var att identifiera de arbetsuppgifter som utfördes av sjuksköterskor men som inte krävde sjuksköterskelegitimation för att utföras, och på så sätt förflytta arbetsuppgifter från sjuksköterska till undersköterska – eller annan kompetens kan utföras. Projektet genomfördes hösten 2015 i form av intervjuer i verksamheten. Utfallet på detta projekt blev att verksamheten inte uppfattade att det fanns behov av någon större omfattning av taskshifting.

2016 ökade sjuksköterskebristen ytterligare och därmed hyrberoendet. Socialstyrelsen kom ut med skriften "Vem får göra vad i i hälso- och vården och tandvården". Baserat på detta regelverk hade vi beslutstöd för vem som får göra vad inom slutenvården i Blekinge.

Vid oktober 2016 hade en arbetsgrupp i förvaltningen bildats inklusive fackliga representanter och i samverkan med vårdavdelningarna, för att ta fram ett systematiskt arbetssätt för att nå säker vård och stärka upplevelsen av en god arbetsmiljö.

Då var målsättningen att arbetsgruppen under våren 2017 skulle ta fram och fastställt vem som ska göra vad i vården utifrån uppdraget:

att fastställa ett övergripande och accepterat bemannings- och fördelningstal i förhållande till produktionskrav. Ett efterföljande arbete ska kunna möjliggöra förbättrad arbetsmiljö, ökad patientsäkerhet samt generera en ökad följsamhet till givna ekonomiska ramar."

Hösten 2017 togs beslut om vem som ska utföra vad i vården.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Under hösten 2017 planerades att utföra vårdtyngdsmättnings-instrumentet för beräkning av bemanning, detta blev dock fördröjt till våren 2018 på grund av akuta besparingsåtgärder. Det påbörjades då ett arbete med att få fram en modell för bemanningstal i samverkan med vårdavdelningschefer.

Information löpande har skett till nämnden och samverkan har skett kontinuerligt.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse: Rätt använd kompetens på vårdavdelning

Beslutsgång

Ordförande Birgitta Ståhl ställer bifall mot avslag och finner att beredningen bifallit liggande förslag.

Protokollet ska skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Diariet



§ 15/19

Vårdplatsfördelning och avdelningsstruktur

Slutenvårdsberedningen beslutar

1. Att ta informationen till handlingarna.
2. Att i nuläget informera hälso- och sjukvårdsnämnden om pågående utredningar angående vårdplatsfördelning och avdelningsstruktur.

Sammanfattning

Ett arbete med att hitta grunden för hur vi möjliggör en akut förändring av vårdplatsfördelning och avdelningsstruktur, men samtidigt skapar förutsättningar för en hållbar lösning i linje med det arbete som pågår mot Framtidens Hälso- och sjukvård.

Beredningen informeras om arbetet som pågår.

Bakgrund

Under våren har vårdplatssituationen blivit mycket ansträngd och inför sommaren stängdes fler vårdplatser än tidigare somrar. En översyn av vårdplatser pågår dels på kort sikt, men också för att på längre sikt anpassa vårdplatserna efter de behov omställningen enligt framtidens Hälso- och sjukvård beskriver.

Syftet med översynen av vårdplatser är att den inte motsvarar behovet på kort och lång sikt.

En vårdplatsöversyn pågår för att utreda och

- föreslå det totala antalet slutenvårds plaster som bör finnas inom hälso- och sjukvården i Blekinge
- utifrån patienternas medicinska behov, föreslå fördelningen av slutenvårdsplatser i länet

Behovet av att snabbast möjligast lösa dagens akuta behov av en förändrad vårdplatsstruktur ska harmoniseras med att den föreslagna vårdplatsstrukturen även ska vara långsiktigt hållbar ur såväl ett patientperspektiv som ur ett medarbetarperspektiv. Föreslagen vårdplatsstruktur ska därför vara kunskapsstyrd och alltså grundas på

- statistiska parametrar (medelvårdtid, beläggningsgrad, akuta/planerade inläggningar med mera)
- evidens för optimal vårdplatsstruktur
- regionens utveckling mot dels en nära vård dels en högspecialiserad vård

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande



Vidare ska föreslagen vårdplatsstruktur ta hänsyn till

- pågående och planerade förändringar i arbetssätt (så som t.ex. mobila team, avancerad sjukvård i hemmet, mobil geriatrik etc.)
- tidigare utredningar (t.ex. palliativa och onkologiska vårdplatserna, akutvårdsavdelning etc.)
- Blekinges demografiska utveckling
- Blekingebornas nuvarande hälsoläge och kommande hälso- och sjukdomsutveckling politiska beslut

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse: Vårdplatsfördelning och avdelningsstruktur

Beslutsgång

Ordförande Birgitta Ståhl ställer bifall mot avslag och finner att beredningen bifallit liggande förslag.

Protokollet ska skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Diariet

Justerandes signatur



Utdragsbestyrkande



Hälso- och sjukvårdsnämnden

Kallelse/föredragningslista
2019-09-19

Hälso- och sjukvårdsnämnden kallas till sammanträde

Tid: Torsdag den 26 september 2019, klockan 9.15 – 16.30

Plats: Martinsonsalen

Ordförande: Emma Stjernlöf

Sekreterare: Martina Leinvall, kanslienheten

Ledamöter: Emma Stjernlöf (M)
Erik Lindborg (KD)
Markus Alexandersson (S)
Birgitta Ståhl (M)
Gustav Nilsson (M)
Karin Nordvall (C)
Rosmarie Strömblad (L)
Linda Ekström Sandstedt (S)
Jan Anders Palmqvist (S)
Marie Bengtsson (S)
Hampus Engqvist (S)
Lena Johansson (V)
Camilla Karlman (SD)
Tobias Alm (SD)
Pernilla Cederholm (SD)

Ersättare: Magnus Arvidsson (M)
Malin Wästfelt (C)
Silke Jacob (C)

Christel Henningsson (KD)

Inger Åkesson (KD)

Jesper Rehn (L)

Roine Olsson (S)

Ann-Christin Denebo (S)

Sara Rudolfsson (S)

Agneta Wildros (S)

Magnus Dagmyr Winnetoft (S)

Jan-Olof Wahllöf (V)

Anna Borgström (SD)

Ronnie Nilsson (SD)

Linda Marie Röman (SD)

Tjänstemän: Peter Lilja, regiondirektör/hälso- och sjukvårdsdirektör
Maria Arvidsson Karlsson, hälso- och sjukvårdschef – medicinsk
service och stabschef för hälso- och sjukvårdsstaben
Lars Gelander, hälso- och sjukvårdschef – nära vård
Birgitta Friberg, hälso- och sjukvårdschef – specialiserad vård
Åsa Jersheim, ekonomichef
Karin Norgren, HR-chef
Peter Pettersson, verksamhetsstrateg
Carina Svärd, folkhälsstrateg
Marie Söderström, administrativ sekreterare
Elizabeth Aller, överläkare
Roger Nihlén, verksamhetschef
Kristina Bergqvist, regionjurist
Martina Leinval, beredningssekreterare

Föredragningslista

Ärendenummer

1. Val av justerare samt tid för justering
 2. Godkännande av föredragningslista
 3. Anmälan om protokolljustering
- Information
4. Verksamhetsinformation
- Hälso- och sjukvårdsstabens uppdrag 09.20 – 09.50
Maria Arvidsson
Karlsson
 5. Förslag till patientavgifter 2020 09.50 – 10.30
Marie Söderström
 - Kaffe 10.30 – 10.50
 6. Äldres psykiska hälsa 10.50 – 11.35
Elizabeth Aller
 7. Akutkliniken 11.35 – 12.20
Roger Nihlén m. fl.
 - Lunch 12.20 – 13.20
 8. Delårsrapport augusti 2019 13.20 – 13.50
Åsa Nygren
 9. Omsätta kommissionen för jämlik hälsa i
hälso- och sjukvårdsnämndens
verksamhetsplan 13.50 – 14.10
Carina Svärd
 10. Handlingsplan personalsituationen 14.10 – 14.40
Karin Norgren
 11. Återkoppling beredningarna 14.40 – 14.50

- | | | |
|-----|--|--------------------------------|
| 12. | Kungsplan | 14.50 -15.10
Peter Lilja |
| 13. | Extern förhyrning Brunnsgården
(HSN § 147/19) | 15.10 – 15.20
Lars Gelander |
| | Kaffe + gruppmöten | 15.20 – 15.45 |
| | Ärenden för beslut | |
| 14. | Förslag till patientavgifter 2020 | 2019/01810 |
| 15. | Delårsrapport augusti 2019 | 2019/01677 |
| 16. | Budget i balans – Lyckeby Vårdcentral | 2019/00055 |
| 17. | Svar återremiss - nettobudgetram ersätter IPDK | 2019/00889 |
| 18. | Sammanträdesplan 2020 för hälso-och
sjukvårdsnämnden | 2019/01818 |
| 19. | Etablering av en samverkansmodell för
medicinteknik 2019-2020 - rekommendation SKL | 2019/01815 |
| 20. | Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och
sjukvårdsnämnden september 2019 -
Kompressorer för andningsluft | 2019/01817 |
| 21. | Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och
sjukvårdsnämnden september 2019 - Ventilatorer | 2019/01819 |
| 22. | Igångsättningsbeslut investeringar till Hälso- och
sjukvårdsnämnden september 2019 - Nya
upphandlingar | 2019/01822 |
| 23. | Återremiss - Uppdrag åtgärdsplan och tidsplan för
budget i balans hälso-och sjukvårdsnämnden | 2019/01636 |
| 24. | Delegationsärenden | |
| 25. | Beslutslogg | |
| 26. | Anmälningssärenden | |
| 27. | Nästa sammanträde | |

Vid förhinder för ordinarie ledamot att delta i sammanträdet anmäls detta omgående till
....., tel. xxxx-xx xx xx,så att ersättare kan kallas till sammanträdet.

2019-09-19
Karlskrona

Martina Leinvall Kanslienheten
