

Mötesbok: Hälso- och sjukvårdsnämnden (2019-10-24)

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Datum: 2019-10-24

Plats: Martinsonsalen

Kommentar:

Dagordning

Val av justerare samt tid för justering

Godkännande av föredragningslista

Anmälan om protokolljustering

Information

Verksamhetsinformation

Återremiss Närakut Karlshamn

Organisatorisk flytt av hjälpmedelcenter till området medicinsk service
hälso- och sjukvårdsstaben

Ärenden för beslut

§ 215/19 Svar återremiss igångsättningsbeslut extern inhyrning Brunnsgården	3
§ 216/19 Återremiss närakut i Karlshamn	6
§ 217/19 Organisatorisk flytt av hjälpmedelcenter till området medicinsk service inom Hälso- och sjukvården	57
§ 218/19 Omsätta kommissionen för jämlik hälsa i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan	58
§ 219/19 Revidering av delårsbokslut augusti 2019	121
§ 220/19 Omfördelning av budget i samband med satsningar enligt regionplanen	208
§ 221/19 Förändrad handledningsmodell verksamhetsförlagd (VFU) utbildning för sjuksköterskestudenter .	212
§ 222/19 Svar på motion om införande av rTMS som behandlingsmetod mot depression, ångestsyndrom och andra tillstånd där metoden är lämplig	214

Delegationsärenden

Beslutslogg

Anmälningsärenden

Övriga dokument

Hälso- o sjukvårdsstaben
Lars Gelander

2019-10-17

Ärendenummer 2019/01051-3
Dokumentnummer 2019/01051-3

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Svar återremiss igångsättningsbeslut extern inhyrning Brunnsgården

Förslag till beslut

1. Att avslå igångsättningsbeslut för inhyrning av externa lokaler för vårdcentralens verksamhet på Brunnsgården Karlshamn.

Sammanfattning

Nämnden återremitterade ärendet och gav hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram hur de ökade kostnaderna avseende driften ska finansieras då finansieringen var oklar vid ärendehanteringen på nämnden 2019-06-18. Igångsättningsbeslutet för inhyrning i de lediga lokalytorna bör avslås med hänsyn till att vårdcentralen inte kan bära de utökade kostnaderna, dvs. det saknas finansiering.

Bakgrund

Brunnsgårdens vårdcentral har ett utökat uppdrag att ta ansvar för första linjens psykiska ohälsa. Personal som arbetar med psykisk ohälsa har anställts och det leder till trångboddhet i befintliga lokaler. Antal utbildningsläkare AT-läkare, har ökat från 1 till 2 personer, vilka saknas utrymme för. En utökning av lokalytan hade kunnat tillgodose det ökade behovet av mottagningsrum. I direkt anslutning till vårdcentralens nuvarande lokaler finns en ledig lokalyta som Regionen tidigare har hyrt och denna föreslogs som utökad förhyrning.

Fortfarande kvarstår bedömningen att nuvarande lokalytor på Brunnsgården inte är ändamålsenliga och verksamheten är trångbodd. Vid förändrat uppdrag i förhållande till omställning av vård, kan framtida lokalbehov behöva utredas.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Tf Hälso- och sjukvårdsdirektör

Lars Gelander
Områdeschef Nära vård

§ 147/19

Ärendenummer: 2019/01051

Igångsättningsbeslut investeringar till hälso- och sjukvårdsnämnden maj 2019 - Extern inhyrning Brunnsgården

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

1. Att återremittera ärendet.

Reservationer och särskilda uttalanden

Alliansen lämnar yrkande, se bilaga 7.

Sammanfattning

Utökat uppdrag för vårdcentralen att ta ansvar för första linjens psykiska ohälsa. Personal som arbetar med psykisk ohälsa har anställts och detta leder till trångboddhet.

Antal utbildningsläkare AT-läkare, har ökat från 1 till 2 personer, detta finns inget utrymme för.

För att kunna tillgodose det ökade behovet behöver lokalytan nu utökas. I direkt anslutning till vårdcentralens nuvarande lokaler finns en ledig lokalyta som Regionen tidigare har hyrt och denna föreslås nu som utökad förhyrning.

Investeringskostnader för lokalanpassning ca 400 000 kr finns inte med i beslutad investeringsplan 2019 - 2023 och finansieras därför av investeringsreserven, genom omfördelning av investeringsmedel inom fastighetsinvesteringar som inte genomförs i takt med beslutad plan 2019.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse: Igångsättningsbeslut investeringar till hälso- och sjukvårdsnämnden maj 2019 – extern inhyrning Brunnsgården
Bilaga: Extern inhyrning Brunnsgården 190523

Förslag till beslut

Alliansen yrkar ”att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram hur de ökade kostnaderna avseende driften ska finansieras”.

Birgitta Ståhl (M) yrkar på återremiss av ärendet.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Protokoll

43
(42)

Sammanträdesdatum:
2019-06-18

Beslutsgång

Ordförande Emma Stjernlöf (M) ställer bifall mot avslag på Birgitta Ståhls (M) yrkande att återremittera ärendet och finner att nämnden bifaller förslaget.

Protokollet ska skickas till

Serviceutskottet
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Diariet

Hälso- o sjukvård Nära Vård
Lars Gelander

2019-10-09

Ärendenummer 2019/01036
Dokumentnummer 2019/01036-3

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

Återremiss Närakut i Karlshamn

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

1. Att utredning och risk- och konsekvensanalys gällande Närakut i Karlshamn är genomförd och därmed anse hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag vara slutfört
2. Att en Närakut i Karlshamn föreslås öppna under 2020 med öppettider mellan klockan 08.00-21.00

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

3. Att om ett år från öppnandet av Närakuten i Karlshamn utvärdera öppettiderna om behov finns att öppna nattetid.

Sammanfattning

Detta underlag baseras på den ursprungliga utredning om Närakut i Karlshamn och den återremiss som beslutades av hälso- och sjukvårdsnämnden. Det tidigare underlaget ligger fortfarande som bas, se bilaga.

Hälso- och sjukvården befinner sig i en omfattande omställning. Ett mål är att bättre möta vårdbehov hos kroniskt komplext sjuka invånare. Den akuta sjukvården för tillfälligt sjuka invånare behöver därför leverera bättre tillgänglighet och vara en tydligare väg in för de invånare som har detta behov. Öppnande av sådan enhet i Karlshamn blir en del i denna utveckling.

I detta tjänsteutlåtande har därför också behoven för omställning av vård inkluderats, där en förändring av akutsjukvården i Blekinge är avgörande för att säkra vården för äldre och komplext sjuka och där fast vårdkontakt till team på vårdcentral bedöms som nödvändigt men där det samtidigt krävs att akuta vårdinsatser för lätt sjuka invånare kan erbjudas med hög tillgänglighet

utanför sjukhuset akutmottagning. Detta behov bedöms föreligga huvudsakligen mellan klockan 08-21.

En bedömning av tillkommande kostnader, liksom risker och synpunkter från medarbetare ingår också i detta tjänsteutlåtande.

Bakgrund

Det ursprungliga uppdraget kom från dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektör till arbetsgrupp att ta fram ett förslag på modell för Närakut i Karlshamn utifrån politiska beslut och efter Förvaltningens bakgrundsbedömning. För detaljer i den ursprungliga rapporten hänvisas till denna (ärende 2019/01036).

Vid hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde 2019-06-18 beslutades att ärendet återremitteras, med specifika frågeställningar som besvaras i nedanstående analys.

Analys

Riskbedömning

Riskbedömning genomförd inom facklig samverkan. Vårdförbundet betonar att riskbedömning är svår när det fortfarande finns oklarheter i uppdragets utformning. Efterfrågas tydlighet i uppdraget, eftersom oklarheter kring vilken vård som erbjuds kan leda till ökad vårdkonsumtion, ökad stress för medarbetare och oklarheter i kompetensbehov. Man efterfrågar organisatorisk tillhörighet utanför hälsoval, för att klara att rekrytera och bemanna.

Om läkare inte finns på plats riskerar belastning på medicinjour öka. Uppdelade patientflöden riskerar att göra det mindre attraktivt att arbeta inom primärvård.

Tillräckliga resurser och tydlig organisatorisk tillhörighet med sammanhängande ledarskap viktigt.

Samverkan har också genomförts genom arbetsplatsträff på Samaritens Vårdcentral. Sammanfattningsvis framkommer risker med kontinuitet, minskad tillgänglighet till läkare på vårdcentralen, svårigheter att behålla arbete i team. Rörande patienter finns oro för att en Närakut ökar tillgänglighet för de resursstarka på bekostnad av gamla och kroniskt sjuka. Man betonar också att förslaget inte ryms inom beslutade ekonomiska medel.

Utöver detta finns följande underlag relaterat till patientsäkerhet utgående från tidigare akutmottagning i Karlshamn.

Under 2011 och 2012 fattade inspektionen för vård och omsorg (IVO) sex beslut som rörde den dåvarande akuten i Karlshamn.

Ärende 1 handlade om Lex Maria rörande bristande bedömning av hjärtpatient där IVO var nöjd med den metodutveckling och kompetenshöjning som genomförts i förhållande till tidigare

rapporterad avvikelse. I uppföljning av detta ärende konstaterade IVO att man säkrat att bakjour inom kirurgi och medicin skulle finnas tillgängliga på plats då AT-läkare var jour.

Ärende 2 var riktat till landstinget som helhet där IVO konstaterade att Blekinge inte infört ett sammanhållet ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, enligt det krav som finns i hälso- och sjukvårdslag, patientsäkerhetslag och i SOSFS 2005:12. Ärendet utgick från brister i informationsöverföring rörande patienter mellan olika delar av organisationen.

Ärende 3 rörde Lex Maria angående fördröjd diagnos av hjärnhinneinflammation. Patienten avled. De två läkarna i Karlshamn som tjänstgjorde var inhyrda av bemanningsföretag. IVO konstaterade många brister, alltifrån att rådgivning på vårdcentral gett felaktigt lugnande besked ett dygn innan patientens försämring. Även insatser när patient inkom till akuten i Karlshamn i medveten tillstånd kritiserades, med fördröjd kontakt med narkosjour och fördröjd kontakt med IVA i Karlskrona.

I detta ärende skriver Socialstyrelsen att man ”anser att det på ett sjukhus med fullvärdig akutmottagning ska finnas den kompetens som behövs för att omhänderta patienter på ett säkert sätt oavsett tid på dygnet. Om detta inte kan säkerställas måste verksamheten överväga att begränsa vilka patienter som kan omhändertas på akutmottagningen och ge direktiv för vilka patienter som ska dirigeras till annan akutmottagning som bättre rustad att omhänderta patienten på ett säkert sätt.”

Möjligheter att använda andra befintliga resurser inom Blekingesjukhuset Karlshamn har inte utretts.

I aktuell dialog med jourcentralen i Karlshamn framkommer att det finns patienter som kommer till jourcentralen som är alltför sjuka för att kunna hanteras på annan plats än ett komplett akutsjukhus. Dessa patienter söker sig dock också till vårdcentralerna. Exempel på detta är barn som insjuknar i diabetes och som visar sig kräva intensivvård liksom allvarligt hjärtsjuka patienter.

Kontinuiteten

Region Blekinge har startat en omställning av hälso- och sjukvård. En del i detta är att införa Nära vård som syftar till att bland annat klara vården av komplext sjuka invånare utanför sjukhus. Sedan många år har uppföljning av primärvård inriktats på tillgänglighetsvården som driver primärvården att hantera akut sjukvård istället för att ta hand om de kroniskt komplext sjuka. En analys pågår för att säkra olika behov hos invånarna utgående från uppdelade flöden:

- Friska med upplevt akut vårdbehov
- Friska som önskar planerad vårdåtgärd
- Kroniska sjuka som behöver sammanhållen uppföljning
- Kroniskt sjuka med akut försämring

Avgörande för att klara vården av de mest sjuka är att säkra kontinuitet till ett vårdteam på vårdcentralen. Det kräver att organisationen av akutsjukvård utvecklas så att framför allt de som

kan klassificeras som friska med upplevt akut vårdbehov, inte primärt hänvisas till vårdcentralerna. På vårdcentralerna ska huvuduppdraget vara att erbjuda fast vårdkontakt till ett team som också kan hantera den akuta vården av de kroniskt sjuka både genom kontakt på vårdcentral och mobil kontakt till hem eller boenden.

Utbyggnad av jourverksamhet som klara de akuta vårdbehoven hos de i övrigt friska utanför vårdcentral är därför avgörande för att förbättra vården av äldre och komplext sjuka invånare.

Remisstvång

Primärvården i Blekinge är underdimensionerad. Det saknas därför förutsättningar för att handlägga det ökade flöde av patienter som skulle behöva hanteras på vårdcentral för att få remiss till jourverksamhet. Den jourverksamhet som den aktuella utredningen baserats på innebär inte heller att jourcentralen skulle erbjuda annan vårdnivå än den som redan erbjuds av vårdcentralen, varför en extra bedömning skulle medföra minskad effektivitet och minskad tillgänglighet. Uppdraget i regionplanen att ha minst en kvällsöppen vårdcentral i varje kommun har ännu inte hanterats i hälsovalet men om detta också leder till akutbesök för vårdcentralerna riskeras undanträngningseffekter av de mest sjuka invånarna. Att rikta utökade öppettider till akuta vårdflöden rekommenderas därför inte.

Sammanfattningsvis skulle ett remisstvång till jourverksamhet riskera att minska tillgänglighet och därigenom öka risk för vårdskador.

Ambulansflöde

Analys av ambulansflödet har gjorts i dialog med Roger Nihlén, verksamhetschef för akutkliniken. Utgående från de ärenden som beskrivits ovan från IVO, tas idag alltid kontakt med akutavdelningen i Karlshamn innan patient körs dit. Det betyder att en avstämning sker om transport istället ska gå till Karlskrona eller Kristianstad, beroende av patientens tillstånd. Risker att ambulans transporterar alltför sjuk patient till Karlshamn bedöms som låg.

Namnvalet

Frågan har lyfts i ledningsgruppen för Nära vård, som innefattar verksamhetschefer för bland annat akutkliniken, jourcentral i Karlshamn samt offentlig primärvård. Gruppen är enig i att ordet "akut" inte bör ingå i namnet eftersom de riskerar öka risken att alltför allvarligt sjuka patienter söker sig till mottagningen. Man önskar i första hand att namnet "jourcentral" kvarstår även om uppdraget utökas.

Alternativa namn skulle kunna vara: Närjour, Näravårdjour, Närvårdsjour, Primärjour.

Framtida utveckling

Digital tillgänglighet för akuta vårdbehov kan i den fortsatta utvecklingen inom Nära Vård vara del av den ökade tillgänglighet som ligger i uppdraget. Till detta kommer möjlighet till digital triagering, både via den framtida call-back knuten till 1177 liksom vid fysiska besök på Närakuten.

Samverkan

Den fackliga referensgrupp knuten till ursprunglig utredning lyfte att definition av uppdraget måste vara väldigt tydligt och att information ut till befolkningen är oerhört viktig. SACO ville att vi i arbetet också ska tänka på funktionerna som paramedicinarna kan ha på en Närakut och i tidigt skede koppla in dessa funktioner som arbetsterapeuterna kan bistå med. Efterfrågades också att skyddsombud ska ingå i fortsatt arbete.

Blekinge läkarförening, Distriktläkarföreningen, Vårdförbundet, Kommunal och Vision framförde synpunkter och efterfrågade att de vägs in i beslut. Sammanfattningsvis:

- Sjukdomar som hanteras av primärvård kan vänta till dagen efter
- Kontinuitet viktig faktor som inte kan uppfyllas av en Närakut
- Risk för otydlighet för invånarna om var man ska söka vård
- Brist på läkarbemanning gör att man anser det olämpligt att flytta resurser till Närakut
- Man anser det vara resursslöseri att flytta personal till Närakut dagtid och nattetid

Ekonomiskt underlag

Läkarbemanning

I det underlag som tidigare presenterats saknades kostnader för läkarinsatser. I återkoppling från den grupp som skrivit ursprunglig rapport bedömer man att de läkarresurser som finns tillgängliga med nuvarande system för jour och beredskap är otillräckliga för att klara dygnet runt öppen verksamhet. I realiteten är också många av jourpassen i nuläget bemannande av bemanningsföretag, vilket kan leda till dubblerade kostnader. Kostnaden för ordinarie arbetstid är den kostnad som tillkommer om inte enheten ska minska tillgängligheten vid vårdcentraler. Kostnaden för störning och jour bemannas idag via hälsovalsystemet och sprids därigenom på de olika huvudmännen.

Kostnad beräknat efter öppetid 8-21 men ej nattöppet 2 416 755 kr

Kostnad jour störd halva tiden 5 176 803 kr

Kostnad schemaläggare 200 000 kr

Summa 6 787 973 kr

Kostnad för bemanningsalternativ avseende läkare vid heldygnsöppet finns tillgängligt.

Färdigställande av lokal

Förutsättningen för den i tidigare rapport föreslagna jourverksamheten i Karlshamn är att personal från akutavdelningen (AKA) tjänstgör i jourverksamheten. Den befintliga jourcentralen nås inte direkt från utsidan sjukhuset och den placering som kräver att patient tar sig genom korridorer och hissar är också olämplig för en jourverksamhet med den omfattning som finns i regionplan. Sammantaget kräver detta samlokalisering som betyder att det krävs ombyggnad av den tidigare akuten i Karlshamn.

För ombyggnation anges en preliminär fastighetsinvestering på 40 mnkr för att anpassa lokalerna i förslag till investeringsplan 2020-2024. Det motsvarar en ombyggnad av gamla akutmottagningen - ca 700 kvm verksamhetsyta och ambulanshall. Denna bedömning är med förbehåll för tillgång till för lite fakta för att veta vilket det egentliga lokalbehovet är.

I rapporten föreslås bland annat att akutavdelningens 6 vårdplatser ökas upp till minst 15 och är kvar på plan 4 i hus 5 och drivs som en primärvårdsavdelning med observationsplatser med övervakningsmöjligheter. Viktigt att veta är att plan 4 iordningställdes som en icke permanent lösning och är inte optimal för detta ändamål. Större lokalanpassningar på plan 4 är inte inräknat i de 40 mnkr som nämns ovan. Lokalanpassningar på Samaritens VC och Jourcentral är inte inräknat i de 40 mnkr som nämns ovan.

Nackdelen med att ta gamla akutmottagningens lokaler i bruk (efter ombyggnad/renovering) är att det kraftigt begränsar och ytterligare fördyrar möjligheten att i framtiden skapa en Närakut med vårdplatser i direkt anslutning då det inte kommer att gå att bygga om/till när verksamheten väl är igång i lokalerna.

Bedömning

Inom ramen för omställningen behöver akutsjukvårdsprocessen utvecklas. Framtidens Närakut ska vara den naturliga vägen till vården för den invånare som drabbas av akuta sjukdomssymtom men där akutsjukhusets resurser inte behöver tas i anspråk. Tillgängligheten för kroniskt komplext sjuka invånare för fast vårdkontakt till team behöver säkras för att förstärka möjligheten att bedriva mer avancerad vård utanför sjukhus. Huvudansvaret för den kroniskt komplexa vården behöver prioriteras till det sammanhållna vårdteamet på vårdcentralen medan akutsjukvård styrs mot Närakut.

Även jämlik tillgång till akutsjukvård behöver säkras inom Blekinge. På sikt rekommenderas omstrukturering av sjukhusets akutmottagning till att enbart handlägga de tillstånd som kräver sjukhusets resurser, medan Närakut även bör finnas i öster. Uppdraget att utveckla akutsjukvårdsprocessen bör vidareutvecklas via genomlysning för att identifiera kommande behov.

Bedömningen är att det finns behov av att utveckla akutverksamhet och tillgänglighet riktat till de invånare som inte har behov av kontinuitet i vårdkontakt. Detta bör säkra samma vårderbjudande i Karlshamn som i Karlskrona. På sikt bedöms fler invånare använda denna akuta sjukvård via akutverksamheter. Mobil akut sjukvård med t ex läkarbilar bör utgå från Närakuter. I närheten finns också 1177 och call-back, så att de tidigare friska med akut vårdbehov kan erbjudas tid eller drop in till Närakuten. För alla invånare ska hänvisning eller bokning kunna ske efter kontakt med 1177 till Närakuten eller vårdcentral beroende av individens behov. Digitaliserade konsultativa kontakter och monitorering av komplext sjuka patienter i hemmet via de centra som Närakuten är lokaliserad till, bidrar till att kunna skicka akut team eller fast team från vårdcentral när behov uppstår. Via call-back eller via Närakuten identifieras också de som haft upprepade akuta behov, så att de kan erbjudas fast vårdkontakt och sammanhållen vård hos teamet på vårdcentralen. Framtidens Närakut behöver ha bredare kompetens än vad dagens jourcentraler har, genom tillgång till samtalsterapeutisk kompetens och fysioterapeut. Ytterligare kompetenser

kan behövas i framtiden. Närakuten behöver också djupare diagnostisk kompetens, genom tillgång till röntgen och andra akuta undersökningar. Majoriteten av alla sjukdomsfall, inklusive enkla frakturer ska kunna hanteras utan akutremiss till sjukhusakuten.

Verksamheten bör inte vara organiserad ihop med en vårdcentral, utan ha egen ledning och grundbemanning, som dock kan samordnas med akutavdelningen och vårdcentral. Från de riskanalyser och den samverkan som genomförs bedöms akutverksamheten kräva läkarbemanning på plats under hela dess öppettid. Även om läkare från vårdcentraler bemannar Närakut rekommenderas resursen för läkare inte tas från befintliga vårdcentraler inom hälsoval. Kostnader för att driva akutverksamheten ryms därför inte inom de ekonomiska ramar som anslagits.

Bedömningen av resultatet av den återremitterade utredningen är att verksamheten i Karlshamn bör starta efter ombyggnad av den tidigare akutmottagningen.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Tf. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Lars Gelander
Hälso- och sjukvårdschef Nära vård

Riskbedömning inför ändringar i verksamheten Avdelning/basenh Hälso- och sjukvården, Nära vård			Deltagare Eva Åsheden avdelningschef AKA, Johanna Johansson verksamhetschef Brunnsgårdens vårdcentral, Anna Svensson verksamhetschef Samaritens vårdcentral och jourcentralen i Karlshamn, Anna Jansson HR-partner Nära vård, Marcus Bäckman BLF, Camilla Perland vårdförbundet (via mail). Samtliga fackförbund var inbjudna och har tagit del av riskbedömningen via mail och getts möjlighet att komplettera.				Datum 191008	
Beskriv förändringen Införande av dygnet runt öppen Närakut i Karlshamn								
					Ställningstagande: Förändringen genomförs ☐ Förändringen genomförs inte ☐			
Förändringsfaktor/ riskkälla	Konsekvens	Perspektiv Arbetsmiljö Verksamhet Patient	Stor risk	Medel risk	Liten risk	Föreslagna åtgärder	Ansvarig	
Namnet Närakut	Kan skapa förvirring för invånare om vilken vårdnivå man ska vända sig till. Patienter kan komma att söka närakuten för tillstånd som kräver sjukhusets specialistvård och därmed riskeras patientsäkerheten.	P	X			Förslag på andra namn finns. Tydlig och omfattande kommunikationsinsats inför öppnande.	HoS ledning	
Uppdraget för närakuten	Oklarheter kring vilken vård som erbjuds på närakuten kan leda till ökad vårdkonsumtion. Otydlighet för medarbetare, kan leda till ökad stress. Oklarheter i uppdraget och 3 olika enheter enheter att söka vård på (vårdcentral, närakut och akuten) kan skapa risk för otydlighet i var patienten ska söka vård och det ger oklarhet i vilket kompetensbehov som finns på enheten. Risk finns att patienter hänvisas mellan de olika enheterna.	P A		X		Tydlighet i uppdraget. Kommunikationsinsatser för att leda patienter till rätt vårdnivå.	HoS ledning	
Lokaler	Befintliga lokaler kräver uppdatering för att kunna samlokalisera AKA och jourcentralen.			X		Renovering av gamla akutens lokaler. Se över strukturen för de 6 vpl som finns på AKA idag.	Region-service	

Organisationstillhörighet	Organisationstillhörigheten påverkar möjligheterna att rekrytera, bemanna och finansiera. Organisatorisk tillhörighet i Hälsoval riskerar att ge svårigheter att rekrytera och bemanna med rätt kompetens.	V A	X			Tydlighet i tillhörighet i tillhörighet och ledningsstruktur. Organisatorisk tillhörighet utanför Hälsoval	Region- ledning
Läkare i beredskap	Läkare finns ej på plats kan ge ökad belastning på medicinjouren. Större ansvar för sjuksköterskor.	P A			X	Tydliga rutiner och samverkan med specialiserad vård. Förstärkt introduktion och kompetensutveckling. Alternativ att förstärka jourlinjer i väst så att läkare alltid finns på plats.	HoS ledning
Öppet dagtid	Öppet dagtid kan medföra att patienter hamna på Närakuten med problemställningar som bäst handläggs på en vårdcentral. Öppet dagtid innebär risker för ytterligare försämrad kontinuitet, och som en konsekvens av detta även sämre vårdkvalitet. Risk för försämrad vårdkvalitet, pga. ökad risk för vårdkontakt på fel nivå. Försämrad kontinuitet medför ökad risk för akutbesök och sjukhusinläggningar. Risk finns att vårdcentralerna hänvisar patienter till Närakuten och att patienter "bollas fram och tillbaka".	V	X			Utveckling av sammanhållen call-back med 1177, samt digital bokning med digital triagering som leder invånare rätt. Kommunikationsplan för att öka invånares kunskap om sökvägar och kontaktvägar.	HoS ledning

Uppdelade patientflöden	Försvårar möjligheten att prioritera de mest sjuka. Sämre kontinuitet om patienter söker vård på olika ställen. Risk för otydligt uppdrag för vårdcentralerna. Mindre attraktivt uppdrag på vårdcentralerna och därmed svårare att rekrytera och klara kompetensförsörjningen. Tyngre arbetsbelastning för vårdcentralerna om de "lätta" patienterna går till närakuten dagtid. Mindre ekonomiska resurser försvårar utvecklingsarbete på vårdcentralerna. Risk för fler ambulanstransporter till närakuten.	V	X			Parallell utveckling av fast vårdkontakt på vårdcentraler som kan ha huvudansvar för de kroniskt sjuka och också svara för akutsjukvård och hembesök till de mest behövande invånarna. Förstärkning med kompetensen, såsom samtalsterapeut och tätare samverkan med kommunerna rörande social ohälsa så att de invånare med svårigheter som inte huvudsakligen är medicinska kan hanteras av sådant team. Tjänstgöring även i akutverksamhet för medarbetare på vårdcentral. Ambulans kontaktar akutvårdsavdelning före transport.	Hos ledning
-------------------------	---	----------	----------	--	--	--	--------------------

Förändringsfaktorer

- Lokaler. (Är nya lokalen anpassad för verksamheten?)
- Utrustning. (Innebär ny eller flytt av utrustning risker?)
- Logistik. (Finns risk för ökade transporter, ändrade kontaktvägar med omvärden eller patienter?)
- Samverkan. (Påverkas samverkan med övriga organisationen, stöd och service?)
- Bemanning
- Arbetstider
- Arbetsbelastning. (Finns risk för ohälsosam arbetsbelastning)
- Arbetsgruppens sammansättning. (splittring eller sammanslagning av grupp?)
- Kunskaper. (Krävs särskild utbildning eller information?)
- Ledarskap. (Finns risk för otydligt ledarskap och ansvarsfördelning?)
- Resurser. (Finns resurser avsatta i form av tid, pengar och stöd för förändringen?)
- Delaktighet. (Är alla direkt och indirekt berörda involverade i lämplig omfattning? T ex skyddsombud. Vilka behöver information om förändringen?)
- Får förändringen negativa konsekvenser för andra funktioner i Landstinget?
- Andra risker.

§ 145/19

Ärendenummer: 2019/01036

Närakut i Karlshamn

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

1. Att ärendet återremitteras till hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde i september.

Reservationer och särskilda uttalanden

Sverigedemokraterna lämnar yrkande, se bilaga 3.

Alliansen lämnar yrkande, se bilaga 4 och 5.

Socialdemokraterna lämnar yrkande, se bilaga 6.

Sammanfattning

I regionplanen för 2019-2021 beskrivs att ”för att kunna ge invånarna i västra Blekinge ett bättre omhändertagande i akuta lägen ska en dygnet-runt-öppen närakutmottagning öppnas i anslutning till akutavdelningen och Samaritens vårdcentral i Karlshamn”. Vidare beskrivs att ”närakutens uppdrag är att ta hand om akuta besvär som inte kräver de resurser och den kompetens som finns på akutmottagningen i Karlskrona”.

Uppdraget från regionfullmäktige är att ”hälso- och sjukvårdsnämnden ska presentera ett underlag för att under 2019 öppna en närakutmottagning i Karlshamn som är öppen dygnet runt. För insatserna finns särskilda medel avsatta i budgeten (Närakutmottagning)”.

Under hösten och vintern 2018 samt en bit in på våren 2019 har en särskild arbetsgrupp, tillsammans med en facklig referensgrupp, tagit fram ett underlag i ärendet och det resulterade i en rapport som överlämnades till hälso- och sjukvårdsdirektören den 16 april. Denna rapport utgör, tillsammans med bakomliggande politiska beslut, huvudparten av underlag för detta beslutsunderlag som beskriver ett stegvis införande av en Närakut i Karlshamn.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse: Närakut i Karlshamn

Bilaga: Närakut slutrapport, förslag till modell.

Förslag till beslut

Sverigedemokraternas yrkande

Det finns flera risker med Närakuts konceptet. Allt från hur patienten ska veta vem akuten riktar sig mot till att namnet är missvisande. Närakuter är i normala fall i närheten till en riktig akut vilket inte är fallet i Karlshamn. Antalet som kommer söka sig till mottagningen är också svårt att bedöma, men då dagakuten var öppen sökte sig ca 12000 patienter dit per år. Risken med att göra det som föreslås är stora, framförallt då trycket kommer öka på den idag välfungerande akutavdelningen, med fall som kanske inte alltid är akuta.

Sverigedemokraterna yrkar:

1. ”att ärendet återremitteras”:

- för att se vilka konsekvenser det skulle medföra om den nya mottagningen hade remisstväng, där man i primärvården och i slutenvården kan skriva direktremisser till den nya mottagningen.
- för att ta fram konsekvenserna vad en närakut kan ha på det ambulansflöde som går in till akutavdelningen idag.
- för att se över namnvalet så att det inte skapar förvirring.
- för att redovisa hur mycket sämre den viktiga kontinuiteten kommer bli då läkarresurserna flyttas från ordinarie vårdcentralsarbete till att tjänstgöra på Närakuten dagtid, och om detta i sin tur kommer medföra andra negativa effekter, som till exempel fler inläggningar av äldre och multisjuka då det blir en förskjutning av resurser från de sjukaste till de resursstarkare patientkategorier som idag återfinns på jourcentralerna.

Alliansen yrkar:

1. att ”i enlighet med regionplanen, skicka underlaget vidare till regionfullmäktige för beslut angående Närakuten i Karlshamn som hälso- och sjukvårdsnämnden fått i uppdrag att ta fram”.

Bakgrund:

I regionplanen för 2019-2021 står på sidan 19 under insatsområden som bedöms viktiga för att nå målet ”god tillgänglighet”:

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska presentera ett underlag för att under 2019 öppna en närakutmottagning i Karlshamn som är öppen dygnet runt. För insatserna finns särskilda medel avsatt i budgeten.

2. att ”ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att komplettera med en risk- och konsekvensanalys angående Närakuten i Karlshamn inför beslut”.

Socialdemokraterna yrkar på återremiss för vidare beredning av ärendet.

Innan ärendet återkommer till nämnden bör en omfattande risk- och konsekvensanalys göras kring bland annat såväl befarade negativa konsekvenser för kontinuitet och kvalitet i primärvården liksom risk för otydlighet i hur patienter ska veta vilken vårdnivå man ska söka och vilka risker namnet ”närakut” kan innebära.

Underlaget bör också kompletteras med ett ekonomiskt underlag då förslaget inte ryms inom beslutade medel. I beredningen ska det finnas en dialog med primärvårdens personal och organisationer som företräder dem och deras synpunkter ska bifogas till underlaget.

Det slutgiltiga beslutet ska beslutas av regionfullmäktige.

Med hänvisning till ovan yrkar Socialdemokraterna:

1. ”att återremittera ärendet om Närakut Karlshamn med hänvisning till ovan.
2. ”att uppdra åt tf hälso- och sjukvårdsdirektör att i dialog med parter nämnda ovan, ta fram risk- och konsekvensanalys samt ett ekonomiskt underlag enligt ovan samt
3. ”att till ärendet bilägga upprättat samverkansprotokoll”.

Alliansen yrkar avslag på liggande förslag.

Alliansen yrkar avslag på Sverigedemokraternas förslag.

Alliansen yrkar avslag på Socialdemokraternas förslag.

Alliansen yrkar bifall till förmån för de egna yrkandena.

Beslutsgång

Ordförande Emma Stjernlöf (M) ställer proposition på om ärendet ska avgöras i dag eller om det ska återremitteras och finner att nämnden bifaller att ärendet ska avgöras i dag.

Omröstning begärs.
Nämnden godkänner följande beslutsgång.
Ja-röst för att ärendet avgörs i dag.
Nej-röst för återremiss av ärendet.

Omröstningsresultat

Med 6 ja-röster för att ärendet ska avgöras i dag mot 9 nej-röster för återremiss av ärendet anses ärendet återremitterat.

Ledamot/tjänstgörande ersättare	Ja-röst	Nej-röst	Avstår från att rösta
Emma Stjernlöf (M)	X		
Erik Lindborg (KD)	X		
Markus Alexandersson (S)		X	
Birgitta Ståhl (M)	X		
Gustav Nilsson (M)	X		
Karin Nordvall (C)	X		
Rosmarie Strömblad (L)	X		
Linda Ekström Sandstedt (S)		X	
JanAnders Palmqvist (S)		X	
Marie Bengtsson (S)		X	
Ann-Christin Denebo (S)		X	
Lena Johansson (V)		X	
Camilla Karlman (SD)		X	
Anna Borgström (SD)		X	
Linda Röman (SD)		X	

Protokollet ska skickas till
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Diariet

Slutrapport

Förslag till modell för Närakut Karlshamn

Uppdragsgivare:

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Lars Almroth

Författare

Eva Åsheden

Innehåll

Bakgrund.....	3
Deltagare i arbetsgruppen.....	3
Facklig referensgrupp.....	3
Information.....	3
Arbetssätt.....	4
Fokusgrupper.....	4
Patientflöden.....	4
Mobil verksamhet.....	4
Digitala lösningar.....	4
Namnförslag.....	5
Information.....	5
Definition Närakut.....	5
Journalföring Närakuten.....	6
Organisationstillhörighet.....	6
Verksamhetsbeskrivning av Akutavdelning och jourcentral.....	6
Arbetsgruppens förslag till modell för Närakut.....	8
Alternativ 1.....	8
Alternativ 2.....	8
Bemannning.....	9
Lokaler.....	10
Ekonomi.....	11
PGSA (Planera).....	12
Samverkan mellan olika professioner.....	12
Personcentrerad vård.....	13
FN:s konvention om barnets rättigheter.....	14
Värdegrund.....	14
Slutord.....	15
Bilaga 1 Behovsrapport lokaler för Akutavdelningen.....	17
Bilaga 2 Behovsrapport lokaler Jourcentral.....	22
Bilaga 3 Fokusgrupper.....	23
Bilaga 4 Närakuten förslagsskiss.....	24

Bakgrund

Uppdraget från Hälso- och sjukvårdsdirektör Lars Almroth till arbetsgruppen är att ta fram ett förslag på modell för Närakut i Karlshamn utifrån politiska beslut och efter Förvaltningens bakgrundsbedömning. Förslaget bygger på ett nära samarbete mellan Akutavdelningen och jourcentralen i Karlshamn alternativt en samlokalisering.

Förslaget beskriver hur verksamheten kan se ut och även en verksamhetsbeskrivning/behovsbeskrivning för tilltänkta lokaler.

Deltagare i arbetsgruppen

Eva Åsheden, avdelningschef Akutavdelningen, ordförande/sammankallande/författare
Johanna Johansson, verksamhetschef på Vårdcentralen Brunnsgården
Anna Jansson, HR-partner för Nära Vård
Charlotta Lunn, ekonom Nära Vård
Rebecca Welander, chef för myndighet och HSL i Karlshamns kommun
Maria Bengtsson, verksamhetschef för hemtjänsten, Karlshamns kommun
Magdalena Jeppsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Karlshamns kommun
Karin Magnusson, Verksamhetschef Vuxenpsykiatri Väst
Hannes Kohnke Medicinsk rådgivare för primärvården
Anna Svensson verksamhetschef vårdcentralen Samariten/jourcentralen väst
Katharina Darlison avdelningschef medicinläkare Karlshamn

Facklig referensgrupp

I tidigt skede startades en facklig referensgrupp som vi haft informationsmöten med om arbetsgruppens pågående arbete. I detta forum har det även kommit upp idéer och förslag som arbetsgruppen har tagit till sig.

Information

Information har lagts ut i nyhetsflödet på intranätet.

Vi har haft informationsmöten med röntgenmottagningen, Samaritens vårdcentral, operationsavdelningen m.fl.

Arbetssätt

Fokusgrupper

Vårt arbetssätt har lagts upp med möten där vi fokuserat på olika frågeställningar som:

- lokalfrågan/samlokalisering/behovsbeskrivning
- patientflöden
- bemanning
- mobila verksamheter och digitalisering

Utifrån dessa fokusgrupper har vi involverat nyckelpersoner från olika verksamheter som medicinskt ansvarig läkare för ambulansen, ambulans chef västra Blekinge, representant från vårdhygien och säkerhetsavdelningen, landstingsfastigheters projektledare och systemförvaltare.

Patientflöden

Arbetsgruppen har gått igenom patientflöden i befintliga verksamheter och diskuterat vilka patientflöden som kan förväntas söka till Närakuten. Samma kriterier för ambulansen in till Akutavdelningen som i dag men vissa förändringar kan tillkomma eftersom det kan innebära att vi har en primärvårdsläkare i tjänst på Närakuten. Detta måste vi titta närmare på när beslutet är taget och då riskbedömningar kommer utföras. Att beräkna är de patientflöden som finns i dagsläget på befintlig akutavdelning och jourcentral och därutöver det antagande av patienter som kan tänkas söka nattetid mellan 21.00 - 08.00. Antal sökande patienter nattetid har varit svårt att fastställa eftersom det är svårt att få fram siffror på antal från både akutmottagningen i Karlskrona och Kristianstad dit dessa patienter troligtvis söker. Det kan även tänkas att patienter i västra Blekinge inte uppsöker sjukvården nattetid p.g.a. långa avstånd och att det inte finns sjukvård öppen nattetid i området. Vi har försökt uppskatta antalet patienter som söker akut till sina vårdcentraler i Karlshamn till cirka 35-40 per dag. Skulle Närakuten vara öppen dagtid kan det bli en del av vårdcentralernas patienter som skulle kunna söka dit.

Mobil verksamhet

Vi har diskuterat den mobila verksamheten med allmänläkare och sjuksköterska och kan se en vinst att samordna och att använda resurserna på ett mer ändamålsenligt sätt än i dag.

Ett nära samarbete mellan sjuksköterska och läkare i mobil verksamhet kommer gagna patienter och anhöriga. Möjlighet till samverkan mellan befintliga mobila team, via akutavdelningen samt via primärvårdens läkarbil, skulle kunna vara resurssparande samt möjlighet till ökad trygghet och ökad tillgänglighet av nära vård

I dagsläget ger läkare i läkarbilen både antibiotika och utför provtagningar vilket i framtida samarbete sjuksköterskan i mobila teamet kan göra och läkaren används med sin kompetens för medicinska bedömningar m.m. Ett sådant samarbete skulle också medföra att fler patienter får möjligheten att stanna hemma i sitt eget boende i stället för att bli inlagd på sjukhus.

Digitala lösningar

Frågan rörande digitala lösningar har lyfts och olika förslag har diskuterats. Ett alternativ är att använda skype nattetid för konsultation med annan kompetens som t.ex. ortoped- och kirurg jour. Ett digitalt verktyg som t.ex. vårdexpressen kan användas av patienten själv där hen

beskriver sina besvär och utifrån det får en vägledning för att eventuellt träffa sjuksköterska eller läkare. Detta verktyg kan patienten använda hemifrån via en app alternativt kan det finnas tillgängligt i väntrummet på Närakuten. Vårdexpressen skulle förbättra tillgängligheten, vara evidensbaserat, vara personcentrerat och är enkelt att använda.

På Närakuten skall det finnas goda möjligheten med bra utrustning för användande av skype för konsultation mellan vårdpersonal på Närakuten och t.ex. kirurg- och ortoped jour i Karlskrona.

Namnförslag

De namnförslag som diskuterats i arbetsgruppen har varit Primärvårdsakut, Närakut, Lättakut, Närakutmottagning och Primärjouren. Vi har tittat på hur det ser ut i övriga landet och såg att flera jourcentraler bytt namn till Närakut. Det vi också kunnat se är att Närakuter ligger i nära anslutning till akutmottagningar vilket det geografiskt sett inte kommer göra i Blekinge, här är det 6 mil till närmaste akutmottagning. Vi kan se risker med att namnet innehåller "akut" eftersom definitionen av akut kan tolkas att alla patienter kan söka dit.

För att inte förvirra mer föreslår vi trots allt namnet Närakut för att inte skilja oss från övriga landet.

Information

Det är oerhört viktigt att förmedla till befolkningen i västra Blekinge att det inte är en akutmottagning.

Information kan gå ut långt innan förändringen sker genom massmedia, intranät men även via sociala medier som twitter, facebook och instagram.

Definition Närakut

Till Närakuten kan patienter söka för skador och besvär som bedöms ha ett behov av sjukvårdssinsattser inom de närmaste timmarna och som inte kan vänta till nästa dag när vårdcentralen öppnar igen och som inte kräver akutsjukhusets resurser.

Det kan handla om:

- plötsligt påkommen smärta
- infektioner
- allergiska reaktioner
- andningsbesvär
- sårskador
- misstanke om fraktur

Alla patienter som söker till Närakuten bedöms direkt av sjuksköterska genom någon form av strukturerad triagering som t.ex. triagehandboken. Därefter prioriteras patienten utifrån hur snabbt den behöver träffa läkare.

Akuta sjukdomstillstånd och skador som kräver Akutmottagningens resurser skall fortsatt gå till akutmottagningen i Karlskrona såsom hjärtinfarkt och större trauman.

Fortsatt kommer remisstvång råda från vårdcentralerna till Närakutens medicinjour precis som i dag, detta fungerar mycket väl.

Vi har inhämtat underlag från landets olika Närakuter framför allt från Jönköping, Värnamo och Eksjö men även från Skåne och Stockholm. Vi har jämfört Närakuter utifrån geografiskt läge och närhet till akutmottagning.

Närakutens definition skall vara så tydlig som möjligt för att undvika att akut svårt sjuka patienter med krav på högspecialiserad vård söker sig till Närakuten i stället för till specialistvården i Karlskrona.

Till Närakuten beräknar vi att det kan komma patienter med plötslig buksmärta, allergi, misstanke om fraktur, andningsbesvär och sårskador. Patienter från kommunala boenden som fallit och ådrar sig sårskada eller misstänkt fraktur kan komma in till Närakuten om det inte finns möjlighet att läkare kan skickas ut till boendet. Det kan även under helger/nätter och vid olika evenemang som t.ex. Östersjöfestival/Sweden rock komma ett ökat patientflöde till Närakuten. Här tänker vi framför allt sårskador och frakturmisstanke.

Öppetid kväll och natt kommer innebära att färre patienter själva söker till akutmottagningen i Karlskrona med just dessa symtom/skador.

Journalföring Närakuten

Frageställningar har förekommit i arbetsgruppen angående journalföring på Närakuten. Kan dokumentation utföras på flera olika sätt eller samordnas? I dagsläget används patientliggare för inkommande patienter till akutavdelningen och en beläggningslista i system cross. Primärvården använder system cross journalsystem och bokningssystem. Frågan har gått vidare till systemförvaltarna om det kan samordnas till Närakuten. Alternativet är att behörigheter styr.

Organisationstillhörighet

Närakuten kan ligga som en egen enhet/klinik som är anslagsfinansierad för Närakut, akutavdelning och jourverksamhet där t.ex. all mobil verksamhet ingår (**se bilaga 4**).

Det finns också ett regelverk med Hälsoval för primärvårdens sökande patienter, vårt förslag är Närakuten inte ligger under Hälsoval, se ovan.

Verksamhetsbeskrivning av Akutavdelning och jourcentral

Akutavdelningen

28 sjuksköterskor (varav en är ställföreträdande chef (50 %))

16 undersköterskor

1 servicepersonal

4 sekreterare (tillhör vårdadministrationen akutkliniken)

1 avdelningschef

Läkare som arbetar på avdelningen har sin tillhörighet på medicinkliniken.

Akutavdelningen bedriver en dygnet runt verksamhet vilket innebär att personalen har dag-, kväll-, natt- och helgtjänstgöring utifrån önskescheman. Önskescheman innebär att personalen kan lägga egna önskemål om hur de kan/vill arbeta utifrån verksamhetens behov.

Till Akutavdelningen kommer patienter via ambulans, bedömningsbil och med remiss från sin vårdcentral. Patienter kan inte själva söka direkt till Akutavdelningen eftersom det råder remisstvång.

Akutavdelningen tar inte emot patienter med kirurgiska eller ortopediska åkommor enbart patienter med sjukdomar inom medicin, thorax och infektion. Det kan handla om patienter med t.ex. infektioner, yrsel, strokemisstanke, bröstsmärta, kramper och andningsbesvär.

Det innebär att patienter med t.ex. misstänkta frakturer, sårskador, plötsliga buksmärter söker till sin vårdcentral (om dagtid) eller till Akutmottagningen i Karlskrona.

Barn (under 18 år) tas inte heller emot på Akutavdelningen de söker i västra Blekinge till sin vårdcentral alternativt till Akutmottagningen i Karlskrona.

Akutavdelningen har 6 vårdplatser för patienter som har behov av inläggning med övervakningsbehov och med förväntad kort vårdtid. Dessa vårdplatser är oftast fullbelagda, två platser används nattetid för att lägga in patienter som kommer in med ambulans för att undvika onödiga transporter till Akutmottagningen i Karlskrona.

Mobila teamet utgår från Akutavdelningen där en sjuksköterska kan köra hem till patienter, bosatta i västra Blekinge, som varit inlagda tidigare på sjukhuset men som får möjligheten att behandlas vidare i hemmet. Mobila teamet är bemannat alla dagar mellan 07.00-21.30.

Mobila teamet frigör cirka 2.5 vårdplatser per dygn.

5381 patienter har inkommit till Akutavdelningen under de senaste 12 månaderna vilket innebär i snitt:

- 15 inkommande patienter/dygn (5 av dessa kommer fån vårdcentralerna med remiss 10 utan remiss med ambulans eller hänvisade av sjuksköterska i bedömningsbilen)

Belastningen på Akutavdelningen är som högst mellan klockan 11.00 fram till 21.00. Antalet patienter som inkommer under lördag och söndag är färre än övriga dagar.

Jourcentralen och vårdcentralerna Samariten och Brunnsgården

Besöksstatistik 2018

Brunnsgårdens vårdcentral 27615 besök

Samaritens vårdcentral 34250 besök

Jourcentralen 8870 besök

Antal patienter som söker utan att ha bokat tid beräknas vara ca 15-20 patienter på vardera vårdcentral (sammanlagt ca 40 patienter/dag).

Antal besök är som högst måndagar på vårdcentralerna.

Arbetsgruppens förslag till modell för Närakut

Av största vikt är att förtydliga i alla sammanhang att Närakuten är en förlängning av primärvårdens vårdcentraler, inte en akutmottagning för allvarligt sjuka som kräver specialistvård.

Befintlig Jourcentral och befintliga konceptet med Akutavdelningens bedömningsdel, mobila team med sjuksköterska och primärvårdens läkarbil med läkare samlokaliseras. Verksamheten med planerade elkonventeringar ingår. Det kommer innebära att vi kan använda våra personalresurser bättre än i dag och till en bättre samverkan mellan kompetenserna. Det skulle också ge en ökad patientsäkerhet.

Samlokalisering öppnar upp för ett samarbete mellan mobila teamet och läkarbilen som kan gagna patienterna och att rätt resurser används till rätt uppdrag. Samlokalisering undviker också en förvirring och blir i stället en tydlighet för patienten vart den ska. I dagsläget kan det av patienter upplevas oklart med Akutavdelning, vårdcentral och jourcentral.

De befintliga 6 övervakningsplatserna som i dagsläget finns på Akutavdelningen föreslår vi blir grunden till en enhet/avdelning med ytterligare vårdplatser alternativt en observationsavdelning med övervakningsmöjlighet som kan ligga under Närakuten som primärvårdsplatser. Alternativt ligger de kvar under Närakuten som korttidsplatser/övervakningsplatser.

När det gäller öppettiderna för Närakuten har framför allt två olika alternativ tagits fram.

Alternativ 1

Det ena alternativet är att Närakuten har öppettid mellan 17.00- 08.00 vilket innebär att patienterna i västra Blekinge dagtid söker till sina vårdcentraler precis som i dag och nattetid och helgdagar efter hänvisning från 1177 till Närakuten. Konceptet för Akutavdelningen blir oförändrat dagtid.

Detta alternativ kan vara det alternativ man kan starta upp Närakuten med och eventuellt bygga vidare på.

Alternativet ger samma trygghet och tillgänglighet som i dag samt en ökad tillgänglighet nattetid, detta utan risk för försämrad kontinuitet på vårdcentralerna. Förslaget innebär även att man drar nytta av samlokalisering den tid jourcentralen har öppet i dag.

Från primärvårdens håll ses detta förslag som det bästa.

Alternativ 2

Det andra alternativet är att Närakuten är öppen dygnet runt i samma lokaler och där patienter som inte har en tid till sin vårdcentral söker till Närakuten efter hänvisning från 1177 vid akuta besvär som inte kräver specialistvården i Karlskrona. Detta alternativ kan förenkla för den som söker till Närakuten.

Närakuten är öppen dygnet runt alla veckans dagar. I denna verksamhet kan all ”akut primärvård” samlas under samma tak och då tänker vi även att den akuta fasen med trombolys uppdrag ingår dygnet runt. I dagsläget ligger uppdraget under avdelning 20. Detta förslag kan

vara det mest kostnadseffektiva förslaget eftersom vården samlokaliseras och resurser används på allra bästa sätt.

Förslaget kan innebära:

- att tillgängligheten och tryggheten ökar till sjukvården i västra Blekinge. Detta har en stor betydelse i dag för nya invånare som flyttar in till vårt län att det finns tillgång till sjukvård dygnet runt
- en förskjutning av patienter till Närakuten som kan leda till en ökad tillgänglighet på vårdcentralerna för de bokade patienterna och uppföljningar
- en risk att kontinuiteten för primärvårds patienter försämras och parallellt med detta försämrad vårdkvalité
- att trombolysuppdraget i akuta skedet går över till Närakuten dygnet runt där all ”akut verksamhet” samlas
- det leder till en minskning av transport med ambulans till akutmottagningen Karlskrona med de patienter som faller under definitionen av sjukdomstillstånd som faller under Närakuten och primärvård
- leder till en bättre miljö med tanke på bränsleåtgång för dagens transporter till Karlskrona och ökar till en hållbar utveckling
- att det ökar tillgängligheten av ambulans i västra Blekinge
- det blir lättare att rekrytera sjuksköterskor och undersköterskor eftersom det skulle bli en attraktiv arbetsplats för hela sjukhuset i Karlshamn
- att det blir en försvårad rekrytering av läkare till primärvården p.g.a. ett mer fraktionerat uppdrag
- att patienter som söker till Närakuten triageras/bedöms av sjuksköterska precis som på sin vårdcentral för råd/undersökning och behandling. Primärjour (allmänspecialist) och primärjour (inom invärtesmedicin) på Närakuten kan på ett enklare sätt kommunicera direkt med varandra och patienten
- att kompetenser möts och samverkar ”under samma tak”
- ökad användning av digitala verktyg där Närakuten skall vara öppen för nya idéer det kan leda till en ökad tillgänglighet för patienter att få tid till sin vårdcentral

Ur primärvårdssynpunkt ses risker med alternativ två där Närakuten föreslås vara öppen dygnet runt. Primärvården ser risker med sämre kontinuitet av behandling inom primärvården.

Kontinuiteten av läkarresurserna flyttas från ordinarie vårdcentralarbete till att tjänstgöra på Närakuten dagtid. Det kan innebära en förskjutning av resurser från de sjukaste äldre till de jämförelsevis friskare och resursstarkare patientkategorier som återfinns på jourcentralerna som i dagsläget är bristfälligt enligt läkare från primärvården. Risk för sämre kontinuitet medför, i kontrast till ovanstående resonemang om ökad trygghet till en ökad otrygghet.

Bemanning

Personal samordnas från befintlig akutavdelning och jourcentral för att bedriva Närakuten. Personal från vårdcentralerna som har intresse och vill ha mer varierande arbetsuppgifter och stimulans ges möjlighet att göra vissa arbetspass på enheten. Möjligheten att stimulera och utveckla personalen som kommer från slutenvården gäller detsamma. Under våren 2019 har sjuksköterskor från Akutavdelningen fått introduktion och hjälpt till att bemanna jourcentralen vissa arbetspass.

Detta ses som ett inledande samarbete och samverkan för att öka förståelsen för kommande förslag som en helhet. Det har även inneburit en ökad förståelse mellan personalen för primärvård kontra slutenvård.

Förslaget innebär att Närakuten behöver förstärkning med 1 sjuksköterska och 1 primärvårdsläkare i beredskap (allmänspecialist med barnkompetens) nattetid mellan 21.00 – 08.00 detta innebär en förstärkning med 4 sjukskötersketjänster för att kunna täcka helger och nattarbete. I dagsläget finns en primärvårdsläkare i jour nattetid både i östra och västra Blekinge som förslagsvis kan användas i beredskap vilket innebär att det inte blir en ökad bemanning. Beredskapen av primärvårdsläkare i Karlshamn är densamma som arbetar på jourcentralen idag, d.v.s. samma person som har primjour och sekundärjour, (1 person) skulle denna person arbeta natten, innebär det att den inte kan tjänstgöra dagtid med full mottagning på vårdcentralen. I det fallet behövs utökad bemanning av allmänspecialist, det finns det ingen budget för idag. I Östra Blekinge finns en primärjour och en sekundärjour nattetid.

Att inte ha tillgång till en primärvårdsläkare nattetid ser arbetsgruppen inte som ett alternativ. Medicinjouren ser risker nattetid med en ökad belastning med ökat intag av medicinpatienter och med störningar från sjuksköterkan för rådgivning. Risken skulle också vara att sjuksköterskorna får en försämrad arbetsmiljö med stress över vad som kan komma till Närakuten nattetid. Att inte ha en primärvårdsläkare i beredskap och som kan kontaktas för att bedöma inkommande patienter skulle kunna innebära en ökad risk för avvikelser och patientskador.

Konsultation nattetid med specialist inom t.ex. kirurgi och ortopedi i Karlskrona via telefon och skypemöjlighet är en nödvändighet.

Narkossköterska finns i dagsläget dygnet runt och narkosläkare finns som beredskap att ringa in nattetid.

Lokaler

Vi har gjort en verksamhetsbeskrivning/behovsbeskrivning utifrån befintlig verksamhet Akutavdelning och jourcentral och projektledare från landstingsfastigheter har involverats i arbetet.

Samlokalisering och öppet nattetid kräver lokaler som har en ingång i direkt anslutning till Närakuten för att förhindra att obehöriga personer inte kommer in i sjukhuset.

Problem finns att samlokalisera hela verksamheten (vårdplatser inkluderade) eftersom byggregler för mottagningsverksamhet och slutenvårdsplatser inte är samstämda och det finns ingen befintlig lokal som passar helt. För att bedriva vårdplatser krävs även kök och matsal för patienterna.

Förslagsvis kan akutavdelningens 6 vårdplatser ökas upp till minst 15 och vara kvar på plan 4 och drivas som en primärvårdsavdelning med observationsplatser med övervakningsmöjligheter. I annat fall krävs en ombyggnation i dagakutens lokaler för att rymma dessa vårdplatser och för att allt skulle kunna samlokaliseras.

Hot och våld är en faktor att ta hänsyn till i beräkning med en nattöppen Närakut. Det innebär att det kommer krävas personliga överfallslarm och uppsatta övervakningskameror. Tillgång till ordningsvakt under natten är ett krav.

Förslag från arbetsgruppen är Dagakutens lokaler där det finns tillgång till egen entré, väntrum, reception/triagerum, ambulansintag, saneringshall, dusch för liggande patienter och 13 bedömningsrum i dagsläget. Denna lokal står tom sedan 2016.

Lokalen har tidigare använts som akutmottagning, jourcentral och Dagakutmottagning. Här finns närhet till medicinmottagning, klinisk fysiologi och röntgen. Här finns viss utrustning och möjligheter för EKG övervakning, överfallslarm och en del kommunikationssystem som används mellan ambulansverksamheten och akutavdelningen i dagsläget. Det handlar om system (PARATUS) som på en skärm visar när ambulansen är på väg in till Akutavdelningen med patient och ett telekommunikationssystem (RAKEL) som också används mellan ambulans och Akutavdelning vid t.ex. katastrof larm då inte sjukvården använder den ordinarie telefonförbindelsen.

Lokalerna har behov av uppfräschning och renovering men kommer vara klart långt före en nybyggnation av en Närakut som även skulle innehålla vårdplatser.

Ekonomi

För att täcka bemanning dygnet runt behöver budget för hela Akutavdelningen, Jourcentral och den extra satsningen på 2,9 mnkr för år 2020 användas. I denna budget finns det inte rum för någon läkartjänst då jourläkare som finns bemannas av vårdcentralerna och finansieras genom hälsovalsersättningen. Även läkarbilen är en del av hälsoval men till viss del anslagsfinansierad och skulle kunna utgå från Närakutens lokaler. Om hela budgeten för dagens akutavdelning används innebär det att vårdplatserna måste finnas i samma lokal som bedömningsdelen. En ytterligare förutsättning för att få ekonomin att gå ihop är att kostnaden för anpassning av lokaler samt kostnad för tomställda lokaler under omställningsperioden inte belastar Närakuten.

Tabellerna nedan visar budget för 2019 och från vilka enheter den kommer ifrån samt beräknad kostnad som baseras på vilka kostnader som fanns för AKA och Jourcentralen under 2018 med en uppräknings samt tillägg för extra personal som behövs för att klara uppdraget.

Budget	Jour-centralen	Akutavd K-hamn	Extra budget 2020	Summa Närakuten
Intäkter	-700	-190		-890
Personal	3 145	26 257	2 900	32 302
Drift	1 606	8 669		10 275
Kapital	0	718		718
Summa	4 051	35 454	2 900	42 405

Närakuten	Beräknad kostnad	Budget	Avvikelse
Intäkter	-890	-890	0
Personal	33 000	32 302	-698
Drift	9 500	10 275	775
-Digitalisering	400		
-Läkemedel och sjukv mtrl	1 300		
-hyra	1 500		
-köpt vård	800		
-labb, röntgen	1 200		
- Interna tjänster	3 600		
-Övrigt	700		
Kapital	718	718	0
Summa	42 328	42 405	77
Engångskostnader			
Inredning och utrustning	2 000	1 900	-100

PGSA (Planera – Göra – Studera – Agera)

Vi kommer starta upp Närakuten utifrån ett beslut som kommer att tas i maj 2019. Initialt kommer riskbedömningar göras och utvärderas. Därefter kommer vi följa utvecklingen enligt Nolans förbättringsmodell genom att noggrant planera och genom att utföra olika riskbedömningar – därefter påbörjar vi arbetet – vi testar och agerar med förbättringar kontinuerligt.

Samverkan mellan olika professioner

En god samverkan med kuratorer, sjukgymnaster, dietister och arbetsterapeuter som kontaktas i ett tidigt skede när patienter söker till Närakuten kan främja patienters tillfrisknande och där det ges möjlighet till råd och stöd.

Kommunala boenden har i dagsläget påbörjat ett samarbete med läkarbil och ambulans i västra Blekinge som har fallit bra ut. Samarbetet innebär att när ambulans larmas ut till boenden kan ambulanspersonalen när de är på plats ta kontakt med läkarbilen för en bedömning om patienten kan behandlas i sitt boende eller behöver in till sjukvården.

Vi kan se vinster med ett samarbete mellan läkarbil och mobilt team (bemannas med sjuksköterska) också skulle kunna starta upp ett samarbete när det gäller patienter i eget boende.

Specialistpsykiatri för vuxna har idag ett Akut- och rådgivningsteam bemannad med psykiater och specialistsjuksköterskor måndag- torsdag 8- 17.00 samt fredag 8- 15. Kvällar, nätter och helger sköts det akutpsykiatriska omhändertagandet via Psykiatriakuten i Karlskrona. Akut- och rådgivningsteamet för vuxenpsykiatri finns i Karlshamn och serverar hela västra Blekinge

Samverkan med Närakut/primärvård finns idag men kan fördjupas likaså den psykiatriska konsultationen. Vårdöverenskommelse primärvård och vuxenpsykiatri finns. I en framtid kan vi se utveckling av samarbetet psykiatri och primärvård. Vid planering av nya lokaler för Närakut kan det vara en fördel med samlokalisering psykiatri och primärvård gällande psykisk ohälsa och akutpsykiatri. Detta rymms inte i befintliga lokaler

Personcentrerad vård

Hälso- och sjukvården i Blekinge ska vara personcentrerad. Ett personcentrerat förhållningssätt är en förutsättning för en personcentrerad vård. Förhållningssättet grundar sig i en människosyn, en etik som vägleder i praktiska handlingar som medmänniska och yrkesperson, där människan ses som fullt kapabel att ta eget ansvar.

Kärnan i personcentrering är att lyssna på och bekräfta en persons berättelse eller upplevelse, mötas med respekt för varandras förmågor, uppdrag och behov samt att tillsammans försöka hitta bästa lösningen. Personen kan exempelvis vara en patient, anhörig, medarbetare, samarbetspartner eller kollega.

Personcentrering innebär en tillitsbaserad styrning där ledarskapet präglas av helhetssyn och förmåga att skapa relationer för att ta vara på allas förmågor och säkerställa delaktighet. Regionens värdegrund är en viktig utgångspunkt för personcentrerat förhållningssätt.

Grunden i personcentrerad vård är personens egen berättelse. Berättelsen ger en bild av hela livssituationen och fångar personens egna drivkrafter, resurser och förmågor. Berättelsen blir utgångspunkt för att tillsammans komma överens om hur vården bäst planeras och genomförs. Därför är det viktigt att lyssna aktivt och förstå beteenden och symtom utifrån personens perspektiv. Vården anpassas sedan efter överenskommelsen där personen involveras i planeringen som dokumenteras på ett strukturerat sätt. Patient och vårdgivare utformar tillsammans en skriftlig hälsoplan, som innehåller mål och vägval för genomförande samt en uppföljning som man kommit överens om.

Personcentrerad vård

- leder till bättre vårdresultat, kortare vårdtider, färre komplikationer, minskade kostnader, och nöjdare patienter
- påverkar arbetsmiljön positivt
- ger oss möjlighet att leva upp till patientlagens intentioner.

Personcentrerat och människorättsbaserat arbetssätt behöver komplettera varandra och tillsammans stärka individens ställning.

FN:s konvention om barnets rättigheter

Sverige ratificerade FN:s konvention om barnets rättigheter 1990, den 1 januari 2020 blir barnkonventionen en svensk lag¹.

Närakuten kommer ta emot barn upp till 18 år, både som patient och närstående vilket innebär att vi i uppbyggnaden ska vid alla åtgärder som rör barn, i första hand beakta vad som bedöms vara barnets bästa. Arbetsgruppen har under framtagande av modell för Närakut haft en röd tråd ur barnperspektivet när det gäller ombyggnation/nybyggnation av lokaler till att vi skall ha kompetent personal som utgår från barnets rättigheter.

På Närakuten skall finnas:

- personal med rätt kompetens ur ett barnperspektiv
- anpassad triage för barn
- lokaler anpassade för barn i en miljö som är trivsamt
- ytor för lek och avkoppling för barn
- behandlingsrum skall utformas utifrån barns behov
- det skall ges möjlighet för närstående att närvara i behandling och provtagning

För att säkerställa att all personal har kunskaper om lagen föreslås utbildning. Denna utbildning kan läggas som ett kunskapstest i utbildningsportalen TIDA.

I kunskapstestet kan barnets rättigheter och personalens skyldigheter ingå. Rutin vid orosanmälan skall ingå i en del.

Det är viktigt med en allmäntjänstgörande läkare som har barnkompetens som tjänstgör på Närakuten.

Värdegrund

Samarbete – Engagemang – Kvalité

Målet är att patienter som söker till Närakuten ska tas emot av engagerad personal med hög/bred kompetens inom sitt område och utifrån ett personcentrerat synsätt där man utgår från varje individs behov. Vården skall vara av mycket god kvalité och patienten skall känna sig trygg där olika kompetenser inom olika områden har ett mycket gott samarbete.

Närakuten ska ha som mål att vara tillgänglig för västra Blekinges befolkning som har behov av att söka sjukvård. Målet är att ta hand om de patientgrupper som faller inom ramen för den kompetens som finns på Närakuten som handlar om primärvård. Den patient som har behov av den specialistvård som en akutmottagning har tillgång till skall fortsättningsvis gå till akutmottagning i Karlskrona precis som i dagsläget.

Slutord

Vi har i arbetsgruppen olika uppfattning om vilket alternativ av förslagen som är det bästa. Från primärvårdshåll och framför allt från primärvårdsläkarna ses en del risker som till viss del är beskrivna i rapporten, dessa risker skall vi ha full respekt för och vilka konsekvenser de skulle kunna leda till framför allt för patienten. Min uppfattning är att vi inom slutenvården och primärvården har olika uppfattningar och kulturer. Vi ser olika på vad som är en ”akut patient” vilket blir en kulturkrock för oss. Vi har däremot enats om att alternativ 1 kan vara ett första steg mot nära vård och kanske en ökad tillgänglighet för västra Blekinges befolkning i alla fall nattetid. Alternativet skulle innebära en ökad samverkan mellan olika kompetenser.

Min uppfattning, som arbetat inom akutsjukvården under mycket lång tid och haft förmånen att följa utvecklingen, ser också stora brister som i slutändan drabbar våra patienter men även personalen. Under de snart tre år som Akutavdelningen har funnits träffar jag och min personal i stort sett dagligen patienter som säger att de har svårt att veta vart de skall vända sig. Vi har patienter som försöker komma direkt till Akutavdelningen som vi inte får ta emot eftersom patienten inte har en remiss eller söker för ortopediska och kirurgiska besvär (t.ex. misstänkta frakturer, sårskador, fallolyckor, buksmärter) Dessa patienter hänvisas eller väljer själva att gå vidare till sin vårdcentral men oftast till Samaritans vårdcentral. En del patienter säger att de försökt komma fram på telefon till sin vårdcentral alternativt 1177 men att de inte kommer fram.

Det förekommer patienter som ringer på vid huvudentrén nattetid för att få hjälp. Det har sökt patienter med misstänkt stroke, sårskador, fallolyckor, blödningar, andningsbesvär m.m. Personalen på Akutavdelningen har tagit hand om patienten och ibland skickat vidare med hjälp av ambulans till Akutmottagningen i Karlskrona.

Ambulanspersonalen har ibland svårigheter att sortera vart de skall köra patienten eftersom en patient kan ha buksmärta som likaväl kan vara en bröstsmärta. Bröstsmärta kan köras in till Akutavdelningen men buksmärta skall köras till Akuten i Karlskrona alternativt till sin vårdcentral i västra Blekinge om det är på kontorstid. Detta leder emellanåt till frustration mellan personalgrupper.

Från mitt perspektiv sett hade en öppen Närakut alla dygnets timmar varit det bästa alternativet för västra Blekinges befolkning. Detta alternativ skulle renodla det akuta från den planerade verksamheten med bokade tider till vårdcentralen. Det skulle underlätta patientens väg in till sjukvården som gäller akuta besvär som beskrivits i slutrapporten. Detta alternativ skulle innebära att patienten söker sin vårdcentral i första hand precis som i dag men drabbas du t.ex. av plötslig buksmärta, bröstsmärta, sårskada, andningsbesvär, misstänkt fraktur kan du alla dygnets timmar söka till Närakuten.

Alternativet med dygnet runt öppen Närakut skulle utifrån mitt perspektiv locka fler sjuksköterskor och undersköterskor till sjukhuset i Karlshamn, det skulle bli en attraktiv

arbetsplats med alla dess funktioner i sin helhet eftersom det finns en hel del inom denna personalkategori som gärna arbetar just med akutsjukvård.

Riskerna med en öppen Närakut alla dygnets timmar är naturligtvis att riktigt svårt akut sjuka patienter söker sig till dit i stället för att söka direkt till Akutmottagningen i Karlskrona. Denna risk finns även i dag när dessa riktigt akuta patienter söker sig till sina vårdcentraler. Risk finns också att det blir svårigheter att bemanna med primärvårdsläkare vilket redan i dagsläget är ett bekymmer på vårdcentralerna.

Bilaga 1 Behovsrapport lokaler för Akutavdelningen

Akutavdelningen bedriver mottagningsverksamhet, slutenvård, planerad verksamhet och sjukvård i hemmet, mobilt team allt under samma tak. Avdelningen är multifunktionell och liknar ingen annan avdelning. Patienter kan inte söka direkt till avdelningen.

Verksamhetsbeskrivning

Akutavdelningen innefattar både mottagningsverksamhet (9 platser med britsar) och slutenvårdsplatser (kort vårdtid snitt 2,8 dygn med 6 sängar) alla platser med övervakningsmöjlighet. Mobila teamet är en verksamhet som innebär att en sjuksköterska utgår från akutavdelningen och kör hem till patient för att behandla. Vi bedriver planerad verksamhet med elkonverteringar 2 dagar i veckan via bokning från thoraxmottagningen.

Patienterna kommer till avdelningen via remiss från vårdcentralen/annan intern mottagning, hänvisning av SSK i bedömningsbil alternativt inkommer via ambulanstransport.

I dagsläget inkommer ca 16 patienter/dygn.

Högst beläggning är under eftermiddag/kväll.

- 9 enkelrum med brits som används till inkommande patienter för bedömning och behandling därefter går patienten hem eller skrivs in.
- 6 övervakningsplatser med sängar för patienter med planerad kort vårdtid (2,8 dygn i snitt).
- 1 akut rum används både till akut stabilisering av svårt sjuk patient, planerad elkonvertering och även som sängplats tillfälligt vid platsbrist. Detta rum är utöver de övriga 15 rummen.
- 1 triage rum finns i dagsläget men används mycket sällan.
- Saneringshall (garage för mobila teamets bil). Lokalmässigt ligger det på ett annat plan bredvid ambulanshallen plan 2 byggnad 22. Akutavdelningen har saneringsuppdrag i västra Blekinge
- Ambulansgarage för inkommande ambulanser, sluss finns också plan 2 byggnad 22.

Antal rum inklusive akut rum och triage 17 sängar/bårar i dagsläget.

Nulägesbeskrivning

I dagsläget bedrivs verksamheten i tillfälliga lokaler sedan 2,5 år. Avdelningen har 2 salar för 3 patienter vardera där män och kvinnor blandas (övervakningsplatser med övervakningsutrustning). Patientrummen är lyhörda och patienterna störs av varandra speciellt vid omvårdnad och vid rond. Mycket svårt för personalen att hålla sekretess eftersom det oftast är tre patienter som vårdas samtidigt och dessutom har anhöriga som besöker eller följer med.

Flera av enkelrummen har dålig akustik och det ekar vilket gör det svårt för läkaren att auskultera hjärta och lungor. Rummen är trånga och svårt att komma fram i framför allt vid överflyttning av patient till/från ambulans bår/säng. Det finns mycket dålig överblick av patienterna eftersom det finns en form av öppen sluss före enkelrummet.

Personalutrymmen är bristfälliga eftersom det enbart finns ett mindre personalrum som inte är anpassat för befintlig personalstyrka (ca 50 personer anställda). Mitt på dagen kan ca 15-20 personal vistas i rummet samtidigt. Här finns inget utrymme för personal att vila. I personalrummet finns övervakningsstation med larm som inte går att tysta. Väntrummet för patienter ligger precis intill personalrummet vilket också leder till dålig sekretess och arbetsmiljö. Personalrummet i dagsläget har enbart 3 mikrovågsugnar men behovet är större och önskemål om ugn/spis finns.

Avdelningen består av en lång korridor med långa avstånd och hårda golv. Här finns inget dagrum eller allrum för patienter/ anhöriga. Patienterna kan enbart vistas vid sin säng alternativt sitta i väntrummet där övriga inkommande/avgående patienter vistas. Väntrummet passeras av alla som kommer in till avdelningen eftersom väntrummet ligger först på avdelningen. Detta är ett stort bekymmer med tanke på smittrisk, sekretess och arbetsmiljö. Miljörummet är en blandning av förråd och sopförvaring, sop- och tvätt nedkast. Rummet har dålig logistik och är trångt.

Förråd finns spridda på avdelningen och fungerar dåligt vilket medför extra spring för personalen.

Flera människor rör sig i korridoren som patienter, anhöriga, intern/extern personal, läkare, paramedicinare som sjukgymnaster, ambulanspersonal, personal från vårdnära tjänster, servicepersonal m.fl. Alla dessa människor kommer in från ett håll.

Avdelningsstationen "Mittpunkten" har dålig ventilation och en hög ljudnivå eftersom flertalet personal samlas här. Stationen upplevs oftast som stökig och rörig. På stationen finns 5 sittplatser alternativt ståplatser med hög och sänkbara skrivbord som har stationära datorer. Inga portabla datorer finns. Därutöver finns en plats för arbetsledande koordinator där flera övervakningsskärmar finns. Arbetsmiljön är stökig och många gånger med hög ljudnivå beroende på stort antal människor, telefoner och larm. På stationen finns övervakningsutrustning med många olika ljud och ljudnivåer.

Apparatförråd används i kombination med miljörum och personalskåp.

Här finns dåligt med utrymme för administrativt arbete. Avdelningschefens rum har varit ett apparatförråd och har en elcentral bakom ena väggen. Avdelningschefens rum har ingen plats för möten enbart för liten sittplats.

Mobila teamet har en liten skrivplats där de även klär om och har sina kläder i en garderob i dagsläget.

4 sekreterare sitter i ett f.d. förrådsutrymme utanför Akutavdelningen vid hisshallen. Rummet är trångt och har mycket dålig ventilation. Varmt sommaren och kallt vintern. Eftersom rummet ligger utanför avdelningen upplevs en större risk för hot och våld. Sekreterarna har larm att använda (armband).

Det finns 2 läkarum med vardera 3 skrivplatser. Det finns inget rum för enskilda samtal med patient.

Det finns enbart två små personaltoaletter på hela avdelningen!

Toalett och dusch finns för patienterna på avdelningen men det finns ingen möjlighet för liggande dusch av patient, då transporteras patienten på bår ner till gamla dagakutens duschrum plan 2 byggnad 22. Detta är ett arbetsmiljöproblem och inte minst en patientsäkerhetsrisk att transportera patienter långa avstånd. Därutöver är det bristande sekretess och risk för bristande vårdhygien.

Tekniska förutsättningar

Akutavdelningen har telemetriövervakningsmöjlighet över hela avdelningen.

Övervakningsmöjlighet finns till alla sängplatser och kan följas på övervakningsskärmar på PARATUS och Mobimedlarm finns.

Stationära datorer finns på läkarexpeditionerna, triagerum, akut rum, expedition för ssk/stf och Mittpunkten.

Överfallslarm finns i form av "knapp" på väggen vid 4 olika ställen på avdelningen (jämt fördelat)

Försörjning

Personal från vårdnära service sköter allt förråd och tvätt hantering både med beställning och upp plockning. Apotekstjänst sköter läkemedelshanteringen. Städerna från städcentralen sköter städningen på avdelningen

Egen kökspersonal/servicepersonal finns.

Patientkök finns mitt på avdelningen nära Mittpunkten. Patient köket är stort och utformat för en fullvärdig avdelning med 20 vårdplatser. Det finns ingen patientmatsal. Patienterna äter vid sin sängplats.

Yttre miljö

I dagsläget ligger Akutavdelningen på plan 4 vilket innebär långa avstånd för ambulanstransport men även för patienter som kommer på remiss.

Ambulanstransporten sker via befintlig ambulanshall, genom korridor plan 2 byggnad 22 vidare genom thoraxmottagningens långa korridor och genom väntrum vidare i hiss till plan 4. Därefter transporteras patienten genom hela korridoren på Akutavdelningen eftersom rummen ligger längst ner på avdelningen vilket innebär att de passerar personalrum, väntrum alla salar och mittpunkten för att komma till enkelrummet.

Personalbemanning

Akutavdelningen har i dagsläget 28 sjuksköterskor, 16 undersköterskor, 1 servicepersonal och 4 sekreterare. Läkarbemanningen kommer från medicinkliniken och består av ca 2-3 läkare (exklusive läkarkandidater) dagtid och en nattetid. Därutöver har vi flera studenter från de olika yrkeskategorierna sjuksköterska och undersköterska. Extern personal kommer från vårdnära service, städ, transport, drift. ambulans, paramedicinare.

Mitt på dagen kan det röra sig om enbart personalmässigt ca 25-30 personer.

Syfte och mål med projektet

Visionen är att skapa lokaler som är utformade efter beslutat innehåll och med tanke på patientsäkerhet och god arbetsmiljö.

Lokaler, Yta, Samband

- All patientvård skall bedrivas i samma lokaler för att använda resurser på rätt sätt.
- Det ska finnas möjlighet att överblicka patienterna ”Mittpunkt”
- Stora ljusa lokaler anpassade både för barn o vuxna.
- Bra ventilation
- Alla rum skall vara enkelrum med egen toalett och dusch (övervakningsplatser)
- Ett tvåbäddsrumsrum som kan ändras till enkelrum vid behov. Kan användas i väntan på ambulanstransport.
- Duschrum/toalett för liggande dusch bår
- Något/några rum med möjlighet att behandla patienter som med smittrisk/nedsatt immunförsvar.
- Övervakningsmöjlighet på alla patientplatser, telemetriövervakning hela avdelningen med modern övervakningsfunktion.
- Akut rum som även kan användas vid hög arbetsbelastning och planerade elkönverteringar.
- Personalrum med pentrydel gärna med en matsalsdel och en del med soffa och bord. Microvågsugnar, spisplatta och ugn önskvärt.
- Rum för personalskåp/värdeskåp i anslutning till personalrum
- Konferensrum i anslutning till avdelningen men inte ett måste.
- Vilorum i anslutning till avdelningen
- Fler personaltoaletter (i dagsläget finns 2)
- Expeditioner och arbetsplatser för administrativt arbete i närhet av avdelningen men inget krav att alla finns på avdelningen.
- Kontor i nära anslutning till avdelningen för avdelningschef, möjlighet för mindre möten och samtal
- Kontor för stf, administrativt arbete.
- Mittstation för minst 6 skrivplatser sittande alternativt ståplatser – lugn miljö.
- Platser för läkarna att diktera i lugn miljö
- Arbetsplats för mobilt team i anslutning till avdelningen men inget krav. Klädförvaring för mobila teamet.
- Medicinberedningsrum/läkemedelsautomat på avdelningen
- Avdelningskök i rätt dimension till antal inlaggandepatienter. Bricksystem? Annat?
- Matsal/allrum för patienter barn som vuxen
- Dagrum för patienter med tillgång till dator, TV annat? -barnperspektiv
- Väntrum - barnperspektiv
- Anhörigrum för enskilda samtal - barnperspektiv
- Apparaturum
- Förråd till tvätt och dyl. + hjälpmedel
- Skölj
- Sop-/Städrum Miljörum

- Saneringshall
- Ambulansintag
- Saneringshall
- Läkemedelsförråd och skrivplats till ambulans
- Eventuellt mindre omklädningsrum för narkospersonal
- Rörpost måste finnas på avdelningen
- Provtagningsrum - barnperspektiv

Tekniska krav

- Teknisk övervakning, telemetri, övervakning utan skärmar?
- Luft och syrgas i alla rum
- IT
- Telefoni
- RAKEL
- Överfallslarm

Försörjning

- Vårdnära service förråd och tvätt, städ, vaktmästeri och transportörer som idag.
- Apoteksservice via BLS Apotek.

Yttre miljö

- Parkeringsplats för mobilt team i nära anslutning till avdelningen
- Uteplats i anslutning till personalrum gärna i markplan
- Avdelningens lokaler behöver ha närhet till klinisk kemi, röntgen, klinisk fysiologi, ambulansintag, saneringshall och medicinmottagning.

Personalbemanning

Avdelningen beräknas ha ca 50 anställda förutom all extern personal.

Värde

Lokal för framtida verksamhet finns inte idag.

Mervärdet för nya lokaler är en ökad patientsäkerhet och förbättrad arbetsmiljö mycket med tanke på smittrisker med icke ändamålsenliga lokaler. Ökad sekretess för patienterna. En förbättrad logistik på avdelningen kan både öka trivselen för personalen och minska kostnaderna eftersom vi därmed kan hushålla än bättre med våra resurser.

Bilaga 2 Behovsrapport lokaler Jourcentral

Behovsrapport: lokaler, yta, samband

Nedan följer en beskrivning av dagens lokaler och ytor på Jourcentralen väst.

I dagsläget ligger Jourcentralen väst i VC Samaritens lokaler. Vårdcentralen driver sin verksamhet dagtid och kl 1700, vardagkvällar, startar Jourcentralen upp sin verksamhet. Under helgen är jouren öppen mellan 0800-2100 i samma lokaler.

För att ta sig till jourcentralen, går den sökande via sjukhusets huvudentré. Huvudentrén är öppen mellan 0800-1900 samtliga veckodagar. Efter kl. 1900 öppnas porten via porttelefon som bärs av personal på jouren. Väl inne på sjukhuset, ligger jourcentralens väntrum väl skyltat från entrén. Dörrarna in till jourcentralen är låsta och det finns ringklocka, väl märkt, till tillfällen då uppmärksamhet bör tillkallas.

Inne på jourcentralen har vi 10st undersökningsrum, labb, akut/operationsrum, Ekg/inhalationsrum, öron/ögonrum, ett inre väntrum, patient toalett och ett sköljrum (diskmaskin, spol etc.). Antalet rum som används på jouren regleras utefter behov och efter om det är helg/vardagskväll, hur många som är i tjänst och söktrycket. Samtlig personal tar ett undersökningsrum till sitt förfogande. I sjuksökterskans undersökningsrum sker sjuksköterskans triage och ev. behandling. I läkarens rum sker undersökning och ev. behandling. Kvällstid används 3-4 undersökningsrum och helger 4-5 undersökningsrum. Utnyttjandet av lokalerna är helt beroende av söktryck och den sökandes behov.

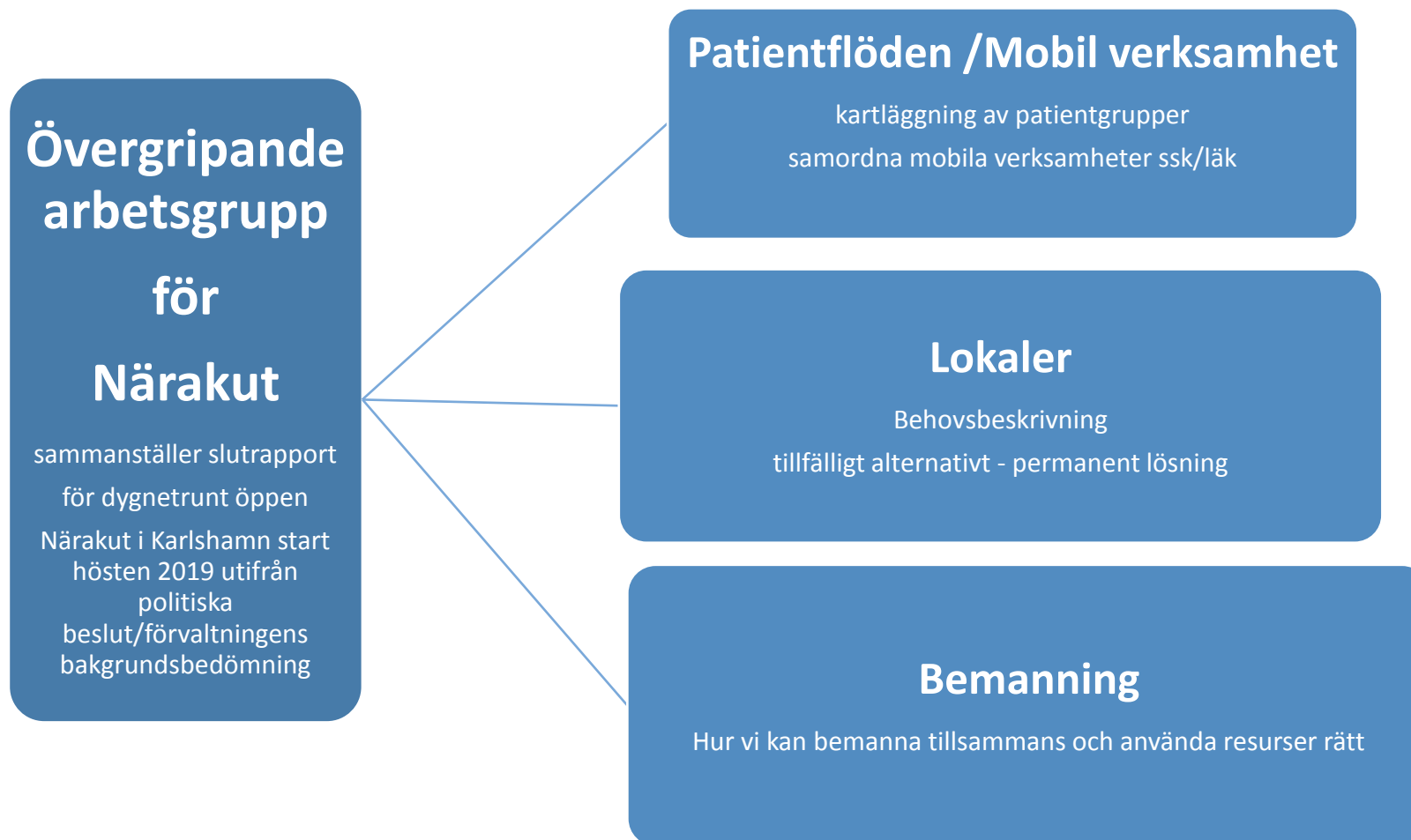
Jourcentralen är utrustad för att klara det som uppdraget kräver, se uppdragsbeskrivning. Vid behov av mer avancerad vård, förflyttas den sökande till annan vårdnivå.

Från jouren kan den sökande förflyttas till och från röntgen och till akutbedömningsavdelning. Denna förflyttning sker i samråd med involverad instans och vanligtvis hjälper jourens personal till med förflyttning och överlämning. Övriga förflyttningar inom BLS sker utefter den sökandes behov ex. sjuktransport, ambulans, egen bil etc.

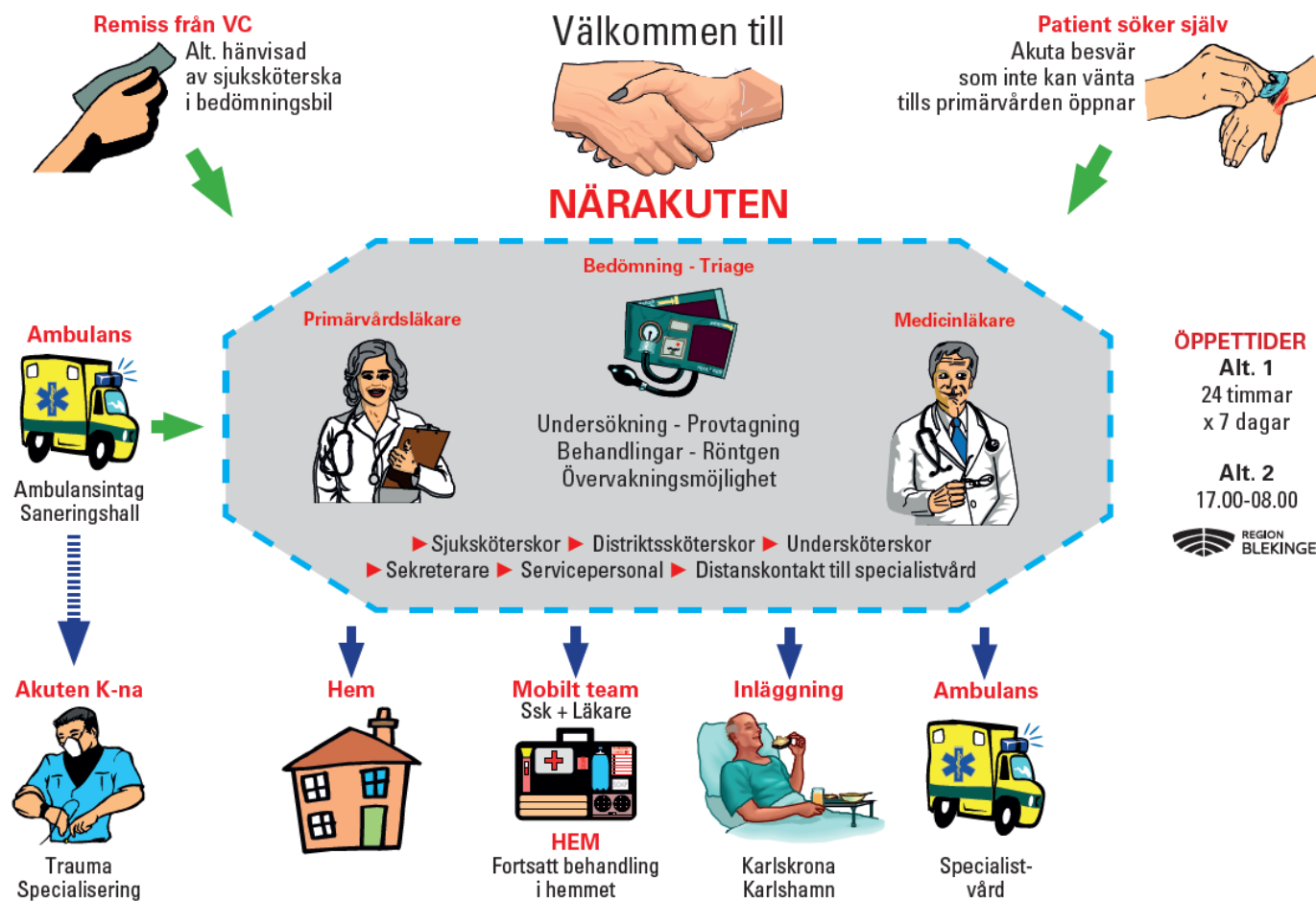
De kallelsesignalsystem som finns att tillgå på jouren är de samma som används dagtid på Samariten. Det finns även överfallslarm både personliga och rumsbundna (vissa rum).

Jourenslokaler upplevs på det stora hela som adekvata för uppdraget. Dock kan ses att det borde vara en annan entré till Jourcentralen. Detta då det lätt blir kvar personer i sjukhusetslokaler. Flödet till och från jouren hade varit lättare att styra med separat entré.

Bilaga 3 Fokusgrupper



Bilaga 4 Närakuten förslagsskiss



Hälso- och sjukvårdsorganisationen

Förvaltningssamverkan (FSG) Mötesanteckningar

Datum: 2019-01-31

Plats: Agent 009

Närvarande för arbetsgivaren:

Karin Norgren, HR-chef

Birgitta Friberg, Hälso- och sjukvårdschef Specialiserad vård

Lars Gelander, Hälso- och sjukvårdschef Nära vård

Maria Arvidsson Karlsson, Hälso- och sjukvårdschef Medicinsk service

Monica Witt, Hälso- och sjukvårdsorganisationen

Johanna Holmberg, Förhandlingsstrateg

Närvarande för fackliga organisationer:

Carina Swärd, SACO

Anna Temecka, SACO

Camilla Perland, VF

Anna Idberg, Kommunal

Carina Svensson Brommesson, kommunal

Jenny Färm, LF

Camilla Olsson, Vision

Frånvarande:

Lars Almroth, Hälso- och sjukvårdsdirektör

Markus Bäckman, LRF

Adj. Carina Ingemansson, Medicinkliniken,

Peter Petterson Verksamhetsstrateg,

Johanna Holmberg HRPartner/Förhandlingsstrateg

Ordförande: Karin Norgren, HR chef

Sekreterare: Monica Witt, sekreterare

Förhandlingspunkter: -

Ärendeförteckning

1. **Avd. 57** (55:an/61:an o 58:an) (CI)
 2. **Förordnande för Roger Nihlén som verksamhetschef på akuten** (KN)
 3. **Mandatfördelning** (JH)
 4. **Verksamhetsplan och budget** (PP)
 5. **Pågående arbete med fördelning mellan förvaltningsstab och enheten för kvalitet och utveckling** (MAK, JH)
 6. **Flyttplanering Hälso- och sjukvården** (MW)
 7. **Uppdrag- Närakut, Styrgrupper, Vårdkommitté** (LG)
 8. **Struktur på samverkan i ny Hälso- och sjukvårdsorganisation** (JH)
-

1. **Avd. 57** (55:an/61:an o 58:an)

Information

Omfördelning av vårdplatser från avdelning 57, Medicinkliniken som stängdes 15 januari. Mottagande avdelningar var 55 Thorax, 58 Rehab. kliniken, 61 Infektion och hudkliniken.

- 8 lungpatienter placerades på avd. 55 där det pågår föreläsningar och introduktioner som hålls av lungläkarna. Personalbrist gör att det finns en oro hos personalen och lokaler saknas för lungläkarna.

- Njurpatienter placerades på avdelning 58 där det även där råder personalbrist både undersköterskor och sjuksköterskor. Däremot finns det både patientrum och expedition för sjuksköterskor. Omplanering för läkare görs och introduktioner pågår.

- 3 palliativa patienter omplacerades på avdelning 61 och de har gjort klart introduktioner och föreläsningar. Ingen personalbrist på avdelningen, och omplaceringen har fungerat bra.

2. **Förordnande för Roger Nihlén som verksamhetschef på akuten**

Information

Arbetsgivaren informerade verksamhetschefen för akutkliniken, Roger Nihlén förordnande går ut i maj 2019, och arbetsgivaren har för avsikt att förlänga förordnandet. Fackliga företrädare kommer att stämma av med lokala företrädare om det finns några synpunkter och i så fall ge arbetsgivaren återkoppling innan nästa FSG, då det blir §11 förhandling.

Återkoppling till Anna Jansson.

3. **Mandatfördelning**

Information

Frågan kom upp på FSG 2018, och Johanna Holmberg blev ombedd att titta på mandatfördelningen i FSG för fackliga företrädare. Fördelning enligt bilaga. Vid skyddskommitté, kommer även huvudskyddsombudet att närvara på mötet. Representant

meddelas till Monica Witt och förbunden utser representant beroende på vilka punkter som kommer vara aktuella på FSG agendan och skickar den som är bäst lämpad för ämnet.

4. Verksamhetsplan och budget

Information av Peter Pettersson och dialog.

Planen är inte formellt beslutad av nämnden ännu och kommer att behandlas på ett extrainsatt nämndsmöte den 1 februari.

Verksamhetsplanen består av 4 nivåer,

Perspektiv-inriktningsmål-indikatorer-insatsområde.

I verksamheten gör man handlingsplaner som sedan följs upp med indikatorer.

Det kan finnas fler inriktningsmål under samma perspektiv och det finns flera indikatorer under inriktningsmålen. Verksamhetsplanen läggs ut på FSG samarbetsyta när den är beslutad.

5. Pågående arbete med fördelning mellan förvaltningsstab och enheten för kvalitet och utveckling

Information

På förvaltningsstaben kommer följande uppdrag att finnas:

- koordinera politiska ärenden
- beredskaps-, kris och katastrofansvar
- lokaler, samordning och planering för användande och investeringar
- planering och samordning för vårdplatser/verksamheter för sommar/jul/storhelger
- central administration
- strategier för framtidens hälso- och sjukvård

Enheten för kvalitet och utveckling kommer att arbeta med strategier för att utveckla och förbättra verksamheten.

Matchning pågår av medarbetares nuvarande uppdrag och samtal med medarbetarna görs. Förslag på organisation och medarbetares tillhörigheter presenteras när samtliga medarbetare är informerade.

Medarbetare som flyttas internt inom Hälso- och sjukvården förhandlas på Hälso- och sjukvårdsnivå. Skriftligt samverkansprotokoll ska göras men ingen § 11 behövs.

Det finns en viss oro hos en del medarbetare, vilket cheferna är medvetna om och gör de åtgärder som behövs.

6. Flyttplanering Hälso- och sjukvården

Information

Monica Witt håller i flyttplaneringen för Hälso- och sjukvården.

Projektledare för flytten på regionnivå är Claes Håkansson.

Inventering pågår och samtal med cheferna har påbörjats. Samarbete med cheferna och skyddsombud kommer att ske kontinuerligt. Utsedda skyddsombud är Ingela (Ingla) Blåder, Vision och Carina Swärd, SACO.

7. Uppdrag: Närakut, styrgrupper, vårdkommitté

Information

Närakut har en arbetsgrupp som Eva Åsheden leder, baserat på den nya politiska ledningens politiska inriktning i frågan om närakutuppdrag.

Det behövs en facklig referensgrupp för arbetsgruppen, och förbunden får i uppdrag att utse representanter (1 person/förbund) till gruppen och meddela detta till Eva Åsheden.

Styrgrupper arbeta processorienterat för patientens väg genom vården med olika fokus. styrgrupper. De olika styrgrupperna är Personal/kompetens, Mobil vård/digitalisering, Tillgänglighet och Vårdplatser

Experter i olika sakfrågor finns med i grupperna eller bjuds in vid behov. Det är ett operativt arbete för att gå i samma riktning i hela organisationen. Styrgrupperna rapporterar till vårdkommittén.

Vårdkommittén deltagare är bl a kommunrepresentanter och Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Förändringar och frågor som uppkommer av facklig karaktär lyfts på FSG.

8. Struktur på samverkan i ny Hälso- och sjukvårdsorganisation

Dialog

På stabsnivå och på områdesnivå finns inget BSG idag, och organisationen är inte helt klar. APT kommer att hållas och fram till dess att det nya samverkansavtalet är klart, lyfts frågor av facklig karaktär direkt till FSG.

Regelrätt ska det finnas BSG/enhet enligt befintligt samverkansavtal och diskussioner pågår hur vi säkerställer att frågor av BSG-karaktär lyfts i FSG temporärt.

Förbundens synpunkter skickas till Johanna Holmberg.

Hälso- och sjukvården

Förvaltningssamverkan (FSG) mötesanteckningar

Datum: 2019-04-25

Plats: Agent 009

Närvarande för arbetsgivaren:

Karin Norgren, HR-chef Hälso- och sjukvården

Maria Arvidsson Karlsson, Hälso- och sjukvårdschef Medicinsk service/Förvaltningsstabschef

Monica Witt, Hälso- och sjukvården

Birgitta Friberg, Hälso- och sjukvårdschef Specialiserad vård

Åsa Jersheim, Ekonomichef Hälso- och sjukvården

Närvarande för fackliga organisationer:

Camilla Perland, VF

Jonas Andersson, BLF

Anna-Pia Frisell, LF

Helene Ahlin, Kommunal

Göran Mårdhed, SACO

Anna Westrup, BLF

Frånvarande:

Lars Almroth, Hälso- och sjukvårdsdirektör

Lars Gelander, Hälso- och sjukvårdschef Nära vård

Louise Stjernberg, Chef för Enheten för kvalitet och utveckling
Vision

Adj.

1. Carina Ingemansson

2, 6 Johanna Holmberg

4. Charlotta Lunn, Anna Svensson

Ordförande: Karin Norgren

Sekreterare: Monica Witt

Förhandlingspunkter: -

Ärendeförteckning

1. **Sommarsjukvården (CI)**
 2. **Bemanningsstal (JH)**
 3. **Kamerabevakning i läkemedelsrum**
 4. **Närakut (CL, AS)**
 5. **Vårdplatser/avdelningsstruktur (BF)**
 6. **Placering av medarbetare på förvaltningsstaben (JH, MAK)**
-

1. Sommarsjukvården

Läget just nu inför sommaren 2019 ser ut att bli något mer svårbemannat än 2018. Det saknas en del sjuksköterskor fortfarande, men vi vet att det pågår rekryteringar där sökande ännu inte bestämt sig för vilken avdelning man önskar jobba på (ca 17 sjuksköterskor) och att hyrsjuksköterskor inte ännu har tackat ja på de utlagda avropen. På Thoraxcentrum, Rehab-stroke och Kirurgen är det störst behov i dagsläget.

- Infektion drar ner till 16 vårdplatser i sommar.
- Avdelningscheferna har önskemål om att ha kvar beredskapsavdelningarna även denna sommar liksom tidigare somrar då detta avlastar och skapar förutsägbarhet i verksamheten. (förhandling ska göras).
- Riskbedömningar görs på avdelningsnivå och ska upp på BSG i maj.
- Slutmöte med avdelningscheferna inför sommaren den 17/5.
- Handlungsplan för åtgärder vid olika nivåer (Plan A, B, C, D) vid behov av åtgärder samt aktivitetslista och en checklista är under revidering, med utgångspunkt av tidigare års planer.
- Uppföljningar kommer att ske kontinuerligt.
- Beläggningsmöten som tidigare under sommaren.
- Mer administrativt stöd till verksamheten behöver identifieras på den egna verksamheten, för att kontakta och förbereda till stödfunktioner.

2. Bemanningsstal

Arbetet med bemanningsstal är pausat och den modell som togs fram är inte beslutad ännu.

3. Kamerabevakning i läkemedelsrum

Narkotikasvinnet i läkemedelsrummen fortsätter och ytterligare åtgärder behöver göras. Det skapar oro för sjukvårdspersonalen och man har tidigare gjort insatser som att ha dubbelbemanning och stänga av en av dörrarna till läkemedelsrummet där det finns två ingångar. Rutiner finns och uppföljningar görs, men trots detta fortsätter svinn i viss omfattning och därför kommer det att göras ytterligare åtgärder.

Säkerhetsavdelningen kommer ta fram förslag och offerter på kameraövervakning av läkemedelsrum, samt skriva riktlinjer och anvisningar.

Tillstånd behövs inte från och med 2018 då det inte gäller ett s.k. allmänt utrymme. Bilder är endast tillgängliga för ett fåtal inom Säkerhetsavdelningen och material sparas under en begränsad tid. Förslag kommer att presenteras på FSG senare under året.

4. Närakut

Arbetsgrupper för uppdraget om en närakut presenterar arbetet. Materialet ligger på intranätet. Deltagarna i arbetsgruppen har varit vårdpersonal och kommuner. Arbetet visades för politiken den 24 april.

Alla är överens om att primärvård och slutenvården bör jobbar tillsammans trots en del synpunkter om öppettiderna och där finns det olika förslag.

Namnet "Närakut" behöver förtydligas så att inte de som behöver söka akut vård för allvarligt hälsotillstånd vänder sig till närakuten. Slutrapport har tagits fram och kommer att presenteras senare.

5. Vårdplatser/avdelningsstruktur

Förslag finns och styrgruppen för vårdplatser arbetar med uppdraget. Det ska tillsättas en arbetsgrupp, och den strateg som kommer att börja i höst och ersätter tidigare vårdplatskoordinator kommer att leda arbetsgruppen. Det finns dock redan idag en del medarbetare som tittar på uppdraget inför uppstart av arbetsgrupp. Evidensbaserad, omvärldsbevakning och uppföljningar ska finnas med i tänket framåt och samarbete med övriga styrgrupper och delaktighet är viktigt.

Akuta situationer ute på avdelningar ska inte hanteras i denna arbetsgrupp utan hanteras separat.

6. Placering av medarbetare på förvaltningsstaben

Information om medarbetare på förvaltningsstaben, HR-enheten, Ekonomi-enheten och enheten för Kvalité och utveckling. Uppdragen har varit inte varit fastställda initialt och åtgärder har gjorts för förtydliganden. De flesta medarbetare har samma uppgifter som de haft tidigare, men vissa undantag finns. Förändringar kan komma att ske i samband med att organisationen förändras och vissa roller och titlar ska ses över. Förslag om att eventuellt anställa en avdelningschef för förvaltningsstaben finns.

Synpunkter på förslaget ska skickas in till HR-partner Johanna Holmberg senast den 6/5.

Hälso- och sjukvården

Förvaltningssamverkan (FSG) mötesanteckningar (Extrainsatt)

Datum: 2019-05-06

Plats: Agent 009

Närvarande för arbetsgivaren:

Lars Almroth, Hälso- och sjukvårdsdirektör

Karin Norgren, HR-chef Hälso- och sjukvården

Maria Arvidsson Karlsson, Hälso- och sjukvårdschef Medicinsk service/Förvaltningsstabschef

Monica Witt, Hälso- och sjukvården

Birgitta Friberg, Hälso- och sjukvårdschef Specialiserad vård

Närvarande för fackliga organisationer:

Camilla Perland, VF

Jonas Andersson, BLF

Camilla Olsson, Vision (telefon)

Frånvarande:

SACO, LF, Kommunal

Adj.

Ordförande: Lars Almroth

Sekreterare: Monica Witt

Förhandlingspunkter: § 19

Ärendeförteckning

1. Närakut
 2. Protestlistor-Arbetsmiljö
-

1. Närakut

Fackliga företrädare har inkommit med en skrivelse rörande Närakuten.

Hälsa- och sjukvården har fått i uppdrag av politiken att ta fram ett förslaget som dels ska utgöra ett underlag för politiskt beslut, dels utgöra en grund för att beskriva den planerade verksamheten och även vara ett underlag för behovsbeskrivning för lokaler.

En projektledare och arbetsgrupp har tillsatts och arbetet som pågår nu handlar initialt om att kartlägga hur det fungerar i dagsläget och hur det kan komma att se ut i framtidens sjukvård med närakut. Facklig referensgrupp är tillsatt.

Synpunkter från fackförbunden med risker och farhågor

- Läkarna ser risker för patientsäkerheten
- Rekryteringsläget är svårt, med primärvårdsläkare, (där det redan är brist idag)
- Ökad belastning på medicinkliniken i Karlshamn
- Vilken typ av sjuksköterskor ska bemanna närakuten?
- Risk att det blir fel sorts patienter på en närakut
- Primärvårdsläkarna önskar att ha ett växlande patientflöde
- Mer attraktiva tjänster behövs, men osäker på om en närakut är svaret
- Bättre tillgänglighet
- Natttid – kommer att bemannas med en sjuksköterska och då behövs det rekryteras, samt farhågor för att få in akut sjuka patienter

Arbetsgivaren är medvetna om samma risker och farhågor som de fackliga men har uppdrag att se över hur vi kan starta upp en närakut. Vi behöver samverka med uppdraget, och behöver tillsammans se över de risker som finns genom att skapa en riskanalys.

På sikt är tanken är att närakuten ska ha öppet dygnet runt. Det kommer att bli ett gradvis införande då lokaler behöver ses över och ställas i ordning för närakutens behov. Det är viktigt att skilja det akuta flödet från och det kroniska flödet.

Jourcentralerna bekostas i dag av hälsovalet, medan sjuksköterskebemanning är anslagsfinansierad. Översyn för hur man löser finansiering och patientflöde i öst och väst för jourcentralerna behöver ske.

Föreslag på förändringar

- Digitala uppkopplingar med specialister i Karlskrona
- Bemannar natttid med sjuksköterskor
- Lyfta ut jourcentralerna från Hälsovalsfinansieringen
- Vårdadministrativa uppgifter görs av de som finns på jourcentralerna och akutmottagningen.

Om det behöver skrivas ut något natttid kan det ske från akutmottagningen i Karlskrona.

2. Protestlistor-Arbetsmiljö

Protestlistor har skrivits under av medarbetarna och har lämnats till media.

Problemen beror på arbetsmiljön, som beskrivs av personalen som ansträngd och orolig. Inte bara idag, utan även oro inför sommarsemestern.

De fackliga ombuden har ingen vetskap om de protestlistor som finns men vet om att det finns en del problem på vissa avdelningar, efter stängning av medicinavdelning 57.

Åtgärder har gjorts i form av riskbedömningar, handlingsplaner och kompetensinsatser, men ytterligare åtgärder behöver göras inom kort för att personalen ska må bättre och känna sig trygga i sitt uppdrag. Kommunikationen behöver därför bli tydligare och även vilka åtgärder på såväl kort- som långsiktiga lösningar.

Inriktade team behöver kortsiktigt tillsättas med en tydlig arbetsledare (inte nödvändigtvis en chef) på en del avdelningar som stöd till personalen. Avdelningschef och verksamhetschef är kortsiktigt ersatta pga sjukfrånvaro.

Förslag finns på förändringar diskuterades, men inga beslut tagna då dessa behöver ske i nära samverkan med personal på respektive avdelning.

Uppdragsbeskrivningar behöver också förtydligas så att överflyttad personal och befintlig personal på resp. avdelning känner sig tryggare med de rutiner som man gått igenom kring patienterna.

Bilagor

Minnesanteckningar 2019-03-04

Informationsmöte med den fackliga referensgruppen

Närakut Karlshamn.

Närvarande:

Inga-Marie Helmert SACO, Ulla Sandgren Kommunal, Camilla Olsson Vision, Torgny Elmerot DLF/BLF, Eva Åsheden ordförande för arbetsgruppen.

Informationsmötet startade med genomgång av uppdraget från Lars Almrot och en presentation av representanterna i arbetsgruppen.

Information har lagts ut på intranätet hur arbetsgruppens arbete pågår och även en länk till uppdraget.

Därefter hur arbetsgruppen delats in i fokusgrupper som patientflöden – mobil verksamhet/digitalisering – bemanning - lokaler. Referensgruppen informerades om att arbetsgruppen bjudit in nyckelpersoner till de olika grupperna som t.ex. representant från ambulansverksamheten, vårdhygien och säkerhetsavdelningen m.fl.

Vi gick även igenom ett tänkt patientflöde på en Närakut och hur det skulle kunna bemannas med läkare, SSK, USK och sekreterare.

Namnförslag diskuterades referensgruppen ser precis som arbetsgruppen en risk med att namnet innehåller någon del av "akut" i någon del som t.ex. Närakut. Samtidigt börjar det i hela landet spridas ett nytt begrepp "Närakut" och frågan är om Blekinge skall frångå och ha ett eget namn på sin Närakut? Förslag "Primärjouren"?

Definition Närakut lyftes och här såg referensgruppen också att det måste vara väldigt tydligt och att information ut till befolkningen är oerhört viktig.

Punkter som också lyftes var att primärvården går under Hälsoval och vad det för med sig.

Inga- Marie (SACO) ville att vi i arbetet också ska tänka på funktionerna som paramedicinarna kan ha på en Närakut och i tidigt skede koppla in dessa funktioner som arbetsterapeuterna kan bistå med. LOS var en del som också lyftes.

Vi tog även upp att det görs en behovsbeskrivning över hur verksamheterna JC + AKA ser ut i dagsläget och att projektledaren som ansvarar för lokalfrågan just nu inte har varit i tjänst. En viss behovsbeskrivning finns sedan tidigare och kan troligtvis användas att bygga vidare på. Lokaler som i arbetsgruppen finns som förslag är byggnad 22 plan 2 (gamla Dagakuten) men det är fastigheter som tar fram förslag till lokal efter behovsbeskrivningen.

Ulla Sandgren lyfte att det skall ingå ett skyddsombud i arbetet vilket Eva Å tar med sig vidare till Karin Norgren.

Ny tid för informationsmöte till referensgruppen kommer i slutet av mars.

Vid tangenterna

Eva Åsheden

2019-03-05

Området för medicinsk service
Maria Arvidsson Karlsson

2019-10-11

Ärendenummer 2019/01992
Dokumentnummer 2019/01992-1

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

Organisatorisk flytt av hjälpmedelcenter till området medicinsk service inom Hälso- och sjukvården

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen att föreslå regionfullmäktige

1. Att göra en organisatorisk flytt av hjälpmedelscenter till området medicinsk service inom Hälso- och sjukvården.

Sammanfattning

Att flytta hjälpmedelcenter till hälso- och sjukvården skulle innebära att avtal och upphandlingsprocesser kan effektiviseras. Samverkansvinster är sannolikt möjliga då flera parallella processer kan bli en process i hälso- och sjukvårdens nya organisation.

Målsättningen är att genomföra den organisatoriska flytten vid årsskiftet 2020. Den organisatoriska flytten bör riskbedömas och samverkas.

Bakgrund

Hjälpmedelcentrum organiseras under regionstyrelsen i nuvarande form. Verksamheten är i huvudsak en servicefunktion till hälso- och sjukvården och har i omorganisationen hamnat långt ifrån kärnverksamheten.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Tf. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Maria Arvidsson Karlsson
Hälso- och sjukvårdschef Medicinsk service

Kvalitet och
utvecklingsavdelningen
Carina Svärd

2019-10-17

Ärendenummer 2019/01920

Dokumentnummer 2019/01920-1

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

Omsätta kommissionen för jämlik hälsa i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan

Förslag till beslut

1. Att kommissionens förslag omsätts i verksamhetsplaner för kommande år i mandatperioden, utifrån hälso- och sjukvårdsdirektörens prioritering av åtgärderna.
2. Att åtgärderna, utifrån hälso- och sjukvårdsdirektörens prioritering, följs upp per tertial och återrapporteras till hälso- och sjukvårdsnämnden.
3. Att hälso- och sjukvårdsnämnden noterar informationen till protokollet och att arbetet med kommissionens åtgärdsförslag fortsätter.

Sammanfattning

Kommissionen för jämlik hälsa i Blekinge tillsattes av Landstingsstyrelsen hösten 2016 med uppdrag att senast december 2017 lägga fram förslag som bidrar till att hälsoklyftorna i Blekinge minskar. Fokus skulle ligga på perspektiven socioekonomi och genus. Kommissionen föreslog 64 olika åtgärdsförslag på både övergripande nivå och inom specifika målområden. Drygt 20 av förslagen berör hälso- och sjukvården. Utifrån inriktningsmål *en god och jämlik hälsa* i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2019 pågår aktiviteter inom 11 insatsområde/uppdrag som överensstämmer med kommissionens åtgärdsförslag.

Bakgrund

I Regionplanen 2019–2021 finns uppdrag att samtliga nämnder ska omsätta kommissionens förslag i sina verksamhetsplaner. I hälso- och sjukvårdsnämndens *Verksamhetsplan och budget 2019*

lyfts att omsätta kommissionens förslag som en aktivitet under insatsområdet ”Genomföra insatser för en mer jämlik hälsa i samverkan”:

- Påbörja arbetet med att konkretisera de förslag på åtgärder som Kommissionen för jämlik hälsa lämnar i sin rapport.

Kommissionens förslag är på en övergripande nivå och inom specifika målområden. Den övergripande nivån berör styrning och ledning och varje målområde har en eller flera förslag till strategier. Inom varje strategi finns flera förslag till åtgärder.

Målområden som det finns förslag under är:

- Det tidiga livets villkor.
- Arbetstidens villkor.
- Gemenskap och inkludering.
- Levnadsvanor.
- Psykisk hälsa.
- Inflytande och delaktighet.
- En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Kommissionen föreslog 64 olika åtgärdsförslag. Beroende på hur man tolkar förslagen berör 20 av dessa hälso- och sjukvården och 8 involverar hälso- och sjukvården i samverkan. 19 berör övriga förvaltningar inom Region Blekinge. 15 är adresserade till kommunerna. För flera av förslagen finns behov av samverkan mellan flera aktörer där samverkan kan innebära både att lösa uppgifterna tillsammans men även att hjälpa varandra att få nya perspektiv.

Våren 2019 fick utvecklingsavdelningen ett uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören att göra en sammanställning på hälso- och sjukvårdsnämndens och förvaltningens insatser kopplade till åtgärderna i kommissionsrapporten för jämlik hälsa i Blekinge. Sammanställningen överlämnades till hälso- och sjukvårdsdirektören samt till regiondirektören. En reviderad sammanställning finns som bilaga 1.

Länets strategiska folkhälsogrupp, där tjänstepersoner från länsstyrelsen, regionen samt alla kommuner ingår, har kartlagt vilka gemensamma aktiviteter som pågår i länet bland målgrupperna barn och unga, befolkning mitt i livet och äldre. Under hösten kommer kommissionens åtgärdsförslag kopplas samman med pågående aktiviteter utförda av de olika aktörerna. Vidare kommer de åtgärdsförslag som det ännu inte finns några aktiviteter kring att diskuteras.

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2019 finns under inriktningsmål *en god och jämlik hälsa* följande insatsområde/uppdrag som överensstämmer med kommissionens åtgärdsförslag:

- Arbeta fram en läns- och verksamhetsövergripande handlingsplan för självmordsförebyggande insatser.
- Utveckla arbetssätt för att möjliggöra att invånarna tar ansvar för att tidigt upptäcka och förebygga ohälsa.

- Via särskild levnadsvanemottagning erbjuda ökat stöd till patienten som har svåra problem med levnadsvanor.
- Utredda möjligheten för en länsgemensam barn- och ungdomshälsa.
- Påbörja tarmscreening under 2019 för personer mellan 60–74 år.
- Utredda möjligheten till utökat åldersspann avseende mammografi och cellprovtagning.
- Utredda möjligheten för en ordnad provtagning gällande förekomsten av prostatacancer.
- Integrera barnkonventionen i struktur för ledning, styrning och uppföljning.
- Ta fram rutiner/riktlinjer för att uppmärksamma somatisk (o)hälsa hos personer med psykisk sjukdom och/eller funktionsnedsättning.
- Ta fram rutiner/riktlinjer för att uppmärksamma HBTQ-personers hälsa.
- Utveckla verksamheten i enlighet med Riktlinjer för implementering av personcentrerad vård i Blekinge inom hela hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Uppföljning av insatsområden/uppdragen redovisas i tertial-, delårs- samt årsrapporten.

Kommissionen understryker i sin rapport att:

- Förslagen till åtgärder ska ses som exempel.
- De är inte avsedda att vara heltäckande.
- Allt kan inte göras samtidigt.
- Arbetet för en jämlik hälsa är ett långsiktigt åtagande som minst måste sträcka sig över en generation.

Flera av förslagen från kommissionen överensstämmer med inriktning på den aktuella omställningen av vården som omfattar:

- från sluten vård till öppen vård
- från akut och oplanerad vård till planerad vård
- mot bättre samverkan mellan specialiserad vård och primärvård
- mot bättre tillgänglighet i primärvård/nära vård
- mot ökade hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser
- mot personcentrering och ökad delaktighet
- mot ökad jämlikhet
- mot kunskapsstyrning

Genomförande av beslut

Förvaltningschef i samverkan med verksamhetschefer bör prioritera de insatser/aktiviteter kopplat till kommissions åtgärdsförslag som är aktuella att arbeta med. De ska också verka för att förankring för insats/aktivitet sker i respektive verksamhet.

Beredning

Kommissionen för jämlik hälsa i Blekinge tillsattes av Landstingsstyrelsen den 1 september 2016. Uppdraget var att senast december 2017 lägga fram förslag som bidrar till att hälsoklyftorna i Blekinge minskar. Fokus skulle ligga på perspektiven socioekonomi och genus. Kommissionen bestod av en ordförande samt tio ledamöter med kompetenser från olika samhällssektorer samt två adjungerade ledamöter. Medarbetare från landstingsdirektörens stab utgjorde kommissionens sekretariat.

I december 2017 presenterade kommissionen sina förslag inför landstingsstyrelsen och den 29 januari 2018 beslutades:

- att uppdra till landstingsdirektören att återkomma med förslag på prioritering och värdering av kommissionens förslag under våren 2018 utifrån landstingets roll och uppdrag,
- att beakta kommissionens förslag i det fortsatta arbetet med Lanstingsplanen 2019 och i Planeringsförutsättningarna 2019,
- att berörda huvudmän delges slutrapporten,
- att med detta förklara uppdraget för Kommissionen för jämlik hälsa i Blekinge slutfört.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör

Louise Stjernberg
Kvalitet och utvecklingschef

Bilaga 1 till ärende 2019/01920

Hälso- och sjukvårdsnämndens och -förvaltningens insatser kopplade till åtgärdsförslagen i rapporten från Kommissionen för jämlik hälsa i Blekinge

Kommissionens lämnade förslag som dels var på övergripande nivå och dels inom sju olika målområden. Varje målområde har en eller flera strategier och under dessa finns förslag till åtgärder.

I tabellen nedan visas alla förslag, som är ett utdrag ur kommissionens rapport, med kommentarer vad som berör hälso- och sjukvården eller annan aktör.

Övergripande – ledning och styrning

Kommissionens förslag	Kommentar
Etablera en politisk och övergripande ledning i länet för att utjämna hälsoklyftorna. Det bör bestå av ledande politiker från region och representanter från kommun och i samspel med länsstyrelsen.	Hösten 2017 togs beslut om övergripande samverkan, <i>Överenskommelse mellan kommunerna i Blekinge län och Region Blekinge/Landstinget Blekinge om regional samverkan</i> . Det politiska samverkansrådet är initierat och söker sina former. Sker på regionövergripande nivå.
Kommissionen föreslår en mer handlingsinriktad länsgemensam plan än den tidigare folkhälsopolicyn. Till den föreslås att årliga handlingsplaner tas fram. I detta arbete förordar kommissionen att medborgarna involveras i högre utsträckning.	Beslut finns att den nuvarande folkhälsopolicyn ska vävas samman med den regionala utvecklingsstrategin (RUS). RUSen är ett paraplydokument där specifika handlingsplaner kommer att ingå. Blekingedagen är startskottet för arbetet. Medborgare kommer att involveras liksom andra aktörer i Blekinge vid utvecklingen av RUSen.
Kommissionen föreslår bildandet av ett Blekingeforum som samlar aktörer från olika delar av länets samhällsliv. Syftet ska vara att bidra till att göra arbetet för folkhälsa till handlingsinriktad angelägenhet även för näringsliv, folkrörelse och andra idéburna organisationer.	Ett regionövergripande ansvar.
Kommissionen förespråkar även att resurser	• Hälso- och sjukvårdsförvaltningens

viktas för förebyggande insatser. Resurser i form av pengar, personal och kompetens måste allokeras till insatser som långsiktigt leder till hållbar utveckling av folkhälsan. På sikt bidrar detta till minskade samhällskostnader med positiva effekter för hela befolkningen.	omställningsarbete till en mer nära vård. Det är dock inte kopplat några resursomfördelningar till detta politiska beslut. • Landstingsfullmäktiges tidigare beslut att avsätta medel i en social investeringsfond för att möjliggöra investeringar i tidiga insatser.
---	---

Målområden

Tidiga livets villkor

Strategi för en förbättrad barn, elev- och ungdomshälsa: *Kommissionen föreslår tillskapandet av en länsgemensam strategi för en förbättrad barn-, elev- och ungdomshälsa. Därmed skapas möjligheter att bättre följa barns hälsa under hela deras uppväxt och kunna anpassa insatser.*

Strategi för en hälsofrämjande utbildning: *Kommissionen föreslår tillskapandet av en länsgemensam strategi för en hälsofrämjande utbildning med syfte att vardagen inom utbildningen utvecklas till att vara en stödjande och främjande fysisk och psykosocial miljö.*

Kommissionens förslag	Kommentar
Att Blekinge blir ett ”pilotlän” för en sammanhållen mödra-, barn, elev- och ungdomshälsa.	• Utifrån det strategiska arbetet med framtidens hälso- och sjukvård med den nära vården finns en pusselbit som heter ”Barn och ungas behov”. - I det arbetet pågår regionalt utvecklingsarbete för tidiga samordnade insatser för barn i samverkan med skolan, socialtjänst, hälso- och sjukvården. Sammanhållen vård för denna målgrupp eftersträvas. • Första linjen – tidigare Fyren som nu etablerats. En viktig ingång för barn och deras föräldrar med psykisk ohälsa. • En behovsanalys av barn med övervikt och fetma har gjorts, innehåller åtgärdsförslag som bör prioriteras och fattas beslutas om.
Att barn och ungas livsvillkor kartläggs.	Regionen och samtliga kommuner i länet har tagit ett gemensamt beslut att ansluta sig till

	Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insatser (EMQ). Vilket kommer innebära att vi kan följa och utvärdera barn och ungdomars hälsa och utveckling i skolåldrarna. Anslutningen pågår hösten 2019.
Att familjecentraler som bygger på samverkan mellan kommun och landsting inrättas.	Projektledare samt arbets- och styrgrupp tillsatt. Förstudie för etablering pågår i Mellanstaden (Kungsmarken, Marieberg och Gullaberg) i Karlskrona kommun. Förstudien kommer att pågå september 2019-januari 2020.
Att utveckla föräldraskapsstöd i samverkan via länsgemensam plattform.	Länsstyrelsens föräldraskapsstödsamordnare deltar i utvecklingsarbetet ”Tidiga och samordnade insatser för barn” (TSI – ett nationellt utvecklingsarbete där regionen och kommunerna ingår). I det forumet pågår diskussioner om hur en länsgemensam plattform för föräldraskapsstöd på bästa sätt kan utvecklas.
Att förebygga kränkande behandling av barn och unga.	Regionen strävar efter att arbeta systematiskt med barnets rättigheter utifrån upprättad strategi och handlingsplan. I arbetet är barnrättsombuden och barnkonventionen viktiga delar. Länsstyrelsen kartlägger om kommunerna och regionen har behov av länsgemensamt stöd och forum
Att främja elevernas närvaro i skolan.	• Detta är grupper vi försöker hitta bättre former för i TSI arbetet. • Hälso- och sjukvården kan stödja kommunerna i arbetet via insatser inom primärvården samt barn och ungdomspsykiatri (BUP).
Att betona sexualundervisningens roll när det gäller normer för att förebygga sexuella trakasserier samt våld mot människor i utsatta situationer.	Hälso- och sjukvården kan stödja kommunerna i arbetet via ungdomsmottagningens uppdrag.
Att uppmärksamma vikten av verksamma	• Detta är grupper vi försöker hitta bättre

rutiner för att tidigt upptäcka när barn och elever behöver särskilt stöd.	former för i TSI arbetet. • Första linjen – tidigare Fyren som nu etablerats. En viktig ingång för barn och deras föräldrar med psykisk ohälsa.
Att från tidig ålder betona vikten av läroplanens uppdrag kring arbetet med värdegrund och EQ (emotionell och social undervisning) i undervisningen.	Kommunernas ansvar.
Att hälsoundervisning vidareutvecklas och integreras i andra ämnen.	• Det pågår ett arbete med att implementera Grunda Sunda vanor på barnhälsovården (BHV) och förskolan. • Hälso- och sjukvården kan bistå med kompetens vid behov.
Att bättre ta till vara den kompetens som finns inom kontaktyrken där barn och unga är målgruppen.	• Hälso- och sjukvården bedriver ett offensivt arbete kring bemötande och omhändertagande av barn som patienter och som närstående. • Socialstyrelsens ”Att samtala med barn” bör vara med i kommande handlingsplan för barnrättsarbetet.
Att utveckla verktyg och kompetens för dialogmöten med vårdnadshavare.	• Kommunernas ansvar. • Hälso- och sjukvården kan vara en del i samverkan. • Språkstegen – samverkan kring 0 – 3 åringars språkutveckling med särskilt fokus på läsning Språkstegen är en föräldrastödssatsning i alla kommuner i Blekinge och Kronoberg som når 4000 barn per årskull. Barnhälsovård, bibliotek och logoped arbetar tillsammans.
Att särskilt uppmärksamma de barn och elever som behöver extra stöd utanför utbildningens plattform.	• Kommunernas ansvar • BUP, habiliteringen och primärvården kan ge stöd vid behov. • Detta är grupper vi försöker hitta bättre

	former för i TSI arbetet
Att utveckla metoder att nå vårdnadshavare till nyanlända barn och elever.	• Barnhälsovården (BHV) gör hembesök och främjar att dessa föräldrar ska komma till BHV. • Bör följa dessa grupper särskilt om det är möjligt. Mönster? • Folk tandvården kallar till tidiga besök hos tandhygienist. • BHV och tandvården har och håller på att stärka samverkan emellan.
Att utveckla digitala kompetenser till de utmaningar dagens förskola och skola ställs inför.	Kommunernas ansvar

Arbetslivets villkor

Strategi för överenskommelse för samverkan inom arbetslivet: *Kommissionen föreslår tillskapandet av en länsgemensam strategi i samspel med arbetsmarknadens parter och offentliga beslutsfattare som syftar till att förenkla möjligheterna för människor att få arbetspraktik och arbete och till att inte förlora fotfästet på arbetsmarknaden.*

Kommissionens förslag	Kommentar
Att inrätta arbetsplatspraktik med systematisk och målinriktad samordning mellan skola och arbetsliv med syfte att underlätta unga individers inträde på arbetsmarknaden.	• Region Blekinge tar emot ungefär 50 prao-elever på ett år. Deltager även på arbetsmarknadsdagar på högstadieskolor. • Under 2019 har regionen tagit emot 207 feriearbetare. De jobbade i de flesta av våra verksamheter och får en anställning på tre veckor. Utvärderingarna brukar visa att feriearbetarna är mycket nöjda och det som de tycker är bäst är ofta att personalen är så välkomnande och trevliga. • Programmet Nya möjligheter är en fortsättning på projektet 100 Nya möjligheter.

	Programmet går ut på att vi anställer långtidsarbetslösa ungdomar på en sex månades lång breddskapsanställning. • Kommunernas ansvar samt arbetsförmedlingen. Exempel Navigatorcentrum
Att fortsatt uppmuntra att entreprenöriell, kreativ och personlig utveckling genomsyrar skolundervisningen och testar metoder för att bygga broar mellan utbildning och samhället utanför klassrummet.	Kommunernas ansvar Eventuellt stöttning av förvaltning Regional utveckling.
Att den som exempelvis är arbetslös får möjligheten att utveckla ett eget entreprenörskap.	Kommuner? Arbetsförmedling?
Att behovet av praktikplatser beaktas vid offentlig upphandling som ett motkrav från organisationen vid större upphandlingar.	Berör upphandlingsenheten i Region Blekinge.
Att uppmuntra och göra det praktiskt möjligt för den som är sjukskriven eller ledig från arbetet att hålla kontakt med sin arbetsplats för att inte förlora de relationer i arbetslivet som formar gemenskap.	• Inom ramen för ”Riktlinje arbetslivsinriktad rehabilitering” finns möjlighet till kontakt med arbetsplatsen. • Regionhälsan arbetar hälsofrämjande och förebyggande med tidiga insatser, både före och under en sjukskrivning tillsammans med arbetsgivare och arbetstagare. • Det pågår ett systematiskt arbete kring sjukskrivningsprocessen som ska främja alla medborgares hälsa i samband med sjukskrivning.
Att utveckla rehabkoordinationsfunktionen för att säkerställa återgång till arbete efter sjukdom.	Rehabkoordinatorsfunktionen kommer att vidareutvecklas under 2019, både avseende antal och uppdrag, kompetensutveckling och stöd m.m.

Gemenskap och inkludering

Strategi för att bryta segregationen: *Kommissionen föreslår tillskapandet av en länsgemensam strategi för att bryta segregationen i länets kommuner.*

Strategi för integration: *Kommissionen föreslår en länsgemensam strategi för att skapa förutsättningar för en ökad integrering gällandeboende, arbete, utbildning och samhällskunskap:*

Kommissionens förslag	Kommentar
Att utveckla handlingsprogram för att bryta segregation och förbättra boendets sociala villkor.	Förvaltningen Regional utveckling Kommunernas ansvar.
Att blanda olika upplåtelseformer för att minska segregationen.	Förvaltningen Regional utveckling. Kommunernas ansvar.
Att avsätta samordnade resurser för upprustning och renovering av boendemiljö	Kommunernas ansvar.
Att sträva efter att bygga bort fysiska barriärer som riskerar att förstärka segregationen.	Kommunernas ansvar.
Att säkerställa att översikts- och detaljplaner innehåller en analys av hälsokonsekvenserna och en bedömning av risken för ojämlik hälsa.	Förvaltningen Regional utveckling Kommunernas ansvar.
Att skapa en väl utbyggd infrastruktur, det vill säga kollektivtrafik, kommunikation och utbyggt bredband.	Förvaltningen Regional utveckling Kommunernas ansvar.
Att verksamheter som är generationsöverskridande utvecklas och får prioritet.	Förvaltningen Regional utveckling Kommunernas ansvar.
Att de virtuella mötesplatserna som är inkluderande utvecklas.	• Hälso- och sjukvårdsförvaltningen främjar vidareutvecklingen av UMO, 1177.se, digitala lösningar för möten i vården, mobila arbetssätt med digital monitorering, medborgardialog via webb m.m. (se mer under En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård nedan). • Förvaltningen Regional utveckling • Kommunerna?
Att insatser för tillgänglighet i samhället för personer med funktionsvariation utvecklas.	Region Blekinge har en arbetsgrupp för tillgänglighetsanpassning av våra lokaler i samverkan med funktionshinderföreningar.

Att åldersanpassa kultur och fritidsaktiviteter	• Region Blekinge ger föreningsstöd till olika länsövergripande föreningsaktiviteter • Det finns förbättringspotential att öka hälso- och sjukvårdens samverkan med civilsamhället och föreningslivet. • Fysisk aktivitet på recept – utbildar föreningsaktörer för att kunna erbjuda anpassade aktiviteter till olika målgrupper. • Regional utveckling ansvarar för att kollektivtrafik möjliggör för alla åldrar att ta sig till olika aktiviteter.
Att säkerställa att integrationsprocessen för nyanlända påbörjas tidigt och sker likvärdigt i länet genom regionala samarbeten.	Arbetsförmedlingen. Region Blekinge har köpt en tjänst av Ronneby kommun för tidiga utbildningsinsatser för nyanlända, både kring samhälls- och hälso- och sjukvårdsinformation.
Att tidigt skapa undervisning i svenska och att erbjuda möjligheter till arbetspraktik	• SFI och arbetsförmedlingen • Region Blekinge ordnar snabbspår för hälso- och sjukvårdsutbildade nyanlända.
Att tidigt i etableringsfasen ta upp frågor om levnadsvanor – det handlar till exempel om kosthållning, alkohol, rökning och fysisk aktivitet.	• Hälsovalets regelbok tar upp vilka åtgärder som ska utföras för asylsökande. • Finns fastställd rutin för hur och när hälsosamtal ska genomföras inom Hälsoval. • Frågor om levnadsvanor ställs inte rutinmässigt men vid identifierat problem erbjuds stöd tex. tobaksavvänjning. • Ett utökat behov av stöd vid psykisk ohälsa finns för gruppen. Ett stöd som i nuläget inte kan erbjudas i den omfattning som behövs.
Att pröva möjligheten att bredda verksamheten med samhälls- och hälsokommunikatörer som riktar sig till nyanlända att även omfatta andra grupper i samhället, exempelvis ungdomar och individer	Projekt Mind the gap på kompetenscentrum.

fast i ett utanförskap.	
Att arbetet med hedersproblematik fortsätter att utvecklas och ges prioritet.	• Utbildningsinsatser i våld i nära relation och kvinnofridsfrågor har genomförts och fler är inplanerade i samverkan med kommunerna. • Statsbidrag finns både i region och kommuner. Kopplingen till kultur är viktig att beakta. Länsstyrelsen har nationellt uppdrag att samordna.
Att i hälso- och sjukvård och välfärdstjänster säkerställa tolkfunktionen för nyanlända innan de lärt sig svenska och för andra personer med behov av tolk till exempel hörsel- och synskadade.	• Viktigt med upphandling av tolkar. • Träna våra medarbetare att möta patienter tillsammans med tolkar – utvecklingspotential.
Att inleda en dialog med länets utövare av utbildning att inom ramen för det fria skolvalet blanda barn från olika områden.	Kommunernas ansvar och möjligen statens.
Att uppmärksamma de åtgärder och satsningar som görs inom den kommunala vuxenutbildningen. Genom de vägar som finns inom vuxenutbildningen kan nyanlända få en praktisk utbildning som ger arbete eller en teoretisk grund som skapar möjligheter för fortsatta studier. Samverkan mellan alla inblandade parter är av yttersta vikt för att understödja detta arbete	Kommunernas ansvar.

Inflytande och delaktighet

Strategi för medborgardialog: *Kommissionen föreslår tillskapandet av en länsgemensam strategi för medborgardialog.*

Strategi för uppmuntran av civilsamhällets ansvarstagande: *Kommissionen föreslår skapandet av en överenskommelse med det civila samhället om dess viktiga roll för att minska hälsoklyftorna i länet och skapa ett samhälle som präglas av gemenskap och inkludering.*

Kommissionens förslag	Kommentar
Att bedriva en systematisk medborgardialog som en dimension i strävan att utjämna hälsoklyftorna	• Vi behöver ta ett samlat grepp om våra dialoger med medborgarna • Medborgarpanelen för Region Blekinge finns – där kan vi ställa ett antal frågor varje år kring väsentliga inspel vi önskar från medborgarna. Finns även en medborgar-/patientpanel inom ramen för arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård. • Personcentrerad vård och levandebiblioteket främjar involvering av patienter och anhöriga • Hälso- och sjukvårdsbarometern – vi kan förbättra vår återkoppling av resultaten, t.ex. via webben och till verksamheterna. • Nationella Patientenkäten - vi kan förbättra vår återkoppling av resultaten, t.ex. via webben och till verksamheterna, så att förbättringar kan göras.
Att inleda en dialog med länets civilsamhälle för att skapa en överenskommelse som med respekt för varandras integritet och olika roller syftar till ett samarbete för jämlik hälsa.	• Region Blekinges föreningsbidrag. • Rådet för funktionsstöd – Regionstyrelse-organ • Ungdomsrådet – Regionstyrelse-organ • Pensionärsrådet – Regionstyrelse-organ • Samverkan med föreningslivet sker men kan utvecklas.
Att samverka med den idéburna sektorn fördjupar delaktighet i samhället – detta med fokus på särskilt utsatta grupper.	Inom olika verksamheter samverkar vi med patientföreningar, men det ser väldigt olika ut. Vi skulle behöva styra upp detta på ett tydligare sätt så att förväntningarna på varandra blir klarare.
Att utveckla och förenkla process för projektstöd till idéburen sektor och skapa	• Region Blekinges föreningsbidrag inom såväl kultur som övrig verksamhet.

strategi för att nå en mångfald av utövare.	• Förvaltning Regional utveckling kanske har en tydligare roll i projektstödet tillsammans med kommunerna?
Att säkerställa en jämställd utveckling inom idrottsrörelsen genom noggrann resursfördelning utifrån ett mångfaldsperspektiv.	Region Blekinges föreningsbidrag.
Att civilsamhället ges möjlighet att i samarbete med t.ex. polismyndigheten genomföra utbildningar i civildurage på såväl skolor som arbetsplatser.	• Interna utbildningar i hot och våld inom våra egna verksamheter. • Kommunerna?
Att överenskommelsen skapar förutsättningar för äldres sociala deltagande.	• Pensionsrådet – Regionstyrelse-organ. • Region Blekinges föreningsbidrag.
Att överenskommelsen med det civila samhället bidrar till integration.	Länsstyrelsen har samordningsuppdraget.

En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Strategi för hälso- och sjukvård: *Kommissionen föreslår tillskapandet av en läns gemensam strategi för att stärka vårdens roll i arbetet för att minska hälsoklyftorna.*

Kommissionens förslag	Kommentarer
Att primärvården lyfts upp som en viktig dirigent för ett bra folkhälsoarbete.	• Pågående arbete med att forma målbilden för Nära vård tillsammans med länets kommuner. • En processorientering av verksamheterna med förbättrade möjligheter att arbeta uppströms. • Primärvården deltar i kommunernas folkhälsoråd runt om i länet.
Att införa riktade hälsosamtal i ett antal åldersgrupper i befolkningen, för att förebygga den ökade förekomsten av exempelvis hjärt- och kärlsjukdom, cancer, övervikt och psykisk hälsa i Blekinge.	Det finns inget beslut i Region Blekinge att införa riktade hälsosamtal. I nuläge är det åtta regioner som har riktade hälsosamtal och tre regioner har tagit beslut att införa det.

Att satsningen på e-hälsa och digitalisering av vårdens tjänster uppmuntras och utvecklas bland annat för att frigöra resurser för dem med störst behov.	• Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar aktivt för att öka användningen av de digitala tjänster vi redan har tillgång till i syfte att möte behov och frigöra resurser. • E-hälsolyftet har genomförts som innefattar information på 1177 vårdguiden, uppdatera och öka utbud av e-tjänster. • Riktade utbildningssatsningar för personalen för att sprida kunskap om e-hälsa och e-tjänster. • Test av digital vårdcentral pågår. • Testa av distansmonitorering av hjärtpatienter. • Införande av mobila arbetssätt och digitala verktyg för vård av komplexa behov i hemmet. • Skapande av en övergripande digitaliseringsstrategi för en god it-infrastruktur. • Region Blekinge strävar att nå e-hälsovisionen 2025 innefattande nationellt regelverk och standarder. • Region Blekinge ingår i samverkan på nationell nivå utifrån kunskapsstyrning och nationella tjänster.
---	--

Levnadsvanor

Strategi för uppmuntran av en hälsosam livsstil: *Kommissionen föreslår att en länsgemensam strategi för att uppmuntra en hälsosam livsstil tillskapas.*

Kommissionens förslag	Kommentarer
-----------------------	-------------

Att Landstinget Blekinges vårdprogram för levnadsvanor ska vara vägledande för arbetet med primär- och sekundärprevention och att återkommande kompetensutveckling inom området för personal i vården prioriteras.	• Implementeringsarbetet pågår. • Utbildningar inom de olika levnadsvanorna samt motiverande samtal (MI) erbjuds regelbundet.
Att den levnadsvanemottagning som för närvarande är ett pilotprojekt och ska utvärderas 2018, ska etableras.	Ärende framskrivet till hälso-och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen för beslut om permanentning.
Att hälso- och sjukvården arbetar mer systematiskt för att nå socialt utsatta grupper med det förebyggande arbetet.	• Särskild satsning på psykiatripatienter kring koppling mellan psykisk ohälsa/sjukdom och somatik och levnadsvanor. Finns arbetsgrupp som arbetar med att ta fram riktlinjer hur psykiatri ska arbeta med frågan. • Särskild satsning på rehabiliteringen kring koppling mellan medfödda funktionsnedsättningar och somatik och levnadsvanor. Finns arbetsgrupp som arbetar med att ta fram riktlinjer hur rehabiliteringen ska arbeta med frågan. • Satsning på ökad tillgänglighet till barnhälsovården för barnfamiljer.

Psykisk hälsa

Strategi för god psykisk hälsa: *Kommissionen föreslår att en länsgemensam strategi för psykisk hälsa formuleras.*

Kommissionens förslag	Kommentarer
Att en nollvision för självmord blir vägledande för arbetet med psykisk hälsa.	• Region Blekinge har tagit fram en handlingsplan för suicidprevention tillsammans med kommuner, räddningstjänst, frivilligorganisationer m.fl. Detta arbete samordnades av utvecklingsavdelningen. • Arbetsgruppen som arbetat fram handlingsplanen har fullgjort sitt uppdrag. Handlingsplanen anger att en samordnare och en länsövergripande arbetsgrupp ska tillsättas. I dagsläget finns inget förslag om var i organisationen en tjänst som samordnare ska placeras.
Att i skolan genomföra samtal om normer, känslor och förväntningar mellan killar, i syfte att förebygga den machokultur som drabbar såväl mäns som kvinnors hälsa och säkerhet.	Kommunernas ansvar.
Att i skolan genomföra samtal om normer, betygshets och ideal mellan tjejer i syfte att förebygga skolavhopp och ohälsa.	Kommunernas ansvar.
Att lyfta in samtal om psykisk hälsa och ohälsa i skolundervisningen.	Kommunernas ansvar. Hälso- och sjukvården kan bidra med kompetens.
Att landstinget till nytta för dem som arbetar patientnära prövar möjligheten att etablera ett kunskapscentrum för psykisk hälsa. Detta kunskapscentrum bör arbeta nätverksorienterat med elevhälsa, primärvård och psykiatri samt med andra aktörer som till exempel arbetsgivare, Blekinge Tekniska Högskola och skolor inom länet och även med förhoppningen att åstadkomma nationellt genomslag. Uppgiften bör främst	• Utifrån de statsbidrag Region Blekinge (tidigare landstinget) har erhållit tillsammans med länets kommuner har ett sådant arbete med behovsbeskrivningar och analyser redan initierats. Det finns en analysgrupp med representanter från kommuner, hälso- och sjukvård och patienter/brukare. • Psykisk hälsa ingår som ett område vid etablering av ett nationellt gemensamt system

vara att sammanställa, analysera och sprida kunskap om effektiva metoder för att stärka psykisk hälsa.	för kunskapsstyrning.
Att samverkan i LSVO vidareutvecklas med fler aktörer som arbetsförmedling och försäkringskassa.	• Regional samverkan finns mellan kommunerna. • Skolan adjungeras till möte i LSVO vid behov. • Region Blekinge har särskild samverkan med Försäkringskassan kring tidig återgång i arbete, både på strategisk och operativ nivå.
Att säkerställa en fortsättning på de insatser som påbörjats och testats inom ramen för statsbidragssatsningen (2016–2018) som bland annat innebär fortsatt etablering av ett länsgemensamt analysarbete, utbildnings- och informationsinsatser.	Statsbidrag för 2019 för Uppdrag Psykisk Hälsa har kommit och analysarbetet pågår. Resultatet kommer bli en handlingsplan för 2020. Suicidprevention är en del av denna satsning, liksom SIP osv.
Att pröva möjligheten att utveckla behandling med internetbaserad kognitiv beteendeterapi (IKBT) för individer över 18 år. Internetbaserad KBT för depression innebär samma övningar och delmoment som hos en terapeut. Varje deltagare ska ha en ansvarig behandlare som hen har regelbunden kontakt med.	• Ungdomsmottagningen erbjuder IKBT-programmet Ångesthjälpen. • I arbetet med digital vårdcentral finns planer att på sikt kunna erbjuda olika behandlingar via internet även för den vuxna befolkningen.
Att vid akuta situationer gällande psykisk ohälsa säkerställa att alla, som är i behov av vård, får en snabb och smidig samtalskontakt.	Ett förbättringsarbete har genomförts de sista åren inom psykiatrin för att öka tillgängligheten till en första bedömning. Viktigt att följa upp resultaten och ständigt förbättra.

Kommissionen för jämlik hälsa i Blekinge

Ett helt liv i Blekinge



PRODUKTION: INFAB KOMMUNIKATION AB
FOTO: ANDREAS BLOMLÖF
TRYCK: STIBO GRAPHIC AS

Till Landstingsstyrelsen i Blekinge

Kommissionen för jämlik hälsa i Blekinge tillsattes av Landstingsstyrelsen den 1 september 2016. Uppdraget är att senast december 2017 lägga fram förslag som bidrar till att hälsoklyftorna i Blekinge minskar. Kommissionen ska ha en bred ansats men lägga vikten på perspektiven socioekonomi och genus. Kommissionens slutrapport ska medverka till en ökad medvetenhet om den ojämlika hälsan och skapa ett större engagemang bland samhällsaktörer i och utanför landstinget (bilaga 1). Kommissionen har antagit namnet Blekingekommissionen.

Syftet med kommissionens arbete är enligt direktiven att motverka hälsoklyftorna i Blekinge och att nå ett jämlikare län där alla medborgare har förutsättningar för livskvalitet, frihet och god hälsa. Kommissionens arbete omfattar att samla in, föreslå och testa förslag till åtgärder som kan bidra till minskade hälsoklyftor. Huvudsakliga källor till idéer och förslag är litteratur, forskning, vetenskapliga rapporter, slutsatser och rekommendationer från andra kommissioner, egna kunskaper, kompetenser och kontaktnät hos kommissionens medlemmar samt dialog, kontakter och samarbete med olika samhällsaktörer. Kommissionens arbete ska präglas av bredd, öppenhet och målinriktning. Särskilda kontakter bör tas med nyckelaktörer såsom tidigare och pågående kommissioner, arbetsförmedling, försäkringskassa, arbetsmarknadens parter och professioner. En plan för kommunikation ska upprättas men utöver det väljer kommissionen själv sina arbetsformer. Kommissionen återkopplar fortlöpande sina slutsatser till de samhällsaktörer som påverkar hälso-utvecklingen. Slutrapport lämnas till landstingsstyrelsen i december 2017.

Kommissionen har bestått av en ordförande och tio ledamöter med kompetenser inom olika samhällssektorer samt två adjungerade ledamöter. Medarbetare inom landstingsdirektörens stab har utgjort kommissionens sekretariat.

Ordförande:

Peter Örn, föreläsare och författare.

Kommissionärer:

Danilo Garcia, chef för Blekinge kompetenscentrum och doktor i psykologi .

Emina Kovacic, stadsarkitektchef, Karlshamns kommun

Gunilla Leander, specialistläkare, Blekingesjukhuset.

Göran Johnsson, tidigare förbundsordförande i IF Metall.

Henrik Lövgren, chef för samhällskommunikation,

Ronneby kommun.

Katarina Skantze Mansnéus, företagsledare.

Lisa Skär, professor i omvårdnad vid institutionen för hälsa vid Blekinge tekniska högskola.

Louise Lindén, entreprenör med inriktning på hållbara festivaler.

Micke Gunnarsson, föreläsare och entreprenör med inriktning på barn och ungdomars hälsa.

Åsa Gerthsson-Nilsson, verksamhetschef förskola och chef för Centrala barn- och elevhälsan, Sölvesborgs kommun.

Adjungerade:

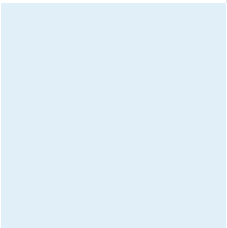
Annika Mellquist, avdelningschef för avdelningen för kunskapsstöd, Landstinget Blekinge .

Gunilla Skoog, utvecklingsdirektör, Landstinget Blekinge.

Kommissionens sekretariat:

Carina Svärd, folkhälsostrateg, Landstinget Blekinge.

Lisbeth Andersson, folkhälsostrateg, Landstinget Blekinge.





Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	6
1. INLEDNING	11
Kommissionens förhållningssätt	11
Kommissionens arbetssätt	11
Kommissionens utgångspunkter	12
2. FAKTA OCH ANALYS	14
Det nationella perspektivet	14
Hur mår Blekingeborna?	17
Folkhälsoarbetet i Blekinge	23
3. KOMMISSIONENS FÖRSLAG	25
Vision för jämlik hälsa i Blekinge	25
Styrning och ledning	25
Strategisk plan för jämlik hälsa	26
Det tidiga livets villkor	27
Arbetslivets villkor	28
Gemenskap och inkludering	29
Inflytande och delaktighet	30
En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård	31
Levnadsvanor	31
Psykisk hälsa	32
Blekingekommissionens avslutande tankar	32
4. KOMMISSIONÄRERNAS EGNA REFLEKTIONER	34
5. REFERENSER	37
6. BILAGA 1	40

Sammanfattning

Blekingekommissionens uppdrag är att lägga fram förslag till hur hälsoklyftorna i länet kan minska och att bidra till ökad medvetenhet bland viktiga aktörer i länet.

Kommissionen har strävat efter att utgå från respekten för den enskilda individen och de mänskliga fri- och rättigheterna. Individens möjligheter att forma sitt liv i gemenskap med andra får inte begränsas av fattigdom, socialt arv, funktionsnedsättning eller andra bestämningsfaktorer som begränsar hens möjligheter i livet.

Kommissionen har genomfört dialogseminarier i samtliga kommuner, med patient- och brukarorganisationer samt med skilda expertgrupper. Dialogerna har aktualiserat folkhälsoarbetet och fördjupat kommissionens kunskap samt givit förslag till åtgärder samtidigt som kommissionens arbete har förankrats i kommunerna.

Blekinge har unika förutsättningar att möta framtiden: Ett litet län såväl till yta som folkmängd skapar stora möjligheter till en nära medborgardialog, till korta beslutsvägar inom förvaltningar och myndigheter samt för samverkan mellan olika samhällsaktörer kring gemensamma visioner, mål och strategier. Kommissionen lämnar flera förslag som innebär att Blekinge kan vara en pionjär och ett modellområde för utveckling av nya metoder och arbetssätt.

JÄMLIK HÄLSA ÄR VIKTIG FÖR INDIVID OCH SAMHÄLLE

Blekingekommissionen definierar begreppet hälsa som psykiskt och själsligt, fysiskt och socialt välbefinnande. Det speglar människans livssituation som helhet och behöver alltså inte vara liktydigt med att individen saknar funktionsvariation eller är befriad från sjukdomar och krämpor. God hälsa innebär att varje individ har resurser att möta vardagens utmaningar och att det finns väl fungerande stöd i samhället.

Ett gott samhälle investerar i medborgarnas hälsa. God hälsa genom hela livet leder till ökad livslängd med fler hälsosamma år till livet. Det är av stor betydelse för den enskilda människan, för välfärdsutvecklingen och samhällsekonomin.

Det finns dock fortfarande stora hälsoskillnader mellan olika grupper i samhället – skillnader som medför att den förväntade medellivslängden kan skifta flera år mellan olika grupper i samhället. Människor med lägre utbildning och lägre inkomst lever kortare liv. Bristande ekonomiska förutsättningar, låg utbildning, arbetslöshet, funktionsvariation, invandrarbakgrund är några faktorer som riskerar att göra människor mer utsatta än andra för ohälsa och sjukdomar. Det är levnadsvillkor som också riskerar att leda till mer ohälsosamma levnadsvanor.

DIGITALISERING

Digitaliseringen påverkar i allt större utsträckning människors liv. Den påverkar levnadsvanor och sätt att kommunicera, utbildning och affärsutveckling, organisering av företag och organisationer, utbudet av välfärds-tjänster. Varje organisation måste ha kompetens att aktivt analysera den tekniska utvecklingens konsekvenser och att vara lyhörd för hur den kan utveckla den egna verksamheten. Stor vikt måste läggas vid kompetensförsörjning.

Inom vård och omsorg riktas fokus mot vårdtagarens möjligheter att få stöd i hemmet snarare än vid institutionsvård. Nya tjänster och applikationer lanseras kontinuerligt för att utifrån ett etiskt förhållningssätt tillämpa och utveckla tjänster och digitala verktyg i syfte att stödja hälsa.

Kommissionen uppmuntrar den målsättning som Landstinget i Blekinge uttalar: att bli landets första helt digitala landsting. Digitalisering och nya tjänster som berör vårdinformation och kommunikation innebär ett stort och viktigt steg framåt. Digitaliseringens fördelar bidrar till ett hälsofrämjande arbete och till utjämning av hälsoklyftorna.

FOLKHÄLSANS UTVECKLING

Folkhälsomyndigheten följer regelbundet folkhälso-utvecklingen i landet genom indikatorer inom områden såsom livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. *Folkhälsans utveckling, årsrapport 2017* formulerar en oroande bild av verkligheten som sannolikt också har relevans för Blekinge. Rapporten beskriver följande;

- ”Det finns en social gradient i hälsa som innebär att människors hälsa i allmänhet är sämre ju lägre socio-ekonomisk position de har. Resultaten tyder på att den sociala gradienten har vuxit under de senaste tio åren, framför allt när det gäller olika mått på dödlighet. Ohälsan är nästan genomgående större bland personer med förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå än bland personer med eftergymnasial utbildning.
- Det finns tecken på att den psykiska ohälsan ökar, framför allt bland unga och bland personer med högst förgymnasial utbildning.
- Övervikt och fetma är ett växande folkhälsoproblem. Ungefär hälften av befolkningen i åldern 16–84 år har i dag övervikt eller fetma.”

Blekingekommissionen konstaterar vidare att det finns ett antal sociala utmaningar som påverkar folkhälsan i Blekinge. Dessa utmaningar kan enklast beskrivas som ensamhet, utanförskap, segregation och stora behov av insatser för integration och inkludering.

Kommissionen framhåller levnadsvanornas betydelse för individens hälsa och för en god folkhälsa. De fyra levnadsvanor som bidrar till en femtedel av den samlade sjukdomsburden i Sverige är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet samt ohälsosamma matvanor. Kommissionen betonar att individen har ett självklart ansvar för sin egen hälsa men inte bör lämnas ensam och utan stöd med detta ansvar. Genom ökad kunskap om hälsosamma levnadsvanor möjliggörs individens val till en hälsosam livsstil som minskar risken att drabbas av sjukdom.

Kommissionen vill framhålla att strävan efter god hälsa också är ett ansvar för samhället i vid mening. Ett ideal bör vara att samtliga samhällsaktörer inser sitt ansvar för folkhälsan och individens behov av stöd genom livet för att kunna upprätthålla en god hälsa.

Blekingekommissionen gör en fördjupad analys av hälsoläget i Blekinge. Utgångspunkten har varit studier av de kartläggningar som gjorts angående hälsoläget i länet. Analysen omfattar viktiga områden som medellivslängd, befolkningsförändringar, barn och ungas situation, utbildningens och arbetslivets betydelse för människors hälsa, de sociala relationernas avgörande inverkan på människors trygghet, hälsa och välbefinnande. Kommissionen framhåller att för att uppnå en jämlik hälsa är kontroll över sitt eget liv, tillit till andra, inflytande och delaktighet i samhället, centrala områden. Användandet av digital teknik är en viktig faktor för att uppleva delaktighet.

Analysen omfattar även invånarnas levnadsvanor och utbredningen av folksjukdomar i länet. Ett positivt

exempel enligt *Folkhälsorapport Blekinge 2014* är att Blekinge ligger lågt i jämförelse med riket när det gäller intag av alkohol¹.

Ett viktigt konstaterande är att jämfört med riksgenomsnittet lever en större andel av befolkningen i Blekinge med något sämre livsvillkor än riket som helhet. Det finns även skillnader i livsvillkoren mellan kommunerna i Blekinge, speciellt när det gäller utbildningsnivå, levnadsvanor, sociala relationer och barnfattigdom. Ett ytterligare konstaterande är att kvinnors hälsa i Blekinge genomgående kan beskrivas som sämre än männens, detta avseende måtten ohälsotal, sjukpenningtal och självskattad hälsa. Vidare synes högutbildade må bättre än lågutbildade, högavlönade må bättre än lågavlönade.

Kommissionen konstaterar vidare att bristen på jämställdhet mellan kvinnor och män, pojkar och flickor påverkar hälsan negativt genom en rad faktorer som diskriminering, mäns våld mot både kvinnor och män, ojämlig fördelning av makt och resurser samt genom brist på inflytande över den egna hälsan beroende på könstillhörighet.

En oroande beskrivning är att den psykiska ohälsan ökar bland unga. I gruppen hbtq-personer rapporteras en högre psykisk ohälsa i form av oro, ångslan, ångest. Självmodsförsök är dubbelt så vanligt bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Bland utrikes födda bedöms det allmänna hälsotillståndet som sämre jämfört med inrikes födda, detta gäller både män och kvinnor.

Det finns också indikationer på att en tredjedel av flyktingarna i Sverige lider av någon form av psykisk ohälsa som depression och posttraumatiskt stressyndrom. Många har också funktionsvariationer.

KOMMISSIONENS FÖRSLAG

Blekingekommissionens förslag syftar till att överbygga de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Denna strävan kräver vision, strategier och åtgärder på flera viktiga målområden samt investeringar i god hälsa. För att uppnå jämlik hälsa krävs målmedvetenhet och långsiktighet.

VISION FÖR JÄMLIK HÄLSA I BLEKINGE

Kommissionen formulerar en vision som utgår från att det är möjligt att nå enighet om att god hälsa är rätten att leva i ett inkluderande samhälle där varje individ har möjlighet att forma sitt liv tillsammans med andra.

”Ett helt liv i Blekinge – psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande i ett samhälle präglad av gemenskap, framtidshopp och respekt för mänskliga rättigheter.”

STYRNING OCH LEDNING

Blekingekommissionen betonar vikten av en effektiv strategisk styrning när det gäller att minska klyftorna på hälsaområdet.

Kommissionen föreslår skapandet av en politisk "ledningsgrupp" som bör bestå av ledande politiker från landstinget, regionen och respektive kommun. Den ansvarar för det gemensamma arbetet med att minska hälsoklyftorna och för nödvändig samverkan mellan länets olika aktörer.

Kommissionen föreslår vidare bildande av ett övergripande Blekingeforum som samlar aktörer från olika delar av länets samhällsliv. Syftet ska vara att bidra till att göra arbetet för folkhälsa till en handlingsinriktad angelägenhet även för arbetsmarknadens parter och för folkrörelser och andra idéburna organisationer.

Länsgemensamma resurser bör avsättas för förebyggande arbete.

STRATEGISK PLAN FÖR JÄMLIK HÄLSA

En långsiktig handlingsplan med syfte att minska hälsoklyftorna bör arbetas fram.

Handlingsplanen bör ersätta den nuvarande folkhälsopolicyns roll som sträcker sig fram till och med 2018.

Handlingsplanens principer bör fastställas av respektive fullmäktigeförsamling för att därmed bli förankrad i hela länet. Den långsiktiga handlingsplanen bör efter fastställande översättas till årliga planer med nyckeltal för olika områden som gör det möjligt för uppföljning för den politiska "ledningsgruppen".

Arbetet med den nya planen bör inledas i början av 2018. Det bör växa fram i en dialog där också medborgarna kan engageras.

MÅL FÖR HÄLSANS UTVECKLING I LÄNET

Den ojämlika hälsan ska vara borta inom en generation. Ett antal uppföljningsbara mål på medellång sikt bör formuleras. Exempel på mätbara indikatorer är ohälsa- och sjukpenningtal, självupplevd hälsa och folksjukdomar i Blekinge. Dessa bör redovisas uppdelat på kön, ålder och om möjligt med koppling till socioekonomi.

Blekingekommissionen föreslår följande målområden.

- Det tidiga livets villkor.
- Arbetslivets villkor.
- Gemenskap och inkludering.
- Levnadsvanor.
- Psykisk hälsa.
- Inflytande och delaktighet.
- En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Kommissionen lämnar förslag till länsgemensamma strategier med exempel på konkreta åtgärder inom

respektive målområde. I några fall formuleras även förslag på områden för uppföljningsbara mål.

DET TIDIGA LIVETS VILLKOR

Arbetet för att skapa jämlik hälsa måste börja med barn och unga. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa behöver alla barn ges förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla sina förmågor.

Kommissionen föreslår tillskapandet av en länsgemensam strategi för en förbättrad barn-, elev- och ungdomshälsa. Därmed skapas möjligheter att bättre följa barns hälsa under hela deras uppväxt och att kunna anpassa insatser.

Inom ramen för denna strategi föreslår kommissionen bland annat att Blekinge blir ett "pilotlän" för en sammanhållen mödra-, barn-, elev- och ungdomshälsa, att barns och ungas livsvillkor kartläggs samt att familjecentraler som bygger på samverkan mellan kommun och landsting inrättas.

Kommissionen föreslår tillskapandet av en länsgemensam strategi för en hälsofrämjande utbildning med syfte att vardagen inom utbildningen utvecklas till att vara en stödjande och främjande fysisk och psykosocial miljö.

Kommissionen utgår från att utbildning är en viktig arena för lokalt hälsofrämjande arbete där det är möjligt att påverka hälsans bestämningsfaktorer på ett systematiskt sätt. Elevhälsan har en viktig roll i det långsiktiga arbetet för en god lärandemiljö. Inom ramen för denna strategi föreslås bland annat att hälsoundervisning bör vidareutvecklas och integreras i andra ämnen, att den kompetens som finns inom kontaktyrken där barn och unga är målgruppen bör tillvaratas samt att metoder att nå vårdnadshavare till nyanlända elever bör utvecklas.

ARBETSLIVETS VILLKOR

Arbete och hälsa hör ihop. Kommissionen utgår från övertygelsen att alla människor vill finna sin plats också inom arbetslivet och känna att de är inkluderade i samhällsgemenskapen. Kommissionen betonar vikten av att det finns arenor där människor kan utvecklas utan att ha en formell anställning.

*Kommissionen föreslår tillskapandet av en läns-
gemensam strategi i samspel med arbetsmarknadens parter och
offentliga beslutsfattare som syftar till att förenkla möjlig-
heterna för människor att få arbetspraktik och arbete
och till att inte förlora fotfästet på arbetsmarknaden.*

Inom ramen för denna strategi föreslår kommissionen inrättandet av arbetsplatspraktik med systematik och målinriktad samordning mellan skola och arbetsliv samt att behovet av praktikplatser beaktas vid offentlig upp- handling som ett krav vid större offentliga upphandlingar.

GEMENSKAP OCH INKLUDERING

Det är viktigt att planera för ett samhälle som präglas av tillgänglighet, gemenskap och inkludering. Det kräver åtgärder som bryter segregationen och som bidrar till inte- gration och skapandet av gränsöverskridande mötesplatser. En levande landsbygd spelar en viktig roll när det gäller integration och folkhälsa. Kommissionen betonar vikten av en fungerande och tät lokaltrafik, åtgärder för ökad tillgänglighet till det offentliga rummets mötesplatser och till olika arrangemang.

*Kommissionen föreslår tillskapandet av en läns-
gemensam strategi för bryta segregationen i länets
kommuner.*

Blekingekommissionen föreslår inom ramen för denna strategi bland annat utvecklandet av handlingsprogram för att bryta segregation och förbättra boendets sociala villkor, att olika upplåtelseformer blandas för att minska segregationen, att verksamheter som är generationsöver- skridande utvecklas och får prioritet samt att hinder för tillgänglighet för personer med funktionsvariation undanröjs.

*Kommissionen föreslår en läns-
gemensam strategi för att skapa förutsättningar för en ökad inte-
grering gällande boende, arbete, utbildning och
sambandskunskap.*

Asyl- anhörig- och arbetskraftsinvandringen till Blekinge bidrar till ett kulturellt, socialt och ekonomiskt rikare län. Det ställer också länet inför framtida utmaningar som måste vändas i möjligheter.

Kommissionen föreslår bland annat inom ramen för denna strategi att integrationsprocessen för nyanlända påbörjas tidigt och sker likvärdigt i länet genom regionala sam- arbeten, att undervisning i svenska skapas tidigt och att möjligheter till arbetspraktik erbjuds. Det är vidare viktigt att tidigt i etableringsfasen ta upp frågor om levnads- vanor. En dialog bör inledas med länets utövare av utbild- ning gällande möjligheterna att inom ramen för det fria skolvalet blanda barn från olika geografiska områden.

INFLYTANDE OCH DELAKTIGHET

Det är viktigt att mobilisera och ta vara på viljan till människors ansvarstagande för samhället och för den egna livssituationen. Alla ska inkluderas.

*Kommissionen föreslår tillskapandet av en läns-
gemensam strategi för medborgardialog.*

Ett effektivt arbete för jämlik hälsa måste präglas av medborgardialog. Medborgardialog ställer krav på aktö- rerna att förvalta det som kommer ur dialogen. Inom ramen för denna strategi föreslås att en systematisk med- borgardialog bedrivs som en dimension i strävan att utjämna hälsoklyftorna.

*Kommissionen föreslår skapandet av en överens-
kommelse med det civila samhället om dess viktiga
roll för att minska hälsoklyftorna i länet och skapa ett
samhälle som präglas av gemenskap och inkludering.*

Civilsamhället med dess mångfald av idéburna organisa- tioner bör inlemmas i samarbetet kring barnens framtid. Det civila samhället bör ha ett tydligare jämställdhets- och jämlikhetsfokus för att bli tillgängligt för alla oavsett socioekonomisk bakgrund och kön. Kommissionen före- slår en dialog med länets civilsamhälle för att i samverkan skapa en överenskommelse som utgår från vad man kan uträtta tillsammans med ömsesidig respekt mellan parterna.

EN JÄMLIK OCH HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Hälso- och sjukvården ska bidra till att förebygga ohälsa. Patienter ska också informeras om metoder för att före- bygga sjukdomar och skada.

Kommissionen betonar vikten av att sjukvården integrerar ett sjukdomsförebyggande perspektiv i det löpande arbetet. Det är viktigt att sjukvårdens tjänster och insatser görs jäm-

likt och jämställt. Satsningen på E-hälsa är en del av en personcentrerad, säker, jämlik och tillgänglig vård som främjar delaktighet och fokuserar på personens och närståendes kunskap och behov. Kommissionen understryker vikten av att landstingets arbete med att framtidens hälso- och sjukvård ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt.

Kommissionen föreslår tillskapandet av en läns gemensam strategi för att stärka vårdens roll i arbetet för att minska hälsoklyftorna.

Blekingekommissionen betonar vikten av samverkan mellan de olika enheterna inom hälso- och sjukvården samt mellan kommuner och landsting för att få ett bättre och effektivare utbud när det gäller primär och sekundär prevention. Inom ramen för denna strategi föreslås bland annat att primärvården lyfts upp som en viktig dirigent för ett bra folkhälsoarbete samt att riktade hälsosamtal införs i ett antal åldersgrupper i befolkningen med syfte att förebygga den ökade förekomsten av till exempel hjärt-kärlsjukdom, cancer, övervikt och psykisk hälsa i Blekinge.

LEVNADSVANOR

Arbetet för jämlik hälsa ska bidra till färre patienter i sjukvården. En viktig väg är att möjliggöra för individen att ta egna beslut för en hälsosam livsstil med goda levnadsvanor. Det skapar förutsättningar för människor att kunna bryta det sociala arvet och livsvillkor och sociala bestämningsfaktorer som ofta påverkar människors hälsa. Att påverka levnadsvanor är att ge människor verktyg att kunna hantera sina liv trots ett svårt utgångsläge, det är inte liktydigt med att stigmatisera eller att moralisera över hur människor lever sina liv.

Kommissionen föreslår att en läns gemensam strategi utvecklas för att uppmuntra att en hälsosam livsstil tillskapas.

Kommissionen föreslår inom ramen för denna strategi att landstinget Blekinges vårdprogram för levnadsvanor ska vara vägledande för arbetet med primär- och sekundärprevention.

PSYKISK HÄLSA

Blekingekommissionens analys visar att den psykiska ohälsan ökar och att den går djupare ner i åldrarna. Mot

denna oroande bakgrund betonas vikten av åtgärder för att förbättra den psykiska hälsan.

Kommissionen föreslår att en läns gemensam strategi för psykisk hälsa formuleras.

Kommissionen föreslår bland annat inom ramen för denna strategi att nollvisionen för självmord blir vägledande för arbetet samt att möjligheten prövas för skapandet av ett kompetenscentrum för området psykisk hälsa för att bland annat åstadkomma ett breddat analysarbete.

1.

Inledning

KOMMISSIONENS FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Kommissionen har strävat efter att utgå från respekten för den enskilda individen och de mänskliga fri- och rättigheterna: Respekten för varje människa, för varje människas värde och värdighet och för att varje människa ska ha möjlighet att så långt det är möjligt forma sitt eget liv i gemenskap med andra.

Individens möjligheter att forma sitt liv får inte begränsas av fattigdom, socialt arv, funktionsvariation eller andra bestämningsfaktorer som begränsar hans möjligheter i livet. Ingen människa får heller göras till någon som är namnlös och ansiktslös i ett kollektiv.

Detta synsätt präglar Förenta Nationernas deklaration om de mänskliga fri- och rättigheterna, dess konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning liksom den globala agendan för 2030 som kommer att vara vägledande för den svenska samhällsutvecklingen under de kommande åren.

Kommissionen vill betona begreppet solidaritet i sammanhanget – ett ord som understryker det gemensamma ansvaret för ett bra och inkluderande samhälle. Begreppet solidaritet rymmer två dimensioner: dels ett löfte om andras empati och medkänsla den dag var och en av oss behöver stöd, sjukvård, omsorg och dels en maning att var och en av oss har en skyldighet att dela med sig och att ställa upp för medmänniskan. Engagemanget för den enskilda människan bör vara vägledande när samhället utformas och utvecklas.

KOMMISSIONENS ARBETSSÄTT

Uppdraget

Blekingekommissionens uppdrag har varit att lägga fram förslag till hur hälsoklyftorna kan minska och att bidra till ökad medvetenhet bland viktiga aktörer i länet. Särskild hänsyn har tagits till socioekonomiska förhållanden och genusperspektiv. Kommissionen har i enlighet med

direktiven strävat efter att utforska villkoren för individer som är sårbara utifrån genus- och socioekonomiska perspektiv. Detta kan innefatta barn och unga, personer med utländsk bakgrund, personer med missbruk och beroende, människor med funktionsvariation, personer med psykisk ohälsa, äldre, lågutbildade samt arbetslösa.

Kommissionen har också utgått ifrån att kvinnor och män inte bara är fysiskt olika, utan också att samhället och omgivningen behandlar personer på skilda sätt beroende på vilket kön personerna uppfattas ha.

Genom att tillsätta personer i kommissionen med erfarenheter från olika samhällsområden ville landstingets styrelse pröva nya perspektiv. Kommissionens ledamöter tillsattes för att gestalta kunskande och erfarenheter som ligger utanför det nuvarande folkhälsoarbetet. Det formulerades därmed en tydlig förväntan att kommissionens rapport ska föreslå breda och strategiska åtgärder som är relevanta för länets framtida folkhälsoarbete.

Dialog och samverkan

Blekingekommissionens strävan har varit att våga vara visionär och att tänka nytt och samtidigt använda sig av det arbete som andra aktörer har gjort tidigare. Uppdraget har präglats av öppenhet och ett holistiskt perspektiv och utgått från dialoger och samverkan.

Ett syfte har varit att öka medvetenheten hos andra aktörer i länet. Det har därför varit viktigt att få ta del av det nuvarande folkhälsoarbetet som bedrivs i samverkan mellan kommuner, landsting, Region Blekinge och Länsstyrelse liksom de kunskaper och erfarenheter med skilda perspektiv som andra aktörer står för. Mot denna bakgrund har kommissionen genomfört dialogseminarier i samtliga kommuner. Dialogerna har bidragit till att aktualisera folkhälsoarbetet, fördjupa kommissionens kunskap och att ge förslag till åtgärder samtidigt som kommissionens arbete har förankrats i kommunerna.

Syftet har också varit att lyssna och förstå hur de olika aktörerna arbetar med frågorna idag, vilka hinder som finns och inom vilket område de anser att fokus bör ligga för att nå en mer jämlik hälsa. Kommissionen har vidare mött representanter för kommunala förvaltningar, patient- och brukarorganisationer samt ledande politiker.

För att få ytterligare kunskaper och kännedom om pågående verksamheter och initiativ har kommissionen också genomfört expert- och dialogmöten med representanter för Länsstyrelsen, Region Blekinge och Landstinget Blekinge samt med landstingets pensionärsråd och läns-handikappråd.

Kommissionen konstaterar att det finns ett stort engagemang, intresse och vilja hos alla aktörer att bidra till att minska hälsoklyftorna. Dialogmötena har utgjort en viktig grund för kommissionens överväganden och förslag.

KOMMISSIONENS UTGÅNGSPUNKTER

Blekinges unika förutsättningar

De globala förändringarna påverkar vår framtid. Det gäller till exempel migration, klimathot, konflikter, krig och katastrofer, resistens mot antibiotika och eventuella pandemier. Det är lätt att låta sig nedslås men kommissionen vill slå an en förhoppningsfull ton: Blekinge har unika förutsättningar att möta framtiden. Vi är ett litet län såväl till yta som till folkmängd, vilket skapar stora möjligheter till en nära medborgardialog, korta beslutsvägar inom förvaltningar och myndigheter samt för samverkan mellan olika samhällsaktörer kring gemensamma visioner, mål och strategier. Den unika möjligheten att lätt kunna överblicka länet och mötas gör det lämpligt att vara pionjär och ett modellområde i flera avseenden som till exempel utvecklandet av nya metoder och arbetssätt.

Det bör vara möjligt att nå enighet över politiska gränser och att åstadkomma samverkan mellan länets olika sektorer i frågor om rör befolkningens hälsa. Vidare bör det vara möjligt att skapa en gemensam vision för framtiden som vi kan samverka kring för att göra visionen till verklighet. Samverkan mellan och inom organisationerna måste därför inspireras och underlättas. Kommissionen vill särskilt framhålla att samverkan mellan samhällets olika sektorer, förvaltningar, myndigheter, näringsliv och civilsamhällets organisationer av olika slag har lyfts på samtliga dialogmöten. Detta bekräftar att det finns en bred förväntan och vilja till samverkan.

Jämlik hälsa är viktig för individ och samhälle

Blekingekommissionen definierar begreppet hälsa som psykiskt och själsligt, fysiskt och socialt välbefinnande. Det speglar människans livssituation som helhet och

behöver alltså inte vara liktydigt med att individen saknar funktionsvariation eller är befriad från sjukdomar och krämpor. God hälsa innebär att varje individ har resurser att möta vardagens utmaningar och att det finns väl fungerande stöd i samhället. En person kan leva med en eller flera allvarliga diagnoser men ändå uppleva hälsa och vice versa.

Kommissionen vill betona vikten av den goda hälsan även om det kan upplevas som en självklarhet. Ofta är hälsan förknippad med oberoende och integritet och med förhoppningar inför framtiden. För den enskilda människan är den goda hälsan omöjlig att överskatta. Det gäller inte minst för den som har skakats i sina grundvalar av egen eller närståendes sjukdom.

För samhället som helhet för ohälsa med sig stora samhällskostnader i form av vård, omsorg och bortfall av skatteintäkter. Förbättrad folkhälsa frigör resurser för andra viktiga satsningar i samhället. Kommissionens utgångspunkt är att ett gott samhälle investerar i medborgarnas hälsa. God hälsa genom hela livet leder till ökad livslängd med fler hälsosamma år till livet. Det är av stor betydelse för den enskilda människan, för välfärdsutvecklingen och för samhällsekonomin.

Den ojämlika hälsan

Det finns fortfarande stora hälsoskillnader mellan olika grupper i samhället. Ett uppenbart tecken på skillnader i hälsan är att den förväntade medellivslängden kan skifta flera år mellan olika grupper i samhället. Ett mönster som konstateras av den nationella kommissionen för jämlik hälsa är att människor med lägre utbildning och lägre inkomst lever kortare liv. Det kan befaras att för många av dessa människor präglas de sista åren i livet av ohälsa. Detta på grund av att samtliga stora dödsorsaker i befolkningen som helhet är vanligare bland personer med kortare utbildning. Det gäller sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdom, stroke, cancer, självmord och alkoholrelaterade diagnoser.

Människors hälsa påverkas således av deras utbildningsbakgrund och socioekonomiska förhållanden. Bristande ekonomiska förutsättningar, låg utbildning, arbetslöshet, funktionsvariation, invandrarbakgrund – är faktorer som riskerar att göra människor mer utsatta än andra för ohälsa och sjukdomar. Många av dessa levnadsvillkor riskerar också enligt forskning att leda till mer ohälsosamma levnadsvanor. Det handlar ofta om ett mönster som följer individen under hela livsresan. Det förs vidare genom vad som kan beskrivas som ett socialt arv och finns där ofta redan från barndomen och genom uppväxtåren.

Digitalisering

Digitaliseringen påverkar i allt större utsträckning våra liv och har därför varit en viktig utgångspunkt för kommissionen. Digitaliseringen påverkar samhällsutvecklingen på alla områden – människors levnadsvanor och sätt att kommunicera, utbildning och affärsutveckling, organisering av företag och organisationer samt utbudet av välfärdstjänster.

Teknikutvecklingen sker i hög hastighet. Arbetslivet ställs inför stora förändringar då robotutvecklingen ständigt avancerar och maskiner tar över arbetsuppgifter som idag utförs av människor. Samtidigt kommer nya arbeten och roller i arbetslivet att skapas. Oavsett framtida yrken kommer internet och den digitala tekniken att spela en viktig roll. Det innebär att varje generation tidigt måste bli kompetent inom digitaliseringens områden. Det innebär vidare att varje organisation måste ha kompetens för att aktivt analysera den tekniska utvecklingens konsekvenser och att vara lyhörd för hur den kan utveckla den egna verksamheten. Vikten av kompetensförsörjning måste få stor uppmärksamhet.

I takt med den digitala utvecklingen framträder tydliga trender inom vård och omsorg där fokus riktas mot vårdtagarens möjligheter att få stöd i hemmet snarare än institutionsvård.

Nya tjänster och applikationer lanseras kontinuerligt och allt fler vårdtagare får sitt första möte med vården i sin mobil eller via sin dator. Kommissionen gör reflektionen att samhällsmedborgarna blir mer angelägna som individer att ansvara för sin egen hälsa och att den möjligheten växer när hälsotjänster blir en del av vår digitala vardag.

Kommissionen delar den uppfattning som Blue Sciencepark – Blekinges plattform för bland annat innovation inom e-hälsa uttrycker:

"E-Hälsa kommer att vara en viktig del av lösningen på den demografiska utmaningen. Utvecklingen inom e-Hälsa spås innebära en av de största samhälleliga omvälvningarna sedan internet och mobiltelefonin."

Kommissionen vill understryka och uppmuntra den målsättning som Landstinget i Blekinge uttalar: att bli landets första digitala landsting. Detta innebär att det finns en klar vilja i Blekinge att dra nytta av digitaliseringens fördelar för ett mer jämlikt och hälsofrämjande arbete. Därmed tas ett stort steg framåt när det gäller digitalisering och nya tjänster som berör vårdinformation, kommunikation och andra områden som är viktiga för individernas hälsa.

2.

Fakta och analys

I detta kapitel avser Blekingekommissionen att inledningsvis beskriva det nationella perspektivet gällande samhällets hälsoklyftor för att därefter ingående beskriva situationen i Blekinge. Kapitlet inleds med att definiera några viktiga begrepp för förståelsen av jämlik hälsa och som lägger grunden för kommissionens överväganden och slutsatser.

DET NATIONELLA PERSPEKTIVET

Om begreppet hälsa

Hälsa är ett begrepp som kan definieras på många olika sätt. World Health Organizations (WHO) definition är den mest använda och även fastställd av Socialstyrelsen i Sverige. Definitionen innebär att hälsa är fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada². Det speglar människans livssituation som helhet och behöver alltså inte vara liktydigt med att en person är befriad från sjukdomar, skador eller funktionsvariation. En person kan alltså ha sjukdom men ändå uppleva hälsa och vice versa. God hälsa innebär ofta att individen har resurser att möta vardagens krav och att samhällets insatser bör utgå från att tillvarata individens egen förmåga att påverka sin hälsa. Forskning visar att människor behöver ha tilltro till den egna förmågan att hantera utmaningar i livet och att samhället behöver stödja människors tillit till sin egen förmåga^{3, 4}.

För Blekingekommissionen har WHO:s definition varit en viktig utgångspunkt för dess arbete.

Om begreppet folkhälsa

Medan begreppet hälsa kan beskrivas som ett individuellt mått utgör begreppet folkhälsa ett mått på en befolknings samlade hälsotillstånd. En individs hälsa påverkas av genetiska, sociala och ekonomiska faktorer, liksom av faktorer som individuella levnadsvanor och beteenden.

Dessa faktorer kallas för bestämningsfaktorer. Se figur 1. En del bestämningsfaktorer påverkar vissa grupper eller delar av befolkningen i högre grad än andra⁵. En god folkhälsa handlar om att hälsan bör vara så jämnt fördelad som möjligt i befolkningen och inte enbart vara god hos den enskilde.

Idag betonas folkhälsan av många internationella forskare som ett mått på social hållbarhet. I WHO:s rapport från 2008, *Closing the Gap in a Generation*, sätts målet att ojämlikhet i hälsa ska vara borta inom en generation⁶. En viktig faktor, enligt WHO, när det gäller att tolka ett samhälles välbefinnande är hur folkhälsan är fördelad i samhället, vilket innebär att den jämlika hälsan, inte enbart individens hälsa, är en avgörande faktor för hur väl utvecklat ett samhälle är.

Det är Blekingekommissionens uppfattning att jämlik hälsa enkelt uttryckt betyder att livsvillkor som står i vägen för människors möjligheter att leva ett bra liv är undanröjda.

Den svenska politiken på hälsoområdet ansluter sammanfattningsvis till WHO:s ovannämnda rapport och har därmed som långsiktigt mål att överbrygga de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. För att uppnå denna ambition måste jämlikhets- och jämställdhetsperspektivet tydliggöras och genomsyra samtliga politikområden på alla nivåer⁷.

Den svenska folkhälsopolitiken

Den svenska folkhälsopolitiken bygger på de förslag som presenterades av Nationella folkhälsokommittén år 2000 och den proposition som antogs av riksdagen 2003 och reviderades 2008[8]. Folkhälsopolitiken utgår bland annat från följande:

- Politiken ska skapa förutsättningar i samhället för en god hälsa på lika villkor i hela befolkningen.
- Det är särskilt angeläget att hälsan förbättras för de grupper som är mest utsatta för ohälsa.

- Folkhälsan påverkas och bestäms av människors livsvillkor, levnadsvanor och faktorer i samhällsmiljön.
- Livsvillkoren lägger grunden till levnadsvanorna.

Blekingekommissionen vill framhålla ett belysande citat ur folkhälsopropositionen från 2008⁸:

”Folkhälsoarbetet bör ha människans behov av integritet och valfrihet som grund och bygga på sambandet mellan hälsans villkor och individens förutsättningar. Det hälsofrämjande inslaget i det förebyggande folkhälsoarbetet bör betonas. Kommuner och landsting har en nyckelroll inom folkhälsoarbetet och bör i den egenskapen förbättra och utveckla sina metoder och verktyg. Barn och unga samt äldre är särskilt angelägna målgrupper för det hälsofrämjande folkhälsoarbetet.”

Folkhälsopolitiken utgår från att främjande och förebyggande åtgärder är prioriterade. Prioriterade grupper för hälsofrämjande åtgärder är barn, unga och äldre. Kommuner och landsting har en nyckelroll i folkhälsoarbetet.

Folkhälsoarbetet har stor bredd vilket speglas av att det utgår från elva utvecklingsområden:

1. Delaktighet och inflytande.
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar.

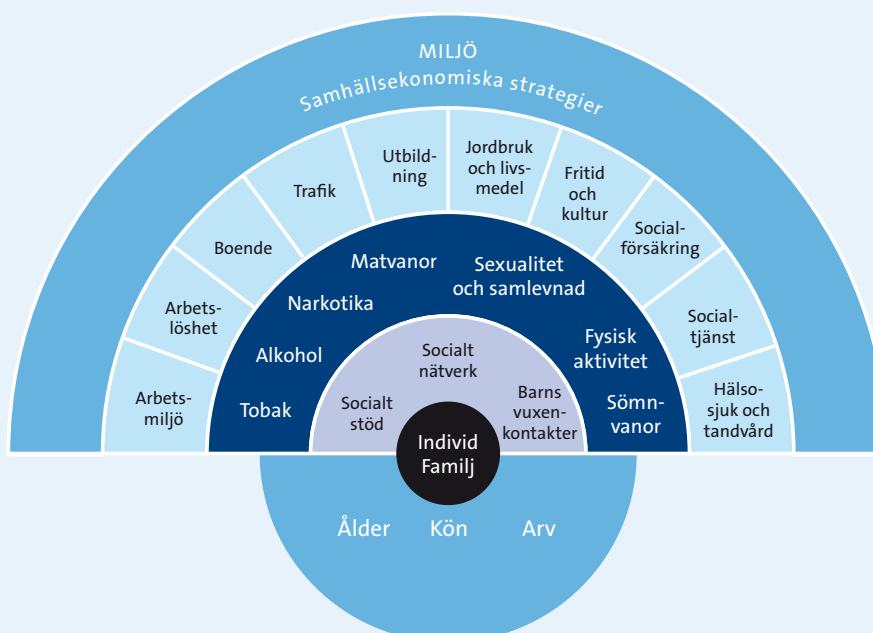
3. Barn och ungas uppväxtvillkor.
4. Hälsa i arbetslivet.
5. Miljöer och produkter.
6. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
7. Skydd mot smittspridning.
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa.
9. Fysisk aktivitet.
10. Matvanor och livsmedel.
11. Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel.

Den nationella kommissionen för jämlik hälsa föreslår i sitt delbetänkande (SOU 2017:4) att nuvarande elva målområden bör omvandlas till åtta⁹ – detta för att öka fokus på den jämlika hälsan i folkhälsopolitiken samt se till att samtliga målområden får samma genomslag. Nedan presenteras de åtta målområdena.

1. Det tidiga livets villkor.
2. Kompetenser, kunskaper och utbildning.
3. Arbete, arbetsförhållande och arbetsmiljö.
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter.
5. Boende och närmiljö.
6. Levnadsvanor.
7. Kontroll, inflytande och delaktighet.
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

FIGUR 1

Faktorer som påverkar hälsa. Källa: G. Dahlgren och M. Whitehead i Socialstyrelsens rapport Folkhälsan i Sverige årsrapport 2013



Folkhälsans utveckling i Sverige

Folkhälsomyndigheten följer regelbundet folkhälso-utvecklingen i landet genom ett flertal indikatorer inom områden såsom livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Exempel på indikatorer är utbildning, arbetslöshet, rökning, dödlighet och medellivslängd¹⁰.

Ytterligare sätt att få en uppfattning om hur befolkningen mår är att studera ohälsa- och sjukpenningtalet och självskattad hälsa.

Ohälsotalet är Försäkringskassans mått på frånvarodagar som ersätts från sjukförsäkringen under en tolv månadersperiod. Det mäts i antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning och sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare benämnd förtidspension) från socialförsäkringen, som relateras till antal registrerade sjukförsäkrade individer i åldern 16–64 år.

Sjukpenningtalet anger antal utbetalda dagar per år med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning eller rehabiliteringsersättning per registrerad försäkrad i åldrarna 16–64 år.

Självskattad hälsa är ett mått på individens egen uppfattning om sitt allmänna hälsotillstånd. Självskattad hälsa mäts på en femgradig skala som EU-länderna har enats om för att följa hälsans utveckling i Europa¹¹. Några faktorer som visat sig ha ett starkt samband med självskattad hälsa är ekonomiska förhållanden, utbildningsnivå, arbetslöshet, sociala relationer och levnadsvanor. Låg självskattad hälsa kan betyda en högre risk för framtida sjuklighet¹².

Folkhälsomyndigheten lämnar årligen en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer¹⁰. Den senaste rapporten visar att folkhälsan i Sverige, globalt sett, är god. Däremot är hälsan inte jämnt fördelad i befolkningen och ojämlikheten i hälsa mellan vissa grupper ökar.

Den nationella kommissionen för jämlik hälsa konstaterar att folkhälsorapporten *Folkhälsans utveckling, årsrapport 2017* formulerar en oroande bild av verkligheten¹⁰ som med stor sannolikhet också har relevans för Blekinge:

- ”Det finns en social gradient i hälsa som innebär att människors hälsa i allmänhet är sämre ju lägre socioekonomisk position de har. Resultaten tyder på att den sociala gradienten har vuxit under de senaste tio åren, framför allt när det gäller olika mått på dödlighet. Ohälsan är nästan genomgående större bland personer med förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå än bland personer med eftergymnasial utbildning.
- Det finns tecken på att den psykiska ohälsan ökar, framför allt bland unga och bland personer med högst förgymnasial utbildning.

- Övervikt och fetma är ett växande folkhälsoproblem. Ungefär hälften av befolkningen i åldern 16–84 år har i dag övervikt eller fetma.”

Den ojämlika hälsans socioekonomiska skillnader

Ojämlikhet i hälsa kan definieras på olika sätt, till exempel som skillnader i hälsa mellan grupper med olika social position. Det kan vara yrkesgrupper, utbildningsgrupper eller inkomstskikt. Nationella kommissionen för jämlik hälsa definierar ojämlik hälsa som systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika positioner. Vidare betonar den nationella kommissionen för jämlik hälsa att den ojämlika hälsan även handlar om skillnader mellan män och kvinnor, mellan människor med olika ursprung eller etnisk tillhörighet, mellan åldersgrupper och mellan människor i olika delar av landet¹³. Blekingekommissionen instämmer i denna bedömning.

Hur ojämlikhet i hälsa uppstår kan förklaras via olika modeller såsom Dahlgren och Whiteheads ”regnsbågsmodell”, Marmots ”livsförloppsmodell” eller Diderichsens ”ojämlikhetsmodell”. De olika modellerna visar att den ojämlika hälsan påverkas av hur olika förhållanden på samhällsnivå, lokal nivå och individnivå, via olika mekanismer och processer över livsförloppet, leder till skillnader i hälsa och livslängd mellan grupper i skilda sociala positioner¹³. Detta kan enkelt förklaras som att hälsan, men även specifika åkommor och sjukdomar, påverkas av de förhållanden och villkor som människor lever i och egenskaper i de miljöer de vistas i. Det kan handla om många saker, exempelvis den mat de äter, miljön de vistas i, utsatthet för buller och damm, och vilka ekonomiska och sociala resurser personen har att tillgå.

I delbetänkandet från den nationella kommissionen för jämlik hälsa ges en fördjupad förklaring över hur skillnader i ohälsa mellan grupper uppstår. Följande två processer samverkar:

”För det första är ett stort antal levnadsförhållanden och villkor kopplade till mentala och biologiska processer som i sin tur skapar ohälsa och förtida död. För det andra är dessa förhållanden och villkor kopplade till processer som skapar sociala skillnader”¹³.

Sociala utmaningar som påverkar folkhälsan

Blekingekommissionen har under sitt arbete kommit fram till slutsatsen att det finns ett antal sociala utmaningar som påverkar folkhälsan i Blekinge. Dessa utmaningar kan enklast beskrivas som ensamhet och utanförskap, segregation och stora behov av insatser för integration och inkludering. Integration är en social utmaning som handlar både om att integrera människor från olika nationer, kulturer, socioekonomiska grupper och om att skapa

samhörighet över generationer. Integrationsprocessen måste präglas av ömsesidighet.

I Västeuropa finns flest ensamhushåll i världen, cirka 33 %. Sverige ligger främst i statistiken med flest ensamhushåll per capita, 47 % i storstäderna, 36 % i genomsnitt. Det finns 4 miljoner hushåll i Sverige varav 1,5 miljoner är ensamhushåll. Ensamhushållen är vanligare bland svenskfödda än hos personer med utländsk bakgrund. Det är framförallt unga män och äldre kvinnor över 75 år som lever ensamma.

Det svenska samhället visar tecken på utanförskap. Ofta handlar det om de offentliga miljöerna där brist på tillgänglighet och exkluderande design står i vägen för gemenskap och möten mellan människor och som även utsätter människor med funktionsvariation för diskriminering. Det finns också enligt Blekingekommissionen starka tecken på att människor mobbas och utsätts för sexuella trakasserier på arbetsplatser och inom utbildningens värld. Detta är en bild som bekräftas av "Metoo-rörelsen".

Fyra levnadsvanor som påverkar hälsan

Blekingekommissionen vill framhålla levnadsvanornas betydelse för individens hälsa och för en god folkhälsa. De fyra levnadsvanor som bidrar till en femtedel av den samlade sjukdomsburden i Sverige är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet samt ohälsosamma matvanor. Det finns en tydlig koppling mellan sjukdom och ohälsosamma levnadsvanor¹⁴. Kommissionen vill betona att individen har ett självklart ansvar för sin egen hälsa men inte bör lämnas ensam utan stöd med detta ansvar. Genom ökad kunskap om hälsosamma levnadsvanor möjliggörs individens val till hälsosam livsstil vilket minskar risken att drabbas av sjukdom.

Kommissionen vill framhålla att strävan efter god hälsa också är ett samhällsansvar. Med detta avses samhället i vid mening och att det handlar om den offentliga sektorns ansvar, om det civila samhällets kunnande och engagemang, om företagens ansvar för goda arbetsplatser och mänskliga arbetsvillkor. Ett ideal bör vara att samtliga samhällsaktörer inser sitt ansvar för folkhälsan och individens behov av stöd genom livet för att kunna upprätthålla en god hälsa.

HUR MÅR BLEKINGEBORNA?

Blekingekommissionen har enligt uppdraget analyserat hälsoläget i Blekinge.

Denna breda analys av fakta och perspektiv med tonvikt på socioekonomi och genus tecknar bakgrunden till kommissionens slutsatser och förslag. Utgångspunkten är studier av de kartläggningar som gjorts angående

hälsoläget i länet. *Folkhälsorapport Blekinge 2014* som är den mest aktuella i sammanhanget bygger på en nationell befolkningsundersökning som genomfördes i syfte att få en bild av hur befolkningen mår och lever¹. Denna utgör ett stöd genom att skildra folkhälsan och dess utveckling över tid i Blekinge.

I *Folkhälsorapport Blekinge 2014* konstateras att jämfört med riksgenomsnittet lever en större andel av befolkningen i Blekinge med något sämre livsvillkor än riket som helhet. Det finns även skillnader i livsvillkoren mellan kommunerna i Blekinge, särskilt när det gäller utbildningsnivå, levnadsvanor, sociala relationer och barnfattigdom¹.

De statistiska uppgifterna i följande avsnitt är hämtade ur *Folkhälsorapport Blekinge 2014* om inget annat anges.

Ohälsotalen är högre i Blekinge än riksgenomsnittet. För kvinnor var ohälsotalen 2015 36 % jämfört med rikets 33,8 % och för män 22,9 % jämfört med rikets 22,4 %.

I maj 2017 var sjukpenningtalen för kvinnor i Blekinge 14,7 dagar och män 6,9 dagar. Detta kan jämföras med riket där kvinnors sjukpenningtal var 14,1 dagar och mäns 7,3 dagar. Skillnaderna mellan kvinnor och män i antalet sjukpenningdagar ökar¹⁵.

Den självskattade hälsan i Blekinge är ojämnt fördelad mellan könen. Kvinnorna i Blekinge mår generellt sett sämre än männen. Hela 66,7 % av kvinnorna och 75,9 % av männen uppgav att de upplever ett bra allmänt hälsotillstånd. Denna skillnad är större än riket som helhet där 71,2 % av kvinnorna och 75,7 % av männen uppger ett bra allmänt hälsotillstånd. Högutbildade mår bättre än lågutbildade, högavlönade mår bättre än lågavlönade.

Medellivslängd

Medellivslängden i Blekinge var 2015 för kvinnor 84,1 år (riket 84 år) och för män 79,6 år (riket 80 år). Skillnaden mellan könen är 4,5 år vilket stämmer överens med riket i övrigt¹⁶.

Medellivslängden är ett övergripande mått för att sammanfatta befolkningens hälsoläge och anger den genomsnittliga ålder en människa beräknas uppnå¹⁷.

Den förväntade medellivslängden kan skifta flera år mellan olika grupper i samhället. Medellivslängden ökar generellt bland annat på grund av minskad dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar och de fyra vanligaste formerna av cancer. Samtidigt ökar förekomsten av flera riskfaktorer, till exempel övervikt och fetma, liksom andelen individer som uppger att de har högt blodtryck¹⁸.

Utbildning är som tidigare konstaterats en faktor som har samband med medellivslängden¹⁷. Det finns påtagliga skillnader i hälsa och i medellivslängd mellan grupper med olika utbildning i Sverige. Skillnaden i återstående

medellivslängd mellan de som har förgymnasial utbildning och de som har eftergymnasial utbildning är sex år. Det gäller både män och kvinnor. Nationella kommissionen för jämlik hälsa påpekar att människor med lägre utbildning lever kortare liv¹⁸.

Befolkningsförändringar

Andelen äldre ökar i Blekinge län och med fler äldre i befolkningen följer fler sjukdomar och ett ökat vårdbehov. Blekinge har ett stort antal nyanlända som generellt har en sämre hälsa. Blekinge tog under 2015 emot nyanlända motsvarande 0,96 procent av länets befolkning.

Folkmängden i Sverige förväntas öka och enligt demografiska trender i västvärlden blir befolkningen allt äldre. Se figur 2. Med detta följer också fler sjukdomar och ett troligt ökat vårdbehov. Hur stort vårdbehovet blir kan bero på hälsofrämjande och förebyggande insatser som kan lägga fler friska år till livet. Behovet av tandvård ökar också på grund av en åldrande befolkning eftersom munhälsan påverkas av nedsatt immunförsvar och läkemedelsbehandling. Det stora antal nyanlända påverkar hälso- och sjukvården och de kommunala välfärdstjänsterna¹².

Barn och unga

Det saknas länsövergripande statistik för barn och ungas hälsa i Blekinge så Blekingekommissionen väljer därför att utgå från att hälsan hos unga i länet är jämförbar med riket.

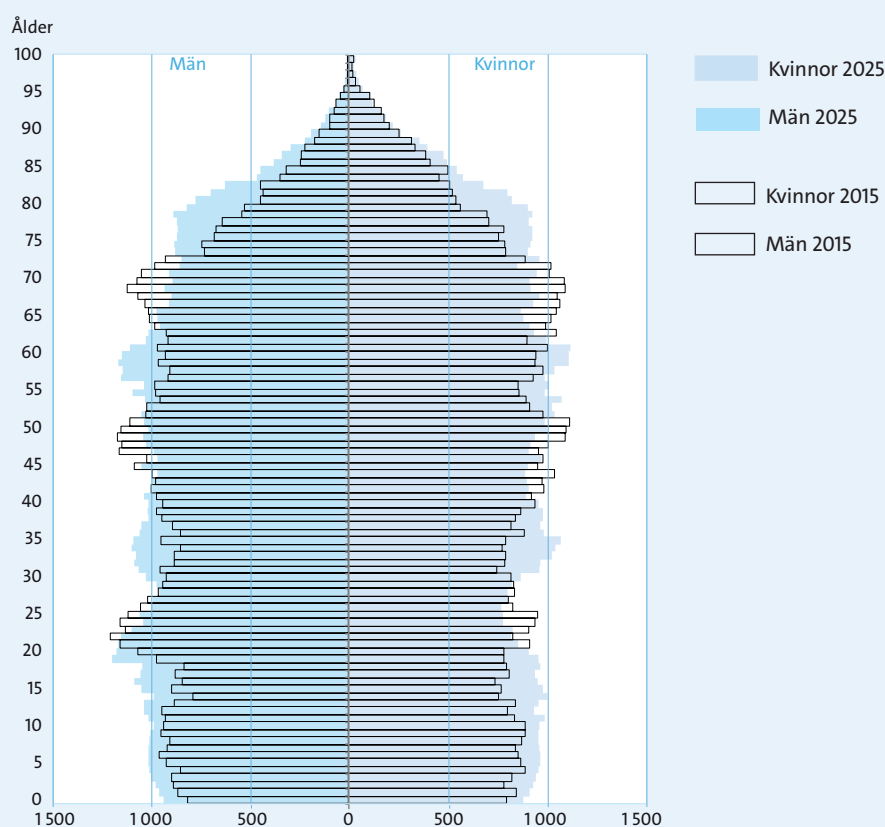
Kommissionen konstaterar att både landstinget och kommunerna arbetar aktivt med barns rättigheter i samhället genom insatser utifrån FN:s Barnkonvention.

Det finns en viktig koppling till barnkonventionen som slår fast att alla barn har samma rättigheter och lika värde, att barnets bästa ska beaktas i alla beslut som rör barn, att alla barn har rätt till liv och utveckling och att alla barn har rätt att uttrycka sin mening och få den respekterad¹⁹.

Generellt sett har barn och unga i Sverige goda sociala förhållanden och god hälsa, med det finns skillnader mellan och inom grupper och mycket grundläggs under barnets tidiga år. Blekingekommissionen vill framhålla att föräldrars sociala, ekonomiska och pedagogiska resurser spelar en avgörande roll för barnets utveckling. Barnets hälsa och utveckling påverkas redan i fosterlivet av de levnadsvanor och livsvillkor modern har under graviditeten¹⁸.

FIGUR 2

Befolkningsprognos för år 2025. Källa: SCB, bearbetad av Landstinget Blekinge.



Framtida levnadsvanor grundläggs också i barnaåren²⁰. Den nationella kommissionen för jämlik hälsa gör bedömningen att ojämlikhet i livsvillkor och möjligheter mellan olika familjer bidrar till att barn har skilda förutsättningar att utvecklas under tidiga livet^[18]. I WHO:s definition av hälsa inkluderas även tandhälsa som en betydelsefull komponent i en individs allmänna hälsotillstånd. Trots att hälso- och sjukvård och tandvård är kostnadsfri för barn och unga upp till och med det år de fyller 21, finns det sociala skillnader i tandhälsa bland barn i Sverige. När det gäller förekomsten av karies har familjens sociala status stor betydelse²¹.

För att ge föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och för att stärka föräldrars sociala nätverk finns föräldrastöd i offentlig regi. Länsstyrelserna har uppdraget att samordna och stödja arbetet med föräldraskapsstöd enligt den *Nationella strategin för ett utvecklat föräldrastöd*, en vinst för alla. Det övergripande målet är att alla föräldrar ska erbjudas föräldraskapsstöd under barnets uppväxt från 0–17 år. Stödet kan ges i form av olika metoder och av olika aktörer¹⁸.

Utbildning

Utbildningsnivån är lägre i Blekinge jämfört med riket. Andel med eftergymnasial utbildning är högst i Karlskrona, för kvinnor 56 % (riket 53 %) respektive för män 44 % (riket 39 %). Olofström har lägst andel invånare med eftergymnasial utbildning för kvinnor 35 % och för män 25 %.²²

Det finns ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och arbetslöshet. Högre utbildning innebär minskad risk för arbetslöshet. Låg utbildning är generellt kopplat till en låg social position i samhället enligt den nationella kommissionen för jämlik hälsa. Detta leder i sin tur till ökad risk för ohälsa och sämre livsvillkor. Befolkningens genomsnittliga utbildningsnivå har ökat i Sverige, under år 2014 hade drygt 80 % av befolkningen 35–74 år minst utbildning på gymnasienivå.

Utbildningens kvalitet ska enligt de utbildningspolitiska målen vara likvärdig och kompensera för elevers olika förutsättningar. Trots detta har vårdnadshavares utbildningsbakgrund och socioekonomiska bakgrund stor betydelse för elevens skolresultat. Vårdnadshavare förutsätts idag få ta ett allt större ansvar för att stödja sina barn i skolarbetet vilket undergräver förutsättningarna för likvärdighet¹⁸.

Under 2014 genomförde Folkhälsomyndigheten, på uppdrag av Regeringen, en analys av utbildningens betydelse för folkhälsan och för hälso- och sjukvården.

Folkhälsomyndighetens slutsatser var att¹⁰:

- ”1. Personer med låg utbildningsnivå har generellt sett sämre hälsa och sämre förutsättningar för god hälsa jämfört med högutbildade.
2. Denna grupp har blivit mer utsatt på arbetsmarknaden som förändrats till gruppens nackdel. Dessutom har gruppens sammansättning förändrats.
3. Utbildnings- och hälsorelaterade problem uppstår tidigt – och det går att se ett flertal samband mellan utbildningsnivå/studieresultat och hälsa.”

Blekingekommissionen vill understryka att Folkhälsomyndighetens årsrapport 2017 drar slutsatsen att hälsan utvecklas positivt i samtliga utbildningsgrupper men skillnaderna mellan grupperna ökar, speciellt har hälsan i grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning halkat efter. Detta gäller inom samtliga indikatorer såsom medellivslängd, självskattad hälsa, livsvillkor och levnadsvanor¹⁰.

Arbete

Den relativa arbetslösheten är högre i Blekinge än i övriga riket. Under sista kvartalet 2016 och första kvartalet 2017 var det i genomsnitt 10,4 % av Blekinges arbetskraft som var arbetslös jämfört med rikets 7,7 %. Under sista kvartalet 2016 och första kvartalet 2017 var i genomsnitt 19,5 % i åldern 18–24 år arbetslösa jämfört med riket där 11,3 % i samma åldersgrupp var arbetslösa. När det gäller siffror för första kvartalet 2017 så innebar det för Blekinges del en minskning jämfört med samma period 2016 då siffran var 23,1 %. Den höga arbetslöshetsnivån i Blekinge kan inte förklaras av en överrepresentation av unga och förgymnasialt utbildade eller utrikesfödda individer, eftersom dessa grupper inte är avvikande höga i Blekinges befolkning i åldern 16–64 år²³.

I Sverige ökade sysselsättningen medan arbetslösheten minskade under det andra kvartalet 2016. Arbetslösheten i riket var den lägsta nivån sedan 2008. Förbättringar på arbetsmarknaden syns främst bland inrikes födda, medan arbetsmarknaden för utrikesfödda inte visar på samma förbättring. Män har en högre sysselsättningsgrad jämfört med kvinnor men kvinnors arbetslöshet har minskat mer än männens. Bland unga är arbetslösheten högre²⁴.

Arbetsfördelningen mellan könen är ojämställd: kvinnor nyttjar mer föräldraledighet, ledighet vid vård av sjukt barn och arbetar mer deltid. Kvinnor har sämre möjlighet än män att göra karriär och avancera till högre positioner i yrkeslivet¹⁸.

Brist på arbete medför en högre ohälsa i form av ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom, ökad psykisk

ohälsa, alkoholrelaterad sjukhusinläggning samt försämrade levnadsvanor¹¹. En rapport från IFAU visar att även barns hälsa påverkas om föräldrarna har arbete eller inte²⁵. Barn med arbetslösa föräldrar löper i genomsnitt 17 % större risk att skrivas in på sjukhus än andra barn.

En god arbetsmiljö är en förutsättning för att arbete ska leda till god hälsa. Arbetsrelaterad ohälsa hos män förklaras av dålig fysisk arbetsmiljö, medan den hos kvinnor förklaras av psykosociala faktorer¹³. Det finns även en tydlig socioekonomisk fördelning av vilka som drabbas av arbetsorsakade besvär. Det är fler i gruppen med låg inkomst och kortare utbildning som drabbas jämfört med personer med hög inkomst och med eftergymnasial utbildning¹⁸.

Inkomst

Den genomsnittliga disponibla årsinkomsten (år 2014) är något lägre i Blekinge, drygt 198 000 kr jämfört med riksgenomsnittets 220 000 kr. Det är en tydlig skillnad mellan kvinnors och mäns disponibla inkomst 173 971 kr respektive 221 597 kr.

Barn som lever under fattigdomsgränsen finns i Blekinge, men länet som helhet ligger bättre till i jämförelse med riksgenomsnittet. Dock finns skillnader mellan kommunerna i länet¹².

Sociala relationer och utanförskap

De sociala relationerna i Blekinge är något svagare jämfört med riket. Detta kan förklaras med att tillgång till sociala nätverk är mindre hos dem som har en lägre socioekonomisk status.

I begreppet sociala relationer ingår delar som socialt nätverk, socialt stöd, socialt deltagande, tillit, integrering och socialt kapital. Det handlar om individens relationer till sin omgivning, till exempel kontakt med grannar och familj och om hur en person deltar i samhället. Begreppet soociala relationer speglar också om en person har någon att hålla om, tröstas av eller vara tillsammans med. De sociala relationerna har således en avgörande inverkan på människors trygghet, hälsa och välmående¹³.

Blekingekommissionen vill framhålla att individens kontroll över sitt eget liv, tillit till andra och inflytande och delaktighet i samhället är centrala områden för att uppnå en jämlik hälsa. Känslor av utanförskap och maktlöshet kan uppstå när individer eller grupper upplever att de saknar kontroll och inflytande, både över sitt egna liv och över utvecklingen av samhället. Tillgång till socialt stöd och socialt nätverk är lägre, generellt sett, i grupper med lägre socioekonomisk status²⁶.

Användandet av digital teknik kan vara en viktig faktor för att uppleva delaktighet och bidra till integration. I takt

med att föreningsliv, skola, myndigheter och så vidare digitaliserar sina tjänster måste även samhällsmedborgarnas möjligheter att bli inkluderade uppmärksammas. Enligt rapporten *Svenskar och Internet 2017* är det tydligt att digitalisering blivit en integrerad del av människors vardag då det handlar om exempelvis kommunikation, nöjen och lärande. 100 % av ungdomar mellan 16–25 år använder smartphones för att lyssna på musik, se film och kommunicera med vänner och omvärld. Hela 79 % av 2-åringar använder internet och användningen ökar sedan i takt med stigande ålder. Inom utbildning används allt mer digitala lösningar. Vidare framkom att 57 % i åldern 76 år och äldre, använder sig av digital teknik. Personer med enbart grundskoleutbildning eller de med årsinkomst under 300 000 kr, använder digital teknik i mindre utsträckning²⁷.

Blekingekommissionen har uppfattningen att integration är en social utmaning som handlar om att med ömsesidighet integrera människor från olika nationer och kulturer och om att skapa samhörighet över generationer. Det handlar enkelt uttryckt om en samhällsintegration som omfattar samtliga – kvinnor, män, barn, unga och äldre, individer med utländsk bakgrund liksom personer med funktionsvariation.

Genus och jämställdhet

Blekingekommissionen konstaterar att det finns skillnader mellan män och kvinnor i Blekinge, som påverkar hälsan. Skillnaderna är tydliga inom flera områden till exempel när det gäller ohälsotal, sjukskrivning, inkomst, utbildning och psykisk hälsa. Skillnaderna finns beskrivna under respektive område.

Begreppet genus används ofta för att skilja det socialt och kulturellt konstruerade från den biologiska könstillhörigheten. Kommissionen har som tidigare betonats utgått från att kvinnor och män inte bara är fysiskt olika, utan också från att samhället och omgivningen behandlar personer på skilda sätt beroende på vilket kön de uppfattar att personen har, och således påverkar vilka egenskaper denne utvecklar. Omgivningen förväntar sig vissa beteenden och egenskaper hos kvinnor respektive män, något som forskning visar får konsekvenser för hur vi sedan agerar. Från tidig ålder lär vi oss att uppfatta vad som är ”kvinnligt” respektive ”manligt”, och att anpassa oss därefter. Detta kallas genus, eller socialt kön, det vill säga det kön/den könsroll som vi blivit in socialiserade i²⁸.

Jämställdhet innebär att kvinnor och män har samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter, inom livets alla områden²⁹. Bristen på jämställdhet mellan kvinnor och män, pojkar och flickor påverkar hälsan negativt genom en rad faktorer som diskriminering, mäns våld mot både kvinnor och män, ojämlik fördelning av makt och resurser

samt genom brist på inflytande över den egna hälsan beroende på könstillhörighet³⁰.

Folksjukdomar

Folkhälsorapporten för Blekinge 2014 visar att i Blekinge drabbades 544 av 100 000 invånare i åldrarna 20–85 av akut hjärtinfarkt. Motsvarande siffra för riket var 432 per 100 000 invånare.

I Blekinge finns större andel personer med fetma, 15 % jämfört med riket 13,6 %.

För att definieras som ett folkhälsoproblem måste hälsoproblemet finnas hos minst en procent av befolkningen. Det måste även innebära allvarliga konsekvenser för befolkning och samhälle. Dessutom måste problemets uppkomst vara känd, och förebyggande åtgärder måste ha visat sig kunna reducera problemet. Det bör också finnas någon form av hälsoekonomisk bedömning.

I Sverige domineras de stora folksjukdomarna av hjärt- och kärlsjukdom, cancer, psykisk ohälsa, fetma och skador. När det gäller cancersjukdomar är insjuknande i bröstcancer vanligast bland kvinnor medan lungcancer ger upphov till flest dödsfall. Bland män är prostatacancer vanligast både när det gäller insjuknande och dödlighet³¹.

Levnadsvanor

Folkhälsomyndighetens kartläggning visar att Blekingeborna röker i något högre grad än genomsnittet i landet. Andelen dagligrökare i Blekinge 2015 är 11 % jämfört med rikets 10 %. En större andel unga kvinnor och kvinnor i åldern 41–60 år är dagligrökare i Blekinge. Blekinge har hög andel mammor som röker under spädbarnstiden jämfört med riket. Även andelen pappor som röker under spädbarnstiden är hög jämfört med riket. Det innebär att fler barn utsätts för passiv rökning³¹.

Blekingeborna är något mindre fysiskt aktiva: 61 % kvinnor och 67 % män. För landet som helhet är motsvarande siffror 64 % kvinnor och 67 % män³².

Nationella rekommendationer för goda matvanor är att äta mycket grönsaker och frukt. I Blekinge är det endast 11,6 % av kvinnorna och 7 % av männen som når målet att äta frukt och grönt minst fem gånger per dag. Jämfört med riksgenomsnittet har männen i Blekinge bättre värde³.

Enligt Folkhälsorapporten ligger Blekinge lågt i jämförelse med riket när det gäller intag av alkohol, vilket är mycket positivt. Utmaningen blir därför att behålla den låga konsumtionen i Blekinge.

Blekingekommissionen vill framhålla att levnadsvanor till exempel rökning, intag av alkohol, fysisk aktivitet och matvanor påverkar vår hälsa. Dessa skiljer sig åt beroende på social miljö, utbildning och ekonomiska förutsättningar.

Levnadsvanor påverkar våra stora folksjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, stroke, cancer, diabetes, lungsjukdomar och ryggbesvär¹⁰. En slutsats från den nationella kommissionen för jämlik hälsa är att¹⁸:

”Ojämlighet i hälsa börjar inte med levnadsvanor och kan inte lösas enbart i hälso- och sjukvården. Men det är viktigt att se att det omvända också gäller: utan att arbeta med levnadsvanor och en mer jämlik hälso- och sjukvård kommer vi inte att nå en jämlik hälsa.”

I juni 2017 publicerade Folkhälsomyndigheten en ny rapport på området; *Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterat till matvanor och fysisk aktivitet*³³. I rapporten konstateras att ohälsosamma matvanor utgör en av de största riskfaktorerna för ohälsa i Sverige. Hälften av de tio främsta hälsoriskfaktorerna är kopplade till matvanor och fysisk aktivitet. Fetma är nästan dubbelt så vanligt hos vuxna med för-gymnasial utbildning, jämfört med vuxna med eftergymnasial utbildning. Övervikt är vanligare bland barn i områden med låg utbildningsnivå och skillnaderna tenderar att öka. Sjukdomar kopplade till levnadsvanor står för en allt större del av samhällets kostnader. Enbart fetman kostar uppskattningsvis cirka 70 miljarder kronor per år.

Ungefär hälften av den vuxna befolkningen når upp till den rekommenderade fysiska aktivitetsnivån. Var tionde person tillhör en högriskgrupp vad gäller avsaknad av fysisk aktivitet. Personer med lägre utbildning har en mer stillasittande fritid. För matvanor ses samma mönster; de med lägre utbildning och lägre socioekonomisk position har sämre matvanor; det vill säga äter mer energitäta och näringsfattiga livsmedel och mindre hälsosamma livsmedel såsom fisk, frukt och grönt. Föräldrars, speciellt mammans utbildning har betydelse för barnens matvanor¹⁸.

Alkohol kan ge upphov till skador på både kort och lång sikt. Olyckor till följd av berusning är exempel på skador på kort sikt. Alkohol kan också vara en bidragande faktor till våldssituationer. Långsiktiga skador orsakade av alkohol är alkoholberoende och organskador som till exempel skrumplever. Alkohol orsakar ett stort antal sjukdomstillstånd och årligen vårdas i Sverige närmare 30 000 personer på grund av alkoholrelaterade orsaker, medan nästan 2 000 avlider på grund av alkoholrelaterad diagnos³⁴. En individs alkoholkonsumtion påverkar även omgivningen – genom trafikolyckor och sjukfrånvaro. I en enkätundersökning från 2013 svarade 15 % av svenskarna att de upplevt negativ påverkan av att någon i deras närhet druckit för mycket alkohol under det senaste året. I synnerhet yngre kvinnor rapporterade negativa konsekvenser av andras drickande³⁵.

Rökning ökar ojämlikheten i hälsa eftersom det är vanligare att människor som lever under sämre socio-ekonomiska förhållanden röker och därmed löper en högre risk att bli sjuka³⁶. Att röka ger upp till 30 gånger förhöjd risk för att få 58 olika sjukdomar. Varannan individ som röker dör i förtid – i genomsnitt tio år för tidigt. Det finns ingen nivå av daglig rökning som är utan hälsorisk för brukaren. Rökning går att förebygga och de åtgärderna är betydligt billigare att genomföra jämfört med vad rökningen kostar i mänskligt lidande och i samhällskostnader. Rökningen beräknas kosta det svenska samhället 30 miljarder per år. Att hjälpa människor att sluta röka framhålls idag som mycket viktigt av såväl internationella organisationer som FN, WHO och EU-kommissionen och nationella organisationer som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten³⁷.

Psykisk hälsa

I data från Folkhälsomyndigheten 2013–2016 uppgår 23 % av kvinnorna och 11 % av männen i Blekinge att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande³⁸. För riket är motsvarande siffror 21 % kvinnor och 14 % män.

Blekingekommissionen konstaterar att kvinnors psykiska hälsa är sämre än mäns och att den psykiska hälsan är både ojämförbar och ojämlig. Den psykiska ohälsan står för stor del av orsaken till sjukskrivning i form av ångest och depression²².

Inom flera områden utvecklas folkhälsan positivt men ett undantag är den psykiska hälsan. I begreppet psykisk ohälsa ingår flera olika aspekter av psykiska besvär såsom självrapporterade besvär, oro, ångest, depression och psykiatriska sjukdomar till exempel schizofreni¹³.

Besvär i form av ångest, oro eller ångest och nedsatt psykisk välbefinnande ökar i befolkningen. I åldern 16–84 år var det 19 % bland kvinnor och 13 % bland män som uppgav ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Mätning bland skolelever år 2013/14 visar att bland flickor i åldern 11, 13 och 15 år hade 29 %, 46 % och 57 % psykiska eller somatiska besvär. Siffror för pojkar i samma ålder var 20 %, 27 % och 31 %.

Blekingekommissionen noterar vidare med oro att den psykiska ohälsan ökar bland unga. Gruppen med enbart förgymnasial utbildning hade en sämre utveckling jämfört med de som hade en eftergymnasial utbildning. I gruppen hbtq-personer rapporteras en högre psykisk ohälsa i form av oro, ångest och depression.

Enligt Folkhälsostudien begick 7,5 antal per 100 000 invånare självmord i Blekinge, riket 8,5, år 2012–2016¹⁰. Bland personer med psykisk ohälsa ses inte samma ökade medellivslängd som hos övriga befolkningen. Till exempel ses hos patienter med depressionssjukdom att livslängden förkortas med drygt 20 år för kvinnor och 17 år för männen. Personer

med en psykiatrisk diagnos har en ökad dödlighet i somatiska (kroppsliga) sjukdomar jämfört med personer som inte har psykiatrisk sjukdom. De får i lägre utsträckning ta del av avancerade och livräddande insatser vid hotande hjärtinfarkt och får inte heller i samma utsträckning som andra ta del av förebyggande insatser vad gäller råd om levnadsvanor³⁹.

Tandhälsa

Hela 74,4 % av Blekinges befolkning anser sig ha en god tandhälsa och motsvarande siffra för riksgenomsnittet är 73,8 %. Fler kvinnor än män uppger sig ha en god tandhälsa. De med god ekonomi uppger sig ha en bättre tandhälsa än de som har ekonomiska svårigheter. I Blekinge är 94 % av 3-åringarna kariesfria (riket 96 %), vilket kan upplevas som en bra siffra men det är viktigt att betona att skillnaderna mellan kommunerna och mellan olika områden inom en kommun kan vara stora.

Tandhälsan är en viktig del av individens livskvalitet och välbefinnande i alla åldrar. Trots att tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats kvarstår betydande socioekonomiska skillnader. Därför är det viktigt att följa konsumtionen av tandvård och eventuella förändringar av tandhälsan. Karies hos barn kan vara en indikator på barnets allmänna hälsa.

Utsatta grupper

Det saknas statistik på skillnader i hälsa i Blekinge när det gäller utsatta grupper. Blekingekommissionen utgår från att hälsan i utsatta grupper är jämförbar med riket.

En viktig slutsats som tidigare konstaterats är att hälsan är ojämförbart fördelad i befolkningen. Den slutsatsen fördjupas ytterligare av att personer med funktionsvariation, hbtq-personer, personer med utländsk bakgrund och personer som tillhör nationella minoriteter har generellt sämre hälsa än befolkningen i övrigt¹⁰. Det berör allt från livsvillkoren, levnadsvanor och den psykiska hälsan.

Det finns indikationer på att en tredjedel av flyktningarna i Sverige lider av någon form av psykisk ohälsa som depression och posttraumatiskt stressyndrom. Många av dem har också funktionsvariationer. Bland utrikesfödda bedöms det allmänna hälsotillståndet som sämre jämfört med inrikes födda, detta gäller både män och kvinnor. Utbildningsnivån är en av förklaringarna till detta¹³. Socialstyrelsen gör bedömningen att behovet av sjukvårdsinsatser för dem som har flytt kommer att bestå på såväl kort som lång sikt¹².

Endast 42 % bland personer med funktionsvariation upplever sin hälsa som god, vilket kan jämföras med övriga befolkningen där 82 % upplever sin hälsa som god. En del av skillnaden kan förklaras av funktionsvariation i sig men en betydande del hänger ihop med riskfaktorer för ohälsa. Personer med funktionsvariation har svårare

att komma in på arbetsmarknaden och har därmed ofta låg inkomst. Levnadsvanorna skiljer sig åt för personer med och utan funktionsvariation. Stillasittande fritid, fetma och daglig rökning är vanligare bland personer med funktionsvariation.

Skillnader i hälsa mellan hbtq-personer och den övriga befolkningen finns, i synnerhet när det gäller psykisk hälsa. Blekingekommissionen vill understryka att självmordsförsök är dubbelt så vanligt bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Hälften av de personer som identifierar sig som transpersoner har någon gång försökt ta sitt liv. Riskbruk och beroende är större i gruppen kvinnor i samkönade äktenskap. För män i samkönade äktenskap finns en ökad förekomst av psykisk sjukdom.

Andra utsatta grupper är de fem nationella minoriteterna i Sverige; sverigefinnar, tornedalingar, judar, romer och samer. Då det inte görs datainsamlingar baserade på etnisk tillhörighet är det svårt att beskriva en rättvis bild av skillnader i hälsa. Utifrån rapporten *Hur mår Sveriges nationella minoriteter?* framkommer det att det finns utmaningar i form av diskriminering, utanförskap och arbetslöshet. Hälso-problemen är också olika i grupperna och det saknas data om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor¹³.

FOLKHÄLSOARBETET I BLEKINGE

Samverkan

För att nå framgång i folkhälsoarbetet sker samverkan mellan flera samhällsaktörer på både regional och nationell nivå.

Blekingekommissionen konstaterar att det finns stor insikt om behovet av samverkan och ett starkt engagemang och vilja till att ytterligare fördjupa samverkan.

På regional nivå samverkar idag länets kommuner, landstinget, länsstyrelsen, Region Blekinge, polisen, med flera. Viktiga arenor för samverkan är länets strategiska folkhälsogrupp och ANDT-nätverket Blekingesamverkan mot droger¹⁰. Samverkan sker också genom LSVO – Ledningssamverkan, vård och omsorg – avseende äldre-vård, individ- och familjeomsorg, funktionsvariations-området samt inom psykisk hälsa.

På nationell nivå deltar Ronneby kommun och Landstinget Blekinge i SKL:s nätverk för folkhälsochefer och folkhälsosamordnare.

Landstinget Blekinge är också aktiv medlem i det nationella nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård och i nätverken Uppdrag Hälsa och Hälsa och Demokrati som fokuserar på ledning och styrning ur ett befolknings- och behovsperspektiv.

Kommunerna

Kommunerna ansvarar för verksamhetsområden som är av stor betydelse för folkhälsan, till exempel trafik- och sam-

hällsplanering, utbildning, integration, vård och omsorg. Den länsgemensamma folkhälsopolicyn är utgångspunkt för kommunernas upprättande av lokala handlingsplaner.

Landstinget

Landstinget har ansvaret att driva det strategiska övergripande folkhälsoarbetet i länet, samordna insatser och att föra in ett folkhälsoperspektiv i det regionala utvecklingsarbetet. Landstingets ansvar är också att bidra till en god hälsa och lika livsvillkor i befolkningen samt att bidra till att hälso- och sjukvården är hälsoinriktad. Landstingets verksamhet möter stora delar av befolkningen i länet och har därför med sin expertkunskap möjlighet att påverka befolkningens hälsa och levnadsvanor.

Länsstyrelsen

Länsstyrelsen har som statlig myndighet bland annat uppdraget att samordna länets ANDTS-förebyggande arbete och att utöva tillsyn över alkohol och tobakslagen.

Från folkhälsosynpunkt är länsstyrelsens uppdrag inom samhällsplanering och miljöarbete betydelsefulla för skapandet av goda och trygga levnadsförhållanden och en långsiktigt hållbar livsmiljö för länets invånare.

Länsstyrelsen har också viktiga uppdrag i arbetet med integration, jämställdhet och våld i nära relationer. Länsstyrelsen kan även upphäva en detaljplan om den påverkar människors hälsa och säkerhet på ett negativt sätt.

Region Blekinge

Region Blekinge har som regionalt samverkansorgan ett övergripande uppdrag att verka för regionens utveckling och tillväxt. Uppdragen kommer dels från regeringen, dels från Landstinget och från Blekinges kommuner. I Blekingestrategin lyfts livskvalitet och en god folkhälsa fram och i denna utvecklingsstrategi finns naturliga beröringspunkter med övriga aktörer i länet.

Övriga aktörer i länet

Andra aktörer med en viktig roll i folkhälsoarbetet i Blekinge är Blekinge Tekniska Högskola, Blekinges Folkhögskolor, Polis, Räddningstjänst, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, näringslivet, Blekinge Idrottsförbund och andra idéburna organisationer. Samverkansformer utarbetas utifrån de prioriterade områdena i den länsgemensamma Folkhälsopolicyn¹¹.

Folkhälsopolicyn

Under 2013 formulerades en gemensam folkhälsopolicy av länets kommuner, Landstinget Blekinge, Region Blekinge och Länsstyrelsen.

Målet med samverkan är att förbättra Blekingebornas hälsa och utjämna de skillnader i hälsa som råder mellan olika grupper.

I faktabakgrund till Folkhälsopolicyn står:

”Folkhälsopolicyns syfte är att:

- skapa grunder för en långsiktig länssamverkan inom folkhälsoområdet samt beskriva hur denna samverkan organiseras
- klargöra politisk prioritering och inriktning, utan att detaljstyra eller vara begränsande, för verksamhet och handlingsplaner hos kommuner, landsting, länsstyrelse och region
- klargöra aktörernas ansvar att arbeta inom prioriterade områden inom folkhälsan.

Folkhälsopolicyn ska:

- utgöra en grund för planering och utformande av lokala och regionala handlingsplaner, genomförande och uppföljning av länets folkhälsoarbete
- ge hälsoaspekterna möjlighet att vägas in i beslut på alla nivåer.”

Folkhälsopolicyn utgår från fyra strategiska områden:

- Goda livsvillkor
- Psykisk hälsa
- Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel
- Hälsöfrämjande miljöer och levnadsvanor

Varje område har indikatorer för uppföljning.

En regional styrgrupp bestående av representanter på högsta beslutande tjänstemannanivå från länets kommuner, Landstinget Blekinge, Länsstyrelsen i Blekinge län samt Region Blekinge leder arbetet.

Uppdraget för det länsgemensamma folkhälsoarbetet formuleras utifrån politiska beslut. Till styrgruppen finns en länsövergripande arbetsgrupp knuten. Arbetsgruppen ska på styrgruppens uppdrag utveckla det länsgemensamma folkhälsoarbetet, vara ett forum för kunskapsutbyte och samverkan. Arbetet i arbetsgruppen ska ge förutsättningar till samsyn i folkhälsoarbetet på lokal nivå⁴¹.

ANDT-strategin

Det sker ett aktivt arbete i länet för att förebygga användning av alkohol, narkotika, doping och tobak (ANDT) samt att minska de skador och problem som användningen kan innebära. En regional ANDT-strategi är framtagen i samverkan mellan länsstyrelsen, Blekinges fem kommuner, landstinget och Polismyndigheten. Syftet är att förverkliga de nationella ANDT-politiska målen. Arbetet regleras genom de regeringsuppdrag länsstyrelsen får inom området.

Den regionala strategin följer samma struktur som den nationella för perioden 2016–2020 (prop. 2010/11:47) och fokus ligger på förebyggande arbete. Arbetet i länet leds av en styrgrupp bestående av ansvarig tjänsteperson i respektive organisation⁴².

Idrottspolitiskt program

I samverkan med Blekinges kommuner, Blekinge Idrottsförbund och landstinget har Region Blekinge tagit fram ett idrottspolitiskt program som ska bana väg för ett kraftfullt folkhälsoarbete i länet. Målet är att förbättra Blekingebornas hälsa och utjämna skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Ett regionalt idrottsprogram är naturligt kopplat till länets folkhälsopolicy och görs på uppdrag av regeringen⁴³.

3.

Kommissionens förslag

Blekingekommissionen kommer i det följande kapitlet att lämna förslag till vision för jämlik hälsa i Blekinge, till länsgemensamma målområden och strategier för arbetet med att utjämna hälsoklyftorna i Blekinge.

Det övergripande målet bör vara att överbygga och undanröja de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Kommissionens förslag syftar till att undanröja de hinder för god hälsa som uppstår under individens levnad. Det är särskilt viktigt av såväl mänskliga som samhällsekonomiska skäl att sätta in tidiga åtgärder. Det är kommissionens övertygelse att ett gott samhälle investerar i medborgarnas hälsa.

Landstingsstyrelsens direktiv och förväntningar på att bidra med erfarenheter och nya perspektiv har utgjort grunden för kommissionens arbete.

Kommissionens förslag formuleras mot bakgrund av kommissionärernas erfarenheter från skiftande samhällsområden och i dialog med olika aktörer som är verksamma i Blekinge. Det har också varit viktigt att inhämta kunskap och idéer från liknande kommissioner som genomgående haft möjligheter att arbeta under längre tid än Blekingekommissionen.

VISION FÖR JÄMLIK HÄLSA I BLEKINGE

För att förtydliga innebörden av jämlik hälsa i Blekinge har kommissionen formulerat en vision som utgår från att det är möjligt att nå enighet om att god hälsa är rätten att leva i ett inkluderande samhälle där varje individ har möjlighet att forma sitt liv tillsammans med andra.

"Ett helt liv i Blekinge – psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande i ett samhälle präglad av gemenskap, framtidshopp och respekt för mänskliga rättigheter."

STYRNING OCH LEDNING

Förslag till modell för styrning

Blekingekommissionen betonar starkt vikten av en effektiv strategisk styrning av arbetet när det gäller att minska

klyftorna på hälsoområdet. Länets kommuner, Landstinget och regionen måste gemensamt och från högsta politiska nivå – oavsett den framtida organisationen – utöva den övergripande och politiska styrningen. Dessa ledande förtroendevalda bör genom övergripande beslut, konkreta handlingsplaner och direktiv skapa förutsättningar för jämlik hälsa och därmed förbättra livet för dem som är utsatta samtidigt som förutsättningar för god tillvaro skapas för våra barn och framtida generationer.

Kommissionen föreslår etablerandet av en politisk och övergripande ledning för att utjämna hälsoklyftorna. Den politiska "ledningsgruppen" bör bestå av ledande politiker från landstinget och representanter från respektive kommun och i samspel med regionen och länsstyrelsen ansvara för det gemensamma arbetet med att minska hälsoklyftorna och för nödvändig samverkan mellan länets olika aktörer. Kommissionen konstaterar att förslaget är i samklang med de beslut som fattats av landstingets styrelse under senare delen av hösten 2017.

Den politiska ledningsgruppen bör formulera och faställa en långsiktig handlingsplan med syfte att minska hälsoklyftorna. Handlingsplanen bör därmed ersätta den nuvarande folkhälsopolicyns roll.

Handlingsplanens principer bör fastställas av respektive fullmäktigeförsamling för att därmed bli förankrad i hela länet. Handlingsplanen bör efter fastställande översättas till årliga planer med nyckeltal för olika områden som gör det möjligt för uppföljning för den politiska "ledningsgruppen". Då ska också goda exempel presenteras som förebilder för arbetet. Varje kommun bör upprätta lokala planer som utgår från den länsövergripande handlingsplanen.

Blekingekommissionen föreslår vidare bildande av ett Blekingeforum som samlar aktörer från olika delar av länets samhällsliv. Syftet ska vara att bidra till att

göra arbetet för folkhälsa till en handlingsinriktad angelägenhet även för näringsliv, folkrörelser och andra idéburna organisationer. Det är viktigt att arbetet inte stannar inom politiska församlingar, förvaltningar och myndigheter. Att arbeta tvärsektoriellt är en viktig förutsättning för ett framgångsrikt resultat.

Arbetet för jämlik hälsa bör ha högsta prioritet. Det betyder att arbetet ska vara vägledande för alla politik-områden inom landstinget och länets kommuner, i deras styrdokument och handlingsplaner. Varje förvaltning bör ha ett tydligt uppdrag att verka för en jämlik hälsa. Det är särskilt viktigt att åstadkomma samverkan mellan olika aktörer och att undvika organisationsformer som motverkar jämlik hälsa.

Ett sätt att prioritera jämlik hälsa är att resurser viktas för förebyggande arbete. Resurser i form av pengar, personal och kompetens måste allokeras till insatser som långsiktigt leder till hållbar utveckling av folkhälsan, som utjämnar de nuvarande klyftorna och förhindrar att det uppstår nya klyftor mellan grupper och individer. Detta ställer stora krav på samarbete mellan landsting och kommuner och att man förmår att knyta länsgemensamma investeringsmedel till folkhälsoarbetet och de prioriterade områdena. Olika huvudmän bör samverka för att investera resurser som kan utveckla nya metoder och arbetssätt. På sikt bidrar detta till minskade samhällskostnader med positiva effekter för hela befolkningen.

Kommissionen understryker vikten av att vara uppmärksam på omvärldens förändringar för att fortlöpande kunna öka kunskapen och medvetenheten om skillnaderna i hälsa och systematiskt analysera och följa upp mål och insatser. Det är vidare viktigt att åstadkomma ett flöde av erfarenhetsutbyte mellan forskning, politik och praktik.

STRATEGISK PLAN FÖR JÄMLIK HÄLSA

Den nuvarande folkhälsopolicyn sträcker sig till och med 2018. Den bör ersättas av den långsiktiga handlingsplan som beskrivits ovan.

Arbetet med den nya planen bör inledas i början av 2018. Arbetet måste präglas av långsiktighet och uthållighet. Det bör vara en strävan att den växer fram i en dialog där också medborgarna kan engageras. Blekingekommissionens arbete kan utgöra en lämplig grund för handlingsplanen.

Handlingsplanen bör utgå från att antal målområden som kommer att beskrivas i det följande. På respektive område formuleras förslag till strategier med exempel på konkreta åtgärder. I några fall ges exempel på uppföljningsbara mål.

Kommissionen vill betona vikten av fyra utgångspunkter för de målområden som föreslås.

Den första utgångspunkten är vikten av att utgå från individens möjligheter och förutsättningar i ett samhällsperspektiv.

Den andra utgångspunkten är vikten av att välja ett tydligt livscykelperspektiv när mål, strategier och åtgärder formuleras och fastställs. Den måste omfatta hela livet från fosterstadiet, den tidiga barndomen, de växande barnens och unga vuxnas situation, till att ge stöd åt vuxna i produktiv ålder och till att skapa förutsättningar för ett friskt och aktivt åldrande.

Den tredje utgångspunkten är att uppmärksamma utsatta grupper och att utgå från socioekonomi och genus – de perspektiv som genomsyrar Blekingekommissionens kartläggning och analys av skillnaderna i hälsa i Blekinge.

Jämlik hälsa förutsätter att principen jämställdhet genomsyrar samtliga beslut, strategier och åtgärder. Kvinnor och män måste ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter, inom livets samtliga områden. Jämlik hälsa förutsätter också att principen om tillgänglighet blir vägledande för samhällsutvecklingen. Personer med funktionsvariation har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa.

Den fjärde utgångspunkten är insikten att hälsans ojämlika fördelning i befolkningen riskerar att slå hårt mot personer med funktionsvariation, hbtq-personer, personer med utländsk bakgrund och personer som tillhör nationella minoriteter. De måste tillförsäkras samma rättigheter som befolkningen i övrigt avseende livsvillkoren, levnadsvanorna och den psykiska hälsan.

Mål för hälsans utveckling i länet

Det övergripande och långsiktiga målet för hälsans utveckling bör således vara att den ojämlika hälsan ska vara borta inom en generation.

Ett antal uppföljningsbara mål på medellång sikt bör fastställas. Exempel på mätbara indikatorer är ohälsa- och sjukpenningtal, självupplevd hälsa och folksjukdomar i Blekinge. Det är viktigt att dessa redovisas uppdelat på kön, ålder och om möjligt med koppling till socioekonomi.

Den nationella kommissionen för jämlik hälsa föreslår som tidigare konstaterats att nuvarande elva målområden omvandlas till åtta[9]. Blekingekommissionen har mot bakgrund av detta formulerat nedanstående målområden som utgångspunkt för det vidare arbetet. De är anpassade till situationen i Blekinge och därmed inte helt identiska med den nationella kommissionens förslag.

Blekingekommissionen föreslår följande målområden:

- Det tidiga livets villkor.
- Arbetslivets villkor.
- Gemenskap och inkludering.
- Levnadsvanor.
- Psykisk hälsa.
- Inflytande och delaktighet.
- En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Vidare formulerar kommissionen förslag till läns-gemensamma strategier med exempel på konkreta åtgärder inom respektive målområde.

Kommissionen vill understryka att förslagen till åtgärder inom respektive strategi är att se som exempel på det vidare arbetet och är inte avsedda att vara heltäckande. De är inte avsedda att vara heltäckande. Som exempel åskådliggör de att åtgärder ofta överlappar varandra. De illustrerar också vikten av prioritering: Allt kan inte göras på en gång. Arbetet för jämlik hälsa är ett långsiktigt åtagande som minst måste sträcka sig över en generation.

I några fall formuleras även exempel på uppföljningsbara mål.

DET TIDIGA LIVETS VILLKOR

Blekingekommissionen anser att arbetet för att skapa jämlik hälsa måste börja med barn och unga. Ojämlighet i olika avseenden grundläggs redan i fosterlivet och den tidiga barndomen genom de skillnader i förutsättningar och möjligheter som barnet har. Under de första levnadsåren läggs grunden för barns och unga människors fysiska, psykiska, sociala och kognitiva förmågor. Det kan beskrivas så att barnen ärver sina föräldrars levnadsvillkor; det sociala arvets bestämningsfaktorer utgör en stark kraft som ofta gör sig påmind redan i förskolan.

För att åstadkomma en god och jämlik hälsa behöver alla barn ges förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla sina förmågor. Levnadsvanor grundläggs således i barndomen och även de levnadsvanor som modern har under graviditeten påverkar barnets hälsa.

Det är därför angeläget att uppmärksamma att det finns unga som inte mår bra i dagens samhälle och att den psykiska ohälsan går längre ner i åldrarna. Kommissionen anser att barns och ungas livsvillkor ibland kan präglas av utanförskap och brist på sammanhang. Unga har behov av vuxenstöd och vårdnadshavare som själva är trygga i sitt föräldraskap.

Kommissionen föreslår tillskapandet av en läns-gemensam strategi för en förbättrad barn-, elev- och ungdomshälsa. Därmed skapas möjligheter att bättre följa barns hälsa under hela deras uppväxt och kunna anpassa insatser.

Strategi för en förbättrad barn-, elev- och ungdomshälsa

Blekingekommissionen konstaterar att inom mödra-, barn-, elev- och ungdomshälsovården bedrivs ett omfattande folkhälsoarbete som i princip når alla barn och föräldrar. Det arbetet bidrar till att utjämna de sociala hälsoskillnaderna och främja en god hälsoutveckling på lång sikt. För att förstärka möjligheten att uppmärksamma de barn och föräldrar som behöver ytterligare stöd och kompensatoriska insatser framstår familjecentraler som en viktig lösning. På familjecentralen ska en samlad kompetens för barns behov finnas tillgänglig. I nuläget ansvarar olika huvudmän för de olika verksamheterna. Detta innebär stuprörstänkande och risk för att barn och familjer faller mellan stolarna.

FRÄMJANDE OCH FÖREBYGGANDE TIDIGA INSATSER

FIGUR 3

Kompensatoriska insatser behöver ges så tidigt som möjligt till de barn och unga som behöver det. Under uppväxten finns "hållplatser" där uppföljning av barns utveckling genomförs. Det är då möjligt att uppmärksamma avvikelser och ge barn och föräldrar kompensatoriska insatser för en gynnsammare utveckling. Källa: Slutrapport programberedning barn och ungas hälsa Sveriges kommuner och landsting



Det finns behov av en länsgemensam kartläggning av barn och ungas hälsa och livsvillkor för att kunna följa upp och få en överblick över gruppens hälsa i länet. Varje kommun bedriver i nuläget egna kartläggningar som inte är jämförbara med varann. En länsgemensam kartläggning skulle bidra till ett viktigt prioriteringsunderlag för behov av insatser.

Åtgärder

- Att Blekinge blir ett "pilotlän" för en sammanhållen mödra-, barn-, elev- och ungdomshälsa.
- Att barn och ungas livsvillkor kartläggs.
- Att familjecentraler som bygger på samverkan mellan kommun och landsting inrättas.
- Att utveckla föräldraskapsstöd i samverkan via en länsgemensam plattform.
- Att förebygga kränkande behandling av barn och unga.

*Kommissionen föreslår tillskapandet av en läns-
gemensam strategi för en hälsofrämjande utbildning
med syfte att vardagen inom utbildningen utvecklas
till att vara en stödjande och främjande fysisk och
psykosocial miljö.*

Strategi för en hälsofrämjande utbildning

Utbildningens utmaning är att alla elever ska nå skolans mål och för att nå målen krävs ett långsiktigt förbättringsarbete. Utbildning bör också vara en arena för lokalt hälsofrämjande arbete. Utifrån denna inriktning ses utbildning som en plats där hälsans bestämningsfaktorer kan påverkas på ett systematiskt sätt. Elevhälsan har en mycket viktig roll i det långsiktiga arbetet för en god lärandemiljö.

Åtgärder

- Att främja elevernas närvaro i skolan.
- Att betona sexualundervisningens roll när det gäller normer för att förebygga sexuella trakasserier samt våld mot människor i utsatta situationer.
- Att uppmärksamma vikten av verksamma rutiner för att tidigt upptäcka när barn och elever behöver särskilt stöd.
- Att från tidig ålder betona vikten av läroplanens uppdrag kring arbetet med värdegrund och EQ (emotionell och social undervisning) i undervisningen.
- Att värdegrundsarbete i förskola och skola ökar generellt och genomsyrar allas vardag. Målet är att

politiker, förvaltning och personal samt vårdnadshavare och barn/elev har en samsyn kring värdegrunden.

- Att hälsoundervisning vidareutvecklas och integreras i andra ämnen.
- Att bättre ta till vara den kompetens som finns inom kontaktyrken där barn och unga är målgruppen.
- Att utveckla verktyg och kompetens för dialogmöten med vårdnadshavare.
- Att utveckla arbetet med nyanländas lärande för att säkerställa att nyanlända når kunskapsmålen.
- Att särskilt uppmärksamma de barn och elever som behöver extra stöd utanför utbildningens plattform.
- Att utveckla metoder att nå vårdnadshavare till nyanlända barn och elever.
- Att utveckla digitala kompetenser till de utmaningar dagens förskola och skola ställs inför.

ARBETSLIVETS VILLKOR

Arbete och hälsa hör ihop. Blekingekommissionen utgår från övertygelsen att alla människor vill finna sin plats och känna att de är inkluderade i samhällsgemenskapen. Den som är ung eller nyanländ vill få arbete. Den som är sjukskriven vill återgå till arbete eller utbildning. Ju längre en person är borta från arbetet desto svårare är det att komma tillbaka. Vården och primärvården får inte bli en motkraft genom för långa sjukskrivningar. Det är viktigt att undvika passiv sjukskrivning som riskerar att leda till depression, social isolering och risk för utslagning från arbetslivet.

Ordinerad sjukskrivning är en del av vård och behandling och ska ske utifrån jämlika förutsättningar och användas när det finns ett medicinskt behov. Sjukskrivningen ska hjälpa en person att återvinna och behålla bästa möjliga funktionsförmåga och skapa förutsättningar för att återgå eller stanna kvar i arbete.

Kommissionen understryker rehabkoordinators roll vars arbete bidrar till jämlikhet genom att stöd ges till de patienter som behöver det mest. Rehabkoordinatören har ett uttalat uppdrag att samverka med aktörerna både internt inom vården och externt med arbetsgivare, arbetsförmedling, försäkringskassa och socialtjänst och att strukturerat följa upp dessa patienter för att påskynda och underlätta processen.

Kommissionen vill uppmärksamma vikten av att det finns arenor där människor kan utvecklas utan att ha en formell anställning.

Att få ett arbete är inte självklart för flera utsatta grupper i samhället. Tillskapande av en målmedveten arbetsplatspraktik bör på ett framgångsrikt sätt kunna bidra till att fler kommer in på arbetsmarknaden.

Strategi för överenskommelse för samverkan inom arbetslivet

Kommissionen föreslår tillskapandet av en läns-gemensam strategi i samspel med arbetsmarknadens parter och offentliga beslutsfattare som syftar till att förenkla möjligheterna för människor att få arbetspraktik och arbete och till att inte förlora fotfästet på arbetsmarknaden.

Åtgärder

- Att inrätta arbetsplatspraktik med systematisk och målinriktad samordning mellan skola och arbetsliv med syfte att underlätta unga individers inträde på arbetsmarknaden.
- Att fortsatt uppmuntra att entreprenöriell, kreativ och personlig utveckling genomsyrar skolundervisningen och testar metoder för att bygga broar mellan utbildning och samhället utanför klassrummet.
- Att den som exempelvis är arbetslös får möjligheten att utveckla ett eget entreprenörsskap.
- Att behovet av praktikplatser beaktas vid offentlig upphandling som ett motkrav från organisationen vid större upphandlingar.
- Att uppmuntra och göra det praktiskt möjligt för den som är sjukskriven eller ledig från arbetet att hålla kontakt med sin arbetsplats för att inte förlora de relationer i arbetslivet som formar gemenskap.
- Att utveckla rehabkoordinationsfunktionen för att säkerställa återgång till arbete efter sjukdom.

GEMENSKAP OCH INKLUDERING

Det är viktigt att planera för ett samhälle som präglas av gemenskap. Det kräver ett stort antal aktiva åtgärder som att skapa gränsöverskridande mötesplatser, fylla det offentliga rummet med händelser, ge stöd till idrotts- och kulturföreningar som engagerar sig för bredden. Kulturlivet har en viktig uppgift när det gäller att bidra till gemenskap mellan människor och grupper.

Blekingekommissionen understryker vikten av att både stad och landsbygd är viktiga delar av samhällsbygget. En levande landsbygd spelar en viktig roll när det gäller både integration och folkhälsa. Under dialogerna har kommissionen också uppmärksammat på vikten av en fungerande och tät lokaltrafik, åtgärder för ökad tillgänglighet till det offentliga rummets mötesplatser och till olika arrangemang.

Kommissionen har vidare uppmärksammat äldres situation och gjort iakttagelsen att äldre riskerar att hamna i social isolering som kan leda till psykisk ohälsa. Att må socialt bra, att ha nära relationer och umgänge

med andra människor är en viktig dimension av god hälsa. Kommissionen understryker också att personer med funktionsvariation ständigt riskerar diskriminering och att inte få vara del av samhällsgemenskapen vare sig det handlar om den fysiska miljön, utbildningen, arbetslivet eller saknar deltagande i kulturen och det politiska livet. Utan tillgänglighet följer det utanförskap som växer till ett folkhälsoproblem.

Strategi för att bryta segregationen

Kommissionen föreslår tillskapandet av en läns-gemensam strategi för att bryta segregationen i länets kommuner.

Segregation omöjliggör att människor möts över gränser av olika slag – etniska, sociala och även åldersmässiga. I varje kommun finns bostadsområden som präglas av segregationens negativa sidor. Ofta är bostadsområden byggda på ett likartat sätt, som bidrar till segregation, sämre förutsättningar och livsvillkor för de boende.

Åtgärder

- Att utveckla handlingsprogram för att bryta segregation och förbättra boendets sociala villkor.
- Att blanda olika upplåtelseformer för att minska segregationen.
- Att avsätta samordnade resurser för upprustning och renovering av boendemiljö.
- Att sträva efter att bygga bort fysiska barriärer som riskerar att förstärka segregationen.
- Att säkerställa att översikts- och detaljplaner innehåller en analys av hälsokonsekvenserna och en bedömning av risken för ojämlik hälsa.
- Att skapa en väl utbyggd infrastruktur, det vill säga kollektivtrafik, kommunikation och utbyggt bredband.
- Att verksamheter som är generationsöverskridande utvecklas och får prioritet.
- Att de virtuella mötesplatserna som är inkluderande utvecklas.
- Att insatser för tillgänglighet i samhället för personer med funktionsvariation utvecklas.
- Att åldersanpassa kultur och fritidsaktiviteter.

Strategi för integration

Kommissionen föreslår en läns-gemensam strategi för att skapa förutsättningar för en ökad integrering gällande boende, arbete, utbildning och samhällskunskap.

Asyl-, anhörig-, och arbetskraftsinvandringen till Blekinge bidrar till ett kulturellt, socialt och ekonomiskt rikare län. Det ställer också länet inför framtida utmaningar då många kan bära med sig traumatiska upplevelser som kan innebära risk för sämre hälsa. Många av de nyanlända har både fysiska och psykiska sår vilket innebär att de är en viktig målgrupp för folkhälsoarbetet. Det är särskilt viktigt att satsa på barnen då de som språkkunniga ofta tar på sig en roll som de egentligen inte är mogna för. Samhällsorientering på hemspråk för nyanlända spelar en avgörande roll för integrationen. Samhälls- och hälsokommunikatörer kan ge stöd och kunskap till nyanlända när det gäller att orientera sig i ett nytt land. Flera projekt som pågår inom landsting och kommun har arbetsmetoder som bör kunna inspirera till ökad inkludering.

Åtgärder

- Att säkerställa att integrationsprocessen för nyanlända påbörjas tidigt och sker likvärdigt i länet genom regionala samarbeten.
- Att tidigt skapa undervisning i svenska och att erbjuda möjligheter till arbetspraktik.
- Att tidigt i etableringsfasen ta upp frågor om levnadsvanor – det handlar till exempel om kosthållning, alkohol, rökning och fysisk aktivitet.
- Att pröva möjligheten att bredda verksamheten med samhälls- och hälsokommunikatörer som riktar sig till nyanlända att även omfatta andra grupper i samhället, exempelvis ungdomar och individer fast i ett utanförskap.
- Att arbetet med hedersproblematik fortsätter att utvecklas och ges prioritet.
- Att i hälso- och sjukvård och välfärdstjänster säkerställa tolkfunktionen för nyanlända innan de lärt sig svenska och för andra personer med behov av tolk till exempel hörsel- och synskadade.
- Att inleda en dialog med länets utövare av utbildning att inom ramen för det fria skolvalet blanda barn från olika områden.
- Att uppmärksamma de åtgärder och satsningar som görs inom den kommunala vuxenutbildningen. Genom

de vägar som finns inom vuxenutbildningen kan nyanlända få en praktisk utbildning som ger arbete eller en teoretisk grund som skapar möjligheter för fortsatta studier. Samverkan mellan alla inblandade parter är av yttersta vikt för att understödja detta arbete.

INFLYTANDE OCH DELAKTIGHET

De förslag och förändringar som berör och förändrar människors liv föds i samtalen och inte i slutna sammanträdesrum. Det handlar om att mobilisera människors ansvarstagande för samhället och för den egna livssituationen. Hur uppmuntrar vi eller skapar förutsättningar för att individen ska ta eget ansvar? Det är inte bara en aktör, myndighet eller förvaltning, som kan skapa en jämlik hälsa. Alla ska inkluderas.

Strategi för medborgardialog

Kommissionen föreslår tillskapandet av en läns-gemensam strategi för medborgardialog.

Blekingekommissionen anser att ett effektivt arbete för jämlik hälsa måste präglas av en medborgardialog. Medborgardialog ställer krav på aktörerna att förvalta det som kommer ur dialogen. Det är en utmaning att nå fram till skiftande målgrupper och att skapa en konstruktiv dialog mot bakgrund av den mångfald av värderingar som uppstår när alla är delaktiga.

Åtgärder

- Att bedriva en systematisk medborgardialog som en dimension i strävan att utjämna hälsoklyftorna.

Strategi för uppmuntran av civilsamhällets ansvarstagande

Kommissionen föreslår skapandet av en överenskom-melse med det civila samhället om dess viktiga roll för att minska hälsoklyftorna i länet och skapa ett samhälle som präglas av gemenskap och inkludering.

Civilsamhället med sin bredd av idéburna organisationer präglas av stor mångfald och är en viktig samarbetspartner kring barnens framtid. Det civila samhället bör uppmuntras till ett tydligare jämställdhets- och jämlikhetsfokus för att bli tillgängligt för alla oavsett socioekonomisk bakgrund och kön. Huvudorganisationerna måste uppmuntras att utveckla stöd för sina lokala

föreningar för att hitta lösningar när det gäller att nå fram till ungdomar och vårdnadshavare. Det är viktigt att skapa utrymme för lust och glädje som är viktiga drivkrafter.

Åtgärder

- Att inleda en dialog med länets civilsamhälle för att skapa en överenskommelse som med respekt för varandras integritet och olika roller syftar till ett samarbete för jämlik hälsa.
- Att samverka med den idéburna sektorn fördjupa delaktighet i samhället – detta med fokus på särskilt utsatta grupper.
- Att utveckla och förenkla process för projektstöd till idéburen sektor och skapa strategi för att nå en mångfald av utövare.
- Att säkerställa en jämställd utveckling inom idrottsrörelsen genom noggrann resursfördelning utifrån ett mångfaldsperspektiv.
- Att civilsamhället ges möjlighet att i samarbete med tex. polismyndigheten genomföra utbildningar i civildukage på såväl skolor som arbetsplatser.
- Att överenskommelsen skapar förutsättningar för äldres sociala deltagande.
- Att överenskommelsen med det civila samhället bidrar till integration.

EN JÄMLIK OCH HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är en av hälso- och sjukvårdens uppgifter att förebygga ohälsa. Vidare ska patienter också informeras om metoder för att förebygga sjukdomar och skada. I propositionen *En förnyad folkhälso-politik* (prop. 2007/08: 110) framhålls att sjukvården i större utsträckning bör integrera ett sjukdomsförebyggande perspektiv i det löpande arbetet. Det är viktigt att sjukvårdens tjänster och insatser görs jämlikt och jämställt. Satsningen på E-hälsa är en del av den jämlika vården. I landstingets arbete med framtidens hälso- och sjukvård är personcentrerat förhållningssätt en del av utvecklingsstrategin.

Strategi för hälso- och sjukvård

Kommissionen föreslår tillskapandet av en läns-gemensam strategi för att stärka vårdens roll i arbetet för att minska hälsoklyftorna.

Blekingekommissionen vill understryka vikten av sam-verkan mellan de olika enheterna inom hälso- och sjuk-vård samt mellan kommuner och landsting för att få ett

bättre och effektivare utbud när det gäller primär och sekundär prevention.

Åtgärder

- Att primärvården lyfts upp som en viktig dirigent för ett bra folkhälsoarbete.
- Att införa riktade hälsosamtal i ett antal åldersgrupper i befolkningen, för att förebygga den ökade förekomsten av exempelvis hjärt- och kärlsjukdom, cancer, övervikt och psykisk hälsa i Blekinge.
- Att satsningen på E-hälsa och digitalisering av vårdens tjänster uppmuntras och utvecklas bland annat för att frigöra resurser för dem med störst behov.

LEVNADSVANOR

Blekingekommissionen vill betona att ett viktigt mål för arbetet med jämlik hälsa är att det ska bidra till färre patienter vården. En väg är att möjliggöra för individen att ta egna beslut för en hälsosam livsstil med goda levnadsvanor. Att påverka levnadsvanor är också ett sätt att skapa förutsättningar för människor att kunna bryta det sociala arvet och bryta med de livsvillkor och sociala bestämningsfaktorer som ofta påverkar människors hälsa. Att påverka levnadsvanor är att ge människor verktyg att kunna hantera sina liv trots ett svårt utgångsläge och är inte liktydigt med att stigmatisera eller att moralisera över hur människor lever sina liv. Det framgångsrika arbete som redan sker i länet exempelvis med fysisk aktivitet på recept (FaR) och ANDT-strategiarbetet bör vara vägledande för övrigt arbete med levnadsvanor.

Strategi för uppmuntran av en hälsosam livsstil

Kommissionen föreslår att en läns-gemensam strategi för att uppmuntra en hälsosam livsstil tillskapas.

Enligt kommissionens bedömning är det möjligt att formulera ett antal konkreta indikatorer som är möjliga att följa. För att mäta hur levnadsvanor förändras över tid kan följande indikatorer användas: minskad andel rökare, minskad andel personer med riskkonsumtionen av alkohol, ökad andel som uppger att de äter frukt och grönsaker minst 5 gånger per dag, minskad andel barn med övervikt och fetma, ökad andel som uppger att de har en fysisk aktiv fritid.

Åtgärder

- Att Landstinget Blekinges vårdprogram för levnadsvanor ska vara vägledande för arbetet med primär- och sekundärprevention och att återkommande kompetensutveckling inom området för personal i vården prioriteras.
- Att den levnadsvanemottagning, som för närvarande är ett pilotprojekt och ska utvärderas 2018, ska etableras.
- Att hälso- och sjukvården arbetar mer systematiskt för att nå socialt utsatta grupper med det förebyggande arbetet.

PSYKISK HÄLSA

Blekingekommissionen vill lyfta utmaningen att skapa möjligheter att förbättra den psykiska hälsan. Psykisk ohälsa räknas idag som ett av de stora folkhälsoproblemen. Befolkningen i Blekinge har en sämre psykisk hälsa än riket som helhet och bland unga ökar den psykiska ohälsan. Äldre män som lever med gamla mansideal om att tåga om sina problem kan vara i riskzonen för psykisk ohälsa på grund av ensamhet och åldersdepression. Äldre kvinnor är också en grupp som bör uppmärksammas då kvinnor lever längre och lever ensamma.

Strategi för god psykisk hälsa

Kommissionen föreslår att en läns gemensam strategi för psykisk hälsa formuleras.

Kommissionen vill framhålla att ett tvärsektorielt samarbete är av stor vikt för att komma tillrätta med de problem som berör den psykiska hälsan i olika åldrar och inom olika områden såsom skola, vård, omsorg och arbetsliv. Kommissionen vill starkt uppmuntra den pågående samverkan mellan kommun och landsting i LSVO (Ledningssamverkan, vård och omsorg).

Åtgärder för god psykisk hälsa

- Att en nollvision för självmord blir vägledande för arbetet med psykisk hälsa.
- Att i skolan genomföra samtal om normer, känslor och förväntningar mellan killar, i syfte att förebygga den machokultur som drabbar såväl mäns som kvinnors hälsa och säkerhet.
- Att i skolan genomföra samtal om normer, betygshets och ideal mellan tjejer i syfte att förebygga skolavhopp och ohälsa.
- Att lyfta in samtal om psykisk hälsa och ohälsa i skolundervisningen.

- Att landstinget till nytta för dem som arbetar patient-nära prövar möjligheten att etablera ett kunskapscentrum för psykisk hälsa. Detta kunskapscentrum bör arbeta nätverksorienterat med elevhälsa, primärvård och psykiatri samt med andra aktörer som till exempel arbetsgivare, Blekinge Tekniska Högskola och skolor inom länet och även med förhoppningen att åstadkomma nationellt genomslag. Uppgiften bör främst vara att sammanställa, analysera och sprida kunskap om effektiva metoder för att stärka psykisk hälsa.
- Att samverkan i LSVO vidareutvecklas med fler aktörer som arbetsförmedling och försäkringskassa.
- Att säkerställa en fortsättning på de insatser som påbörjats och testats inom ramen för statsbidragssatsningen (2016–2018) som bland annat innebär fortsatt etablering av ett läns gemensamt analysarbete, utbildnings- och informationsinsatser.
- Att pröva möjligheten att utveckla behandling med internetbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT) för individer över 18 år. Internetbaserad KBT för depression innebär samma övningar och delmoment som hos en terapeut. Varje deltagare ska ha en ansvarig behandlare som hen har regelbunden kontakt med.
- Att vid akuta situationer gällande psykisk ohälsa säkerställa att alla, som är i behov av vård, får en snabb och smidig samtalskontakt.

BLEKINGEKOMMISSIONENS AVSLUTANDE TANKAR

Blekingekommissionen lämnar nu sin slutrapport efter drygt ett års arbete. De första månaderna präglades av kommissionärernas utbyte av erfarenheter och kunskande, samt av nödvändig inläsning med tanke på att få inom kommissionen var experter på hälsa och folkhälsopolitik. Efter det följde under vintern och våren 2017 en period av dialogmöten med länets kommuner och experter inom förvaltningar och myndigheter. Sammantaget innebar detta ett ambitiöst insamlande av fakta och underlag för analys som under den gångna hösten har gjort det möjligt att formulera slutrapporten med dess förslag till fortsatt arbete för jämlik hälsa.

Kommissionens sammansättning av personer som är verksamma inom näringsliv, företagande och fackliga organisationer, inom hälsoområde, akademi och förvaltning har bidragit till att ge nya perspektiv på arbetet för jämlik hälsa. Det är samtidigt viktigt att påminna om att kommissionens slutsatser också bygger på det arbete som redan med framgång görs i Blekinge, andra län och regioner. Förslagen är inte hämtade ur tomma intet. Flera av dem är säkert redan planerade.

Det viktiga nu är att Blekingekommissionens analys, slutsatser och förslag beaktas med insikt om att genomförande

är tidskrävande och att det kräver såväl tålamod som envetenhet. Och att det som nämnts ovan är ett långsiktigt åtagande som sträcker sig över en generation eller mer. Kommissionens arbete avslutas nu. Dess ledamöter är dock beredda att om ett år göra en prövning av hur analys och förslag har påverkat arbetet för att utjämna hälsoklyftorna i länet. En sådan prövning kan ses som en epilög av kommissionens arbete.

Kommissionen lämnar flera förslag som innebär att Blekinge kan vara en pionjär och ett modellområde.

- Kommissionen uppmuntrar den målsättning som Landstinget Blekinge uttalar: att bli landets första digitala landsting. Digitalisering och nya tjänster som berör vårdinformation, kommunikation innebär ett stort och viktigt steg framåt. Digitaliseringens fördelar bidrar till ett hälsofrämjande arbete och till en utjämning av hälsoklyftorna.
- Blekinge bör bli ett "pilotlän" för en sammanhållen mödra-, barn-, elev- och ungdomshälsa.
- Kommissionen föreslår skapandet av en politisk ledningsgrupp som bör bestå av ledande politiker från landstinget, regionen och respektive kommun. Den ansvarar för det gemensamma arbetet med att minska hälsoklyftorna och för nödvändig samverkan mellan länets olika aktörer.
- Kommissionen föreslår bildande av ett övergripande Blekingeforum som samlar aktörer från olika delar av länets samhällsliv. Syftet ska vara att bidra till att göra arbetet för folkhälsa till en uttalad och handlingsinriktad angelägenhet även för arbetsmarknadens parter och för folkrörelser och andra idéburna organisationer.
- Länsgemensamma resurser bör avsättas för förebyggande hälsoarbete. Kommissionen understryker vikten av att avsätta medel som kan användas för prövande, utvecklande och skapande av metoder/arbetssätt i samverkan mellan huvudmän.
- Att utveckla handlingsprogram för att bryta segregation och förbättra boendets sociala villkor.
- Att bedriva en systematisk medborgardialog som en dimension i strävan att utjämna hälsoklyftorna.
- Att införa riktade hälsosamtal i ett antal åldersgrupper i befolkningen, för att förebygga den ökade förekomsten av till exempel hjärt- och kärlsjukdom, cancer, övervikt och psykisk hälsa i Blekinge.
- Att en nollvision för självmord formuleras och blir vägledande för arbetet med psykisk hälsa
- Att pröva möjligheten till skapandet av ett kunskapscentrum för området psykisk hälsa för att bland annat åstadkomma ett breddat analysarbete och spridande av kunskap.

Kommissionen vill avslutningsvis understryka följande:

Blekinge har unika förutsättningar att överbrygga hälsoklyftorna inom en generation. Det kräver målmedvetenhet, dialog över gränser och samverkan mellan olika intressen.

Aktörer inom varje samhällssektor bör engageras.

Blekinge har unika förutsättningar att formulera en gemensam vision som blir vägledande för arbetet med jämlik hälsa. Kommissionens förslag till vision är en viktig utgångspunkt.

Blekinge har unika förutsättningar för ett politiskt ledarskap som tar täten i arbetet för jämlik hälsa.

Blekinge har unika förutsättningar för att målmedvetet arbeta utifrån mål och strategier som sammantaget kan bidra till jämlik hälsa, till integration och utveckling av välfärden och till en stark ekonomi som frigör resurser. Jämlik hälsa stärker Blekinges möjligheter att vara ett attraktivt län där människor vill leva, verka och bo.

Och för varje invånare i länet kan det innebära

– *"Ett helt liv i Blekinge – psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande i ett samhälle präglat av gemenskap, framtidshopp och respekt för mänskliga rättigheter."*

Till sist: Ett stort tack till alla er som på olika sätt har bidragit med fakta, analys och förslag under det gångna året. Ni har bidragit med kunskande och kompetens på ett sätt som speglar ert stora engagemang för att åstadkomma jämlik hälsa. Tack.

4.

Kommissionärernas egna reflektioner

Peter Örn

Min roll som kommissionens ordförande har varit att hålla samman arbetet tillsammans med sekretariatet bestående av Lisbeth Andersson och Carina Svärd. Utan dem hade kommissionens uppdrag inte varit möjligt att genomföra. Annika Mellquist och Gunilla Skoog har bidragit med kloka råd också mellan sammanträden, workshops och dialogseminarier. Ett särskilt tack vill jag rikta också till Ralph Harlid, planeringsdirektör, Landstinget Blekinge.

Jag har också företrätt kommissionen i olika sammanhang och fortlöpande rapporterat arbetet för landstingets ledning och styrelse.

Det har varit min strävan att kommissionärernas samhällsengagemang, djupa kunnskap och breda erfarenheter från skilda områden ska speglas i kommissionens arbete och ge avtryck i slutrapporten. Det har varit en viktig förutsättning för att uppfylla landstingsstyrelsens förväntningar på att kommissionens sammansättning ska bidra till nya perspektiv på möjligheterna att utjämna hälso- och sjukvård. Arbetet har varit spännande och inspirerande.

Det har varit ett privilegium att leda Blekingekommissionen.

Danilo Garcia

Året 1989 markerade slutet på inbördeskriget i El Salvador. Efter att ha suttit i husarrest i nästan tre år kunde min mamma, min syster och jag, som 15-årig flykting, den 19 januari 1989 få asyl i Sverige – en av de lyckligaste och mer utvecklade nationerna i hela världen.

Efter svårigheter med att anpassa mig till en ny kultur, fördomar, rasism och ett seriöst men meningslöst försök till repatriering, förstod jag att Sverige var mitt nya hemland. Tack vare egna ansträngningar och nya vänner, som visade tolerans och en genuin vilja att veta vem jag var, hittade jag ett liv och mening i det nya landet. Detta

har jag även upplevt under kommissionens arbete, genuint intresse att diskutera hur våra idéer kan leda till konkreta förslag för invånarna i Blekinge.

Mitt intresse för det mänskliga psyket har baserats på en biopsykosocial modell. Den forskning som jag har tagit del av och bidragit med visar att god hälsa involverar hur individen förhåller sig till sig själv (t.ex. självacceptans), andra (t.ex. tolerans, empati) och världen hen befinner sig i (t.ex. meningsfullhet). Med andra ord, jämlik hälsa innebär fokus på fysisk, psykisk och social hälsa som speglas i en personcentrerad modell som tar hänsyn till biologiska, psykologiska och kulturella faktorer som ligger till grund för just vilka vi är. Om vi siktar på hållbart välbefinnande, går inte dessa faktorer att ta isär, varken i vårt vardagliga liv eller när vi är i behov av vård.

Emina Kovacic

Min roll i Kommissionen har varit att lyfta in hur samhällsbyggnad, arkitektur, gestaltning, fysisk planering och dess sociala aspekter påverkar vår hälsa och känsla av trygghet. Hur vi med hjälp av inbjudande, inkluderande och förlåtande offentliga rum kan skapa bättre förutsättningar för lyckad integration, förstärka känsla av gemenskap och sammanhang som i sin tur motverkar ensamhet och utanförskap. Det har varit otroligt stimulerande att tillsammans med kommissionens engagerade ledamöter, som representerar i ett brett spektrum av olika samhällssegment, söka svar på en av vår tids viktigaste frågor: hur vi gemensamt kan skapa bättre förutsättningar för jämlik hälsa.

Gunilla Leander

I mitt arbete som läkare på Blekingesjukhuset ser jag dagligen hur ojämlika livsvillkor får stora konsekvenser och orsakar stor ohälsa och stort lidande för människor. Ohälsosamma levnadsvanor som rökning, alkohol, stillasittande med mera går att förändra och förebygga, från barndomen

och framåt. Primärvården behöver mer resurser för att kunna arbeta mer förebyggande. Sjukvårdspersonal jobbar med ständig tidsbrist, personalbrist och vårdplatsbrist. Besparingar i vården drabbar självklart patienterna i slutändan.

Ett gott och jämlikt samhälle är alla samhällsmedborgares ansvar, det skapas inte enbart av offentliga institutioner. Jag vill uppmana människor att ta ett eget ansvar och i sin vardag stå upp mot främlingsfientlighet och diskriminering av olika grupper. Alla behöver visa andra respekt och empati.

Göran Johnsson

För mig som började jobba i tidig ålder och som har mångårig erfarenhet av lokalt och centralt arbete inom fackföreningsrörelsen, är rätten till ett bra arbete en avgörande faktor för en jämlik hälsa. Därför måste utanförskap och arbetslöshet bekämpas. Här kan arbetsgivare och fackföreningar var för sig, men också tillsammans göra mera för att alla skall komma in på arbetsmarknaden.

Det är ett stort slöseri att människor går utan arbete samtidigt som massor av viktiga arbetsuppgifter, såväl inom den offentliga som den privata arbetsmarknaden, inte blir utförda. De som är unga och de som har utländsk bakgrund har svårast att få en praktikplats eller ett fast jobb. Här kan arbetsgivare och fackföreningar i Blekinge göra mera. Allas rätt till arbete är, enligt mitt sätt att se det, en avgörande faktor för en jämlik hälsa. Detta har jag argumenterat för i vår kommission. Jag utgår ifrån att medborgare, fackföreningar och arbetsgivare i Blekinge håller med.

Henrik Lövgren

Jag arbetar med integrationsfrågor. Jag har genom åren tittat mycket på storstadsprojekt, och anpassat dem efter våra behov och förutsättningar. Jag har implementerat lagstiftning som är framtagen efter storstadens problem och utmaningar. Jag är beredd att säga att vi har provat en modell som är framtagen av och anpassad efter storstaden. Jag är också beredd att säga att det inte har lyckats. Inte lyckats med, vare sig att skapa en god integration eller skapa ett mer jämlikt samhälle.

En bidragande orsak är att framtidsspaningar och omvärldsanalyser ofta benämner begrepp som urbanisering och centralisering som allmängiltiga och oförändliga skeenden.

Men vi står inför ett nytt paradigm. Flyktingkrisen har fått oss att inse att vi måste ta tag i frågor som vi ändå hade tvingats ta itu med.

Därför har mitt fokus för det här arbetet legat på landsbygdsutveckling.

Jag önskar att arkitekt Sven Markelius koncept från 40–50-talet möter landsbygden i Blekinge på 2010-talet. Han var stadsplanedirektör i Stockholm och lanserade ABC-staden. Det var förorter i norra och södra Stockholm som byggdes upp för att inhysa arbete, bostad och centrum-anläggning, skolor, kollektivtrafik och övrig infrastruktur. Om folk bor, skolas och jobbar på landsbygden får vi en levande landsbygd som jag tror är nyckeln till att leva i ett gott samhälle. Jag är dessutom övertygad om att denna utveckling medför att grogrunden för främlingsfientlighet motverkas.

Jag önskar se en rejäl satsning på att bygga upp en arbetsmarknad på landsbygden i Blekinge. Det finns pengar i systemet. Nu ska de bara kanaliseras ner till det sydöstra hörnet.

Katarina Skantze Mansnérus

En lampfabrikör i en kommission för jämlik hälsa kan uppfattas som något märkligt. Jag är dock inte bara fabrikör, i hjärtat är jag även arbetsförmedlare. Som nyutexaminerad beteendevetare började jag min yrkesbana på Arbetsförmedlingen och kom där i kontakt med en lång rad individer som av olika anledningar hamnat utanför arbetsmarknaden. Bland dem jag träffade fanns vilsna ungdomar, personer med funktionsnedsättningar, ny-anlända invandrare samt män och kvinnor som blivit ifrånsprungna av tiden, som hade ett yrke som inte längre fanns. Gemensamt för alla var en intensiv längtan att få komma in i gemenskapen, att få arbetskamrater och ett sammanhang, att ha ett arbete att gå till och att därmed få bidra till samhället. Jag noterade redan då att avsaknandet av allt detta ledde till olika former av ohälsa, något som jag tycker mig ha fått bekräftat i arbetet med kommissionen. Anledningen till att jag ville vara med i kommissionen för jämlik hälsa grundar sig alltså i min övertygelse om arbete, som förutom att bidra till tillväxt och välbefinnande, även är en avgörande faktor för individens välbefinnande och hälsa, och att jag med min bakgrund kunde bidra till kommissionens arbete. Som företagare ser jag också vikten av sunda arbetsförhållanden och tillgång till hälso- och sjukvård för att företagen ska kunna behålla kompetens i bolagen och för att de anställda ska bibehålla en god hälsa genom livet. Jag har lärt mig mycket av arbetet i kommissionen, av alla som vi har fått möta och av de andra kommissionärerna. Vidare hoppas och tror jag att jag som näringslivsrepresentant har bidragit till att lyfta arbetsmarknadens roll i det goda samhället.

Lisa Skär

För mig som professor i omvårdnad ser jag hälsa som en viktig del i alla människors liv och att hälso- och sjukvården ska sträva efter att alla får möjlighet att nå god

hälsa. Ojämlig hälsa uppkommer ofta genom skillnader mellan socioekonomiska förhållanden mellan individer och olika grupper i samhället, men också långvariga sjukdomar är ett hot mot människors upplevelse av hälsa. Min forskning handlar om hälsa och välbefinnande vid långvarig sjukdom och resultaten beskriver att det innebär att drabbas av förluster av det normala livet, förlora kontrollen över framtiden och få förändrade möjligheter att utföra dagliga aktiviteter. Mina resultat beskriver vidare att vid långvarig sjukdom förändras roller och relationer, både i arbetslivet och i sociala sammanhang. Känsla av minskad förmåga, ork och kapacitet gör att många upplever att de känner sig beroende av andra, blir uteslagna från social gemenskap, vilket förstärker upplevelsen av ojämlik hälsa. Möten med hälso- och sjukvård är därför viktiga för personer med långvarig sjukdom eftersom ett gott bemötande är en förutsättning för upplevelsen av hälsa och god vård. För att stärka känsla av jämlik hälsa bör möten inom hälso- och sjukvård utgå från respekt, värdighet och förtroende för den enskilde personen.

Louise Lindén

I ungefär 10 års tid nu har jag levt i ett schizofrent gränsland. Jag har ägnat den mesta tiden åt att mobilisera min generation runt vår tids stora hållbarhetsutmaningar. Samtidigt har jag kämpat för att övertyga ledare på lokal och nationell nivå att investera i ungas personliga och entreprenöriella utveckling och ett mer mångfaldsanpassat skolsystem. Min erfarenhet säger att det förstnämnda är betydligt lättare än det sistnämnda.

I rapporten *Utanförskapets Pris* finns citatet: "Frågan är inte vad det kostar att satsa mer på barn i riskzonen, frågan är vad det kostar att låta bli." När jag läser detta citat inser jag hur enkel ekvationen egentligen är. Rätten till en god livsmiljö för alla ska inte behöva argumenteras; för hur kan vi förvänta oss att våra medborgare – unga som gamla – ska ta hand om medmänniskor, omvärlden och miljön och vilja göra rätt för sig om de inte själva mår bra?

Kommissionen och det arbete som nu kommer att efterfölja är därför enormt viktigt, inte bara för de individer i länet som drabbas av ökade hälsoklyftor, utan för hela samhället. För gemenskap och innanförskap såväl som utveckling och tillväxt.

Vi har inte råd att inte investera i jämlik hälsa.

Micke Gunnarsson

När jag var barn och besökte Tosia Bonnadán i Ronneby så var jag alltid nyfiken på damen i tältet. Hon som tittade i ens hand och berättade om ens framtid. Nu ser jag henne inte längre. Kanske finns hon inte längre eller så har det blivit för svårt att sia.

Kanske hade hon idag mer fokuserat på det som komma att ske de närmsta 24 timmarna. För det är så fort utvecklingen går just nu. En helt ny värld håller på att skapas. En mer medveten värld om ni frågar mig. #metoo-rörelsen, klimatfrågor, jämställdhet, globalisering är frågor och fenomen som idag lever i en hopkopplad värld. Våra barn och unga har inte längre den lokala tidningen som omvärldsanalys och de vet att tillgången till information, nya möten med människor och ny kunskap är oändlig.

Jag läste att "Allt som går att robotifiera, kommer att robotifieras." Och när man då ser en Humanoid slå en baklängesvolt inser man att vi människor kommer att få en massa tid över. När Google släppte sina Air Buds, headset med språköversättning i realtid, så inser man hur världen går emot att bli ETT.

Tillbaka till spådamen. Om jag nu skulle kunnat möta henne igen och hon hade berättat om omöjligheten att veta hur framtiden skulle kunna se ut, finns det då någon fråga hon skulle kunnat svara på?

Jag tror faktiskt det. Och det är just det svaret som drivit mig i kommissionen.

Jag tror hon hade svarat:

– En sak är säker. Denna planetens uppgång eller fall beror till 100 % hur ni människor mår och hur er medvetenhet utvecklas i takt med allt annat. En värld som bara präglas av kunskap men glömmer bort utvecklingen av visdom, inre och yttre hälsa, är ingen långsiktig värld.

Åsa Gerthsson-Nilsson

Under hela mitt yrkesverksamma liv, har jag inventerat och experimenterat med de verktyg som vi har till vårt förfogande i vårt välfärdssamhälle. Jag har även ägnat stora delen av mitt liv åt att försöka identifiera olika framgångsfaktorer i arbetet med barn och elever. Jag har en obevklig övertygelse om att vi kan både bryta och förebygga utsatthet, utanförskap samt psykisk ohälsa, samtidigt som ser jag en stor utvecklingspotential i våra olika verksamheter. En potential som jag gärna vill bidra till att vi tar vara på. Jag erfar att redan i mycket unga år utvecklas förutsättningarna för det framtida måendet. Vårt samhälle består av många olika aktörer och tillsammans kan vi vara starka. I arbetet tillsammans med övriga kommissionärer har jag haft möjlighet att fördjupa och påverka genom att i olika dialoger lyssna in andra och delge mina erfarenheter. Min övertygelse är att kommissionens förslag till åtgärder kan öka ett prestigelöst samarbete mellan olika aktörer som blir framgångsfaktorer för våra invånare i Blekinge. Tillsammans kan vi göra skillnad för att nå "Ett helt liv i Blekinge – psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande i ett samhälle präglat av gemenskap, framtidshopp respekt för mänskliga rättigheter."

5. Referenser

- [1] Landstinget Blekinge (2015). *Tillsammans kan vi göra skillnad. Folkhälsorapport 2014*. Tillgänglig: http://ltblekinge.se/globalassets/halsa-och-varld/landstingets-folkhalsorapport/folkhalsorapport_blekinge_2014_till-tryck.pdf (2017-07-11).
- [2] Socialstyrelsen (2017). *Termbanken*. Tillgänglig: <http://termbank.socialstyrelsen.se/> (2017-10-23).
- [3] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. Basingstoke: W. H. Freeman.
- [4] Bandura, A. (1989). *Social Cognitive Theory*. Annals of Child Development, vol. 6 pp. 1–60.
- [5] Folkhälsomyndigheten (2017-05-30). *Folkhälsans utveckling*. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/> (2017-11-0-23).
- [6] World Health Organization (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- [7] Folkhälsomyndigheten (2016-05-24). *Hälsa i olika grupper*. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/> (2017-10-23).
- [8] Socialdepartementet (2008). *En förnyad folkhälsopolitik*. (prop. 2007/08:110) Stockholm: Socialdepartementet.
- [9] Socialdepartementet (2007). *För en god och jämlik hälsa: en utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket*. (Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:4) Stockholm: Socialdepartementet.
- [10] Folkhälsomyndigheten (2016). *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2017*. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9de83d1af6ce4a429e833d3c8d7c6cf85/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2017-16136-webb2.pdf> (2017-10-24).
- [11] Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016: årlig rapportering*. Solna: Folkhälsomyndigheten.
- [12] Landstinget Blekinge (2017). *Planeringsförutsättningar 2017*. Tillgänglig: http://ltblekinge.se/globalassets/om-landstinget/sa-styrs-landstinget/budget-och-planeringsforutsattningar/planeringsforutsattningar_ltb_2017.pdf (2017-10-24).
- [13] Kommissionen för jämlik hälsa (2016). *Det handlar om jämlik hälsa: utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete: (delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2016:55)*. Stockholm: Wolters Kluwer.
- [14] Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: to-baksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- [15] Försäkringskassan (2017-06-26). *Sjukpenningtalet i maj 2017*. Tillgänglig: https://www.forsakringskassan.se/ut/p/zo/o4_Sj9CPykssyoxPLMnMzovMAfIjypNzrQoSszJU-DYodVQ2c8_NKUvNKgl3jgiKLC_LzjiPLUIUNCopSi-4uhVG5qSkpqTmJeSmoeUCRX19DcwMzITL8g21ERA-A3uTQ8/ (2017-10-24).

- [16] Statistiska Centralbyrån (2016). *Välfärd- statistik om välfärd, arbetsmarknad, utbildning och befolkning*. Tillgänglig: http://www.scb.se/contentassets/d295177d-048f466ca76389b1b960bbe5/le0001_2016ko4_ti_a05ti1604.pdf (2017-10-24).
- [17] Folkhälsomyndigheten (2017-04-26). *Medellivslängd*. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/medellivslangd/> (2017-10-24).
- [18] Kommissionen för jämlik hälsa (2017). *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. (slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:47) Stockholm: Wolters Kluwer.
- [19] UNICEF Sverige (2017). *Barnkonventionen*. Tillgänglig: <https://unicef.se/barnkonventionen> (2017-10-24).
- [20] Marmot, M. & Wilkinson, R. (red) (2006). *Social determinants of health*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press.
- [21] Socialstyrelsen (2013). *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga: underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- [22] Folkhälsomyndigheten (2017-04-24). *Välkommen till Folhalsostudio*. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/folkhalsostudio/> (2017-10-24).
- [23] Arbetsförmedlingen (2016). *Arbetsmarknadsutsikterna våren 2016 – prognos för arbetsmarknaden 2016-2017*. Stockholm: Arbetsförmedlingen.
- [24] Statistiska centralbyrån (2017-11-14). *Arbetskraftsundersökningarna (AKU)*. Tillgänglig: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/arbetskraftsundersokningar/arbetskraftsundersokningarna-aku/> (2017-11-20).
- [25] Mörk, E., Sjögren, A., Svaleryd, H. (2014). *Blir barn sjuka när föräldrarna blir arbetslösa?* Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
- [26] Kristenson, M. (2017-06-29) *Betydelsen av psykosociala faktorer för en jämlik hälsa*. Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa 2017. Tillgänglig: http://kommissionjamlikhalsa.se/wp-content/uploads/2017/06/rapport-7_betydelsen-av-psykosociala-faktorer-i.pdf (2017-11-07).
- [27] Davidsson, P., Thoresson, A. (2017). *Svenskarna och internet 2017 – undersökning om svenskarnas internetvanor*. Stockholm: Internetstiftelsen i Sverige. Tillgänglig: https://www.iis.se/docs/Svenskarna_och_internet_2017.pdf (2017-12-04).
- [28] Nationalencyklopedin (2017). *Genus är ett annat ord för människors sociala kön*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/genus> (2017-07-11).
- [29] Länsstyrelsen Blekinge Län (2016). *På tal om kvinnor och män Blekinge Län 2015*. Tillgänglig: http://www.lansstyrelsen.se/blekinge/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/jamstalldhet/Fickbok_Blekinge_2016_WEBB2.pdf (2017-07-11).
- [30] Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö (2013). *Malmöns väg mot en hållbar framtid: hälsa, välfärd och rättvisa*. 2. uppl. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.
- [31] Socialstyrelsen (2011-03-09). *Statistik om rökvanor bland spädbarnsföräldrar*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/rokvonorblandspadbarnsforaldrar> (2017-10-24).
- [32] Aggestam, M. (2014). *Öppna jämförelser 2014. Folkhälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen
- [33] Folkhälsomyndigheten (2017). *Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet*. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5514b381077f4175b13fc a5fe1089abe/forslag-till-atgarder-matvanor-fysiskaktivitet.pdf> (2017-11-07).
- [34] Centralförbundet för alkohol- och narkotika (2014). *Drogutvecklingen i Sverige. 2014*. (CAN rapport 0283–1198;144) Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- [35] Ramstedt, M., Sundin, E., Landberg, J., Raninen, J. (2014-02-17) *ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013*. Stockholm: STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem, Rapport 55) Tillgänglig: <http://stad.org/sites/default/files/media/STAD-rapport-nr-55-ANDT-feb-20141.pdf> (2017-12-04).

- [36] Holm Ivarsson, B., Hjalmarsson, A., Pantzar, M. (2012). *Stödja patienter att sluta röka och snusa: rådgivning om tobak och avvänjning*. 1. uppl. edn. Lund: Studentlitteratur.
- [37] Hjalmarsson, A., Pantzar, M. (2015). *Läkarsamtalet om tobak*. 1. uppl. edn. Lund: Studentlitteratur.
- [38] Landstinget Blekinge (2015). *Tillsammans kan vi göra skillnad*. Folkhälsorapport 2014. Tillgänglig: http://ltblekinge.se/globalassets/halsa-och-varld/landstingets-folkhalsoarbete/folkhalsorapport_blekinge_2014_till-tryck.pdf (2017-07-11).
- [39] Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni: indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- [40] Landstinget Blekinge (2017). *Samverkan*. Tillgänglig: <http://ltblekinge.se/Halsa-och-varld/Landstingets-folkhalsoarbete/Samverkan/> (2017-12-14).
- [41] Landstinget Blekinge (2017). *Faktabakgrund till folkhälsopolicy för Blekinge län 2014-2018*. Tillgänglig: <http://ltblekinge.se/globalassets/halsa-och-varld/landstingets-folkhalsoarbete/faktabakgrund-folkhalsopolicy-2014-11-21.pdf> (2017-10-24).
- [42] Länsstyrelsen Blekinge Län (2017). *Länsstrategi ANDT*. Tillgänglig: <http://www.lansstyrelsen.se/blekinge/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/folkhalsa/alkohol-och-droger/ANDT-strategi-blekinge.pdf> [2017-10-24].
- [43] Region Blekinge (2016). *Idrottspolitiskt program Blekinge 2018–2022 remiss*. Tillgänglig: http://www.regionblekinge.se/a/uploads/dokument/Remiss_idrottspolitiskt-program_PA1.pdf (2017-10-24).

6.

Bilaga 1



LANDSTINGET BLEKINGE

Landstingsdirektörens stab
Planeringsenheten
Ralph Harlid

2016-05-16

Ärendenummer: 2016/00657
Dokumentnummer: 2016/00657-1

Till Landstingsstyrelsen

Kommission för jämlik hälsa i Blekinge

Sammanfattning

Medellivslängden i Sverige har ökat under den senaste 30-årsperioden men samtidigt noteras en ökad ojämlikhet mellan olika grupper i samhället. Utvecklingen syns tydligt på nationell nivå och det finns inget som talar för att det ser annorlunda ut i Blekinge. Ansvar för en god hälsa delas av många samhällsaktörer, men landstingen har ett uttalat ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagens. För att kraftsamla och vända den oönskade trenden med ökade hälsoklyftor tar landstinget Blekinge initiativ till en kommission för jämlik hälsa. Uppdraget för kommissionen är att lämna förslag på åtgärder som kan bidra till att hälsoklyftorna i Blekinge minskar.

I syfte att åstadkomma en bättre hälsa har Landstinget i samverkan med samtliga kommuner i länet formulerat en folkhälsopolitik och startat ett arbete för att genomföra intentionerna i denna. Detta arbete inriktar sig i nuläget på att skapa goda förutsättningar för barns och ungas uppväxt. För att ytterligare skynda på utvecklingen för en mer jämlik hälsa skulle en kommission för jämlik hälsa kunna bidra genom att fokusera på socioekonomi och genusperspektiv som är två viktiga faktorer för hälsa. Utöver det ska kommissionen bidra till en ökad medvetenhet om den ojämlika hälsan bland relevanta samhällsaktörer i och utanför landsting och kommuner.

Bakgrund och ärendebeskrivning

Grunden för folkhälsopolitiken finns i Regeringsformen 1 kap. 2 § där det framgår att den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Det övergripande nationella folkhälsomålet i (prop.2002/03:35) är ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. I propositionen trycks särskilt på:

- Att ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper i befolkningen måste motverkas
- Att sociala bestämningsfaktorer och en bred välfärdspolitisk ansats är centrala
- Att det krävs insatser från det offentliga, näringslivet, folkrörelserna och individerna själva

WHO publicerade 2008 rapporten ”Closing the gap in a generation” populärt kallad Marmotrapporten. Dess slutsatser för att minska ojämlikheten i hälsa kan sammanfattas med följande områden

- Ge varje barn bästa möjliga start i livet
- Gör det möjligt för alla barn, ungdomar och vuxna att använda sin fulla potential och ha kontroll över sina liv.
- Skapa rättvisa anställningsvillkor och arbete för alla
- Säkerställ hälsosamt boende för alla
- Skapa och utveckla hälsosamma och hållbara samhällen
- Stärk rollen och betydelsen av förebyggande hälsovård

Folkhälsa- sjukvård- och idrottsminister Gabriel Wikström gav 2015 uppdrag till en nationell kommission för jämlik hälsa. Dess uppdrag är att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Till grund för kommissionens uppdrag ligger regeringens uppdrag att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation.

Efter WHO:s rapport har flera liknande arbeten genomförts internationellt. I Sverige har kommissionen för jämlik hälsa tagit fram förslag till insatser i Malmö, Västra Götalandsregionen och Östergötland.

Ansvaret för en god hälsa delas av många samhällsaktörer, men landstingen har ett särskilt uttalat ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagens. I juni 2015 lämnade majoriteten i landstinget Blekinge ett besked om att man önskade starta en kommission för jämlik hälsa i Blekinge.

Mål för en kommission för jämlik hälsa i Blekinge

Målet för en kommission för jämlik hälsa är att skapa förutsättningar för en god hälsoutveckling och minskade hälsoklyftor för invånarna i Blekinge.

Uppdrag för en kommission för jämlik hälsa i Blekinge

Det huvudsakliga uppdraget för kommissionen är att lämna förslag på åtgärder som kan bidra till att hälsoklyftorna i Blekinge minskar. Kommissionen ska ha en bred ansats men lägga tonvikt på perspektiven socioekonomi och genus.

Utöver ovanstående uppdrag ska kommissionen medverka till en ökad medvetenhet och större engagemang om den ojämlika hälsan bland relevanta samhällsaktörer i och utanför landsting och kommun.

Arbetsformer för kommissionen

Kommissionen består av en ordförande och lämpligt antal ledamöter med kompetenser inom de samhällssektorer som påverkar hälsan mest. Till stöd för kommissionen avdelas ett tjänstemannastöd inom landstingsdirektörens stab.

Kommissionens arbetsformer innebär att samla in, föreslå och testa förslag till åtgärder som kan bidra till minskade hälsoklyftor. Huvudsakliga källor till idéer och förslag är slutsatser och rekommendationer från andra kommissioner, egna kunskaper, kompetenser och kontaktnät hos kommissionens medlemmar samt dialog, kontakter och samarbete med olika samhällsaktörer

Kommissionens arbete ska präglas av bredd, öppenhet och målinriktning. Särskilda kontakter bör tas med nyckelaktörer såsom tidigare och pågående kommissioner, arbetsförmedling,

försäkringskassa, arbetsmarknadens parter och professioner. En plan för kommunikation ska upprättas, men utöver det väljer kommissionen själv sina arbetsformer.

Tidplan

Kommissionen påbörjar sitt arbete under hösten 2016. Under arbetets gång återkopplar kommissionen fortlöpande sina slutsatser till de samhällsaktörer som påverkar hälsoutvecklingen. En slutrapport lämnas till landstingsstyrelsen i december 2017

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

- att bilda en kommission för jämlik hälsa i Blekinge
- att uppdra åt landstingsstyrelsens arbetsutskott att utse ordförande och ledamöter i kommissionen.
- att ge kommissionen uppdrag att återkomma med förslag på åtgärder som kan bidra till att hälsoklyftorna i Blekinge minskar i en rapport senast december 2017
- att avdela resurser till ett tjänstemannastöd för kommissionen och uppdra åt landstingsdirektören att återkomma med förslag på hur ett sådant stöd utformas.

Karlskrona enligt ovan



Peter Lilja
Landstingsdirektör



Ralph Harlid
Planeringsdirektör

Karlskrona enligt ovan



LANDSTINGET BLEKINGE

Hälso- o sjukvård Ekonomienhet
Åsa Nygren

2019-10-17

Ärendenummer 2019/01677-3
Dokumentnummer 2019/01677-3

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Revidering av delårsbokslut augusti 2019

Förslag till beslut

1. Att anta den reviderade delårsrapporten inklusive ekonomisk redogörelse och överlämna den till regionstyrelse samt regionfullmäktige.

Sammanfattning

Den ekonomiska redogörelsen för Hälso- och sjukvården pekar på en ansträngd ekonomisk situation där det prognostiserade resultatet uppgår till – 105,8 mnkr. Kostnadsutvecklingen visar att 0 % ökning efter augusti och på helår förväntas kostnaderna ökat med 2 %, då satsningar och lönerevision är inkluderade.

Den prognos som redogjordes för vid nämndens möte i augusti kvarstår men behöver revideras utifrån de interna transaktioner som görs för att finansiera hälsovalsfinansierad verksamhet. I prognosen saknades de interna intäkterna som vårdcentralerna finansierar Rehabcentrum i östra Blekinge med. Avsaknaden av intäkt innebär också att kostnaden saknades hos vårdcentralerna.

För Hälso- och sjukvårdens prognostiserade resultat innebär revideringen ingen förändring. Budgetavvikelsen för intäkter och för övrig drift balanserar mer rimligt.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Tf. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Åsa Nygren
Ekonomichef Hälso- och sjukvården

Delårsrapport augusti 2019

Dokumentnamn: Delårsrapport augusti 2019		Revision: 01
Dokumenttyp:	Dokumentnummer:	
Detta dokument gäller för: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.	Funktionsområde:	
Dokumentansvarig:	Beslut av:	
Beslut datum:	Nästa revidering:	

2019-09-13

Ärendenummer: 2019/01677

Innehåll

1	Sammanfattning.....	5
2	Perspektivet invånare och samhälle	7
2.1	Inriktningsmål – ett attraktivt Blekinge	7
2.2	Inriktningsmål – en god och jämlik hälsa.....	9
2.3	Inriktningsmål – god tillgänglighet.....	15
2.4	Inriktningsmål – ett hållbart näringsliv.....	19
3	Perspektivet kvalitet och process.....	21
3.1	Inriktningsmål – god kvalitet i Region Blekinges tjänster och samverkansprocesser.....	21
3.2	Inriktningsmål – en digitaliserad verksamhet	26
4	Perspektivet kompetens	29
4.1	Inriktningsmål – ett engagerat medarbetarskap	29
4.2	Inriktningsmål – säkrad kompetensförsörjning nu och i framtiden	33
5	Perspektivet miljö och hållbarhet	36
5.1	Inriktningsmål – En hållbar verksamhet	36
6	Perspektivet ekonomi.....	39
6.1	Inriktningsmål – ekonomi med god kostnadskontroll.....	39
6.2	Inriktningsmål – långsiktig ekonomisk planering	43
7	Verksamhetsuppföljning	45
7.1	Verksamhetsstatistik	45
8	Uppföljning medarbetare.....	53
8.1	Statistik för perioden 1 januari – 31 juli 2019.....	53
8.2	Inhyrd personal	59
8.3	Arbetsmiljö och hälsa	59
8.4	Kompetensförsörjning	60
9	Ekonomisk uppföljning	61
9.1	Utfall och prognos	61
9.1.1	Intäkter	62
9.1.2	Personalkostnader	63
9.1.3	Driftkostnader.....	65
9.1.4	Kapitaltjänst.....	68
9.1.5	Resultat utifrån finansieringsform	68

9.2	Prognosförklaring	69
9.2.1	Besparingar och effektiviseringar.....	70
9.3	Investeringar	71
9.4	Projektrevisning	72
9.5	Internkontroll per område.....	72
9.5.1	Nära vård	72
9.5.2	Specialiserad vård.....	74
9.5.3	Medicinsk service.....	76
9.5.4	Förvaltningsstab.....	78

1 Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsorganisationen med områdena Nära vård, Specialiserad Vård och Medicinsk Service har nu varit i drift 8 månader. Perioden har karaktäriserats av att starta utveckling som på sikt ska leda till en hållbar vård med service för invånarna i fokus, parallellt med att fortsätta bedriva vård utan avbrott. Perioden har varit turbulent. Från mitten av maj är regiondirektören tillika tf hälso- och sjukvårdsdirektör.

Omställningsarbetet har pågått parallellt med operativt arbete rörande vårdplats- och bemanningsproblem. Samverkan med kommunerna inom Blekinge med gemensam målbild är en förutsättning för omställningen. En workshop har genomförts som förutom kommunerna och Regions Blekinges egna medarbetare innefattade knappt 200 invånare, patientföreningar, privata vårdgivare och utvalda politiker. Denna har använts för att skapa koncept för gemensamma målbild. Resultatet speglar den service som invånarna kommer att erbjudas i Region Blekinge om 5 år och används i fortsatta dialoger samt till GAP-analys.

Det förebyggande arbetet fortsätter, planer för etablering av tarmcancerscreening, organiserad prostatacancer-testning och HPV-vaccination av pojkar har tagits fram. Distansmonitorering av hjärtsviktspatienter, båda i syfte att styra resurser ut från sjukhuset så att svårt sjuka patienter ska kunna må bra och känna sig trygga hemma startar i september. Dessa projekt innehåller stora aspekter av digitalisering. Det gör även exempelvis verksamheten som förbereds för att kunna skicka bilder av hudförändringar för bedömning i stället för att skicka patienten. Projekt för att erbjuda mobil geriatrik kommer inom kort att erbjuda mobil vård till komplext sjuka invånare. Konsultativa insatser erbjuds från geriatrik och palliativ vård. Digital vårdcentral har prövats och fungerar tekniskt. Medicinsk service har säkerställt att resurser kan möta omställningen. Framtidens sjukvårdslokaler inklusive nya sjukhusblock samt framtidens vårdinformationssystem, FVIS, är två mycket stora investeringar som ligger framför oss inom en snar framtid. Workshops startar i september. Arbetet pågår kring Byggnad 46 som beräknas vara inflyttningsklart efter sommaren 2020, kunskapsstyrning och implementering av processutveckling där även processledarkompetens behövs. Det saknas plan för hantering av brister i och av lokaler för framtidens Nära Vård Center och utökade vårdcentraler, där behoven för Trossö vårdcentral är det mest akuta. Psykiatrins lokaler är framme vid att projekteras och här behövs beslut om byggstart för fastighet i Ronneby men även byggnation av lokalerna i Karlskrona behöver starta.

Detta delårsboks slut präglas av sommarperioden, samt neddragning av antalet vårdplatser på sjukhuset. Framför allt har kirurgkliniken hela sommaren haft många utlokaliserade patienter. Detta ger försämrad patientsäkerhet och arbetsmiljö. Det har också inneburit att avdelningarna har haft högre belägningsgrad. Den planerade operationsverksamheten i Karlshamn var stängd under 8 veckor för att kunna bemanna den akuta verksamheten i Karlskrona. Alla vårdplatser har inte kunnat öppnas efter sommaren. Arbetet för att kunna erbjuda den bästa vården pågår, bl a genom vårdplatsöversyn, utveckling av vårdplatskoordinering, översyn av befintliga flöde, stärka och koordinera den mobila vården mm.

Stora arbetsmiljöproblem efter stängning av avdelning 57 gav spridningseffekter till flera andra vårdenheter. Insatser pågår med åtgärder såväl på avdelnings-, klinik- och förvaltningsnivå. Det kvarstår dock stora utmaningar med arbetsmiljön, framförallt relaterat till underbemanning och kompetensbrist. De patientsäkerhetsrisker som uppstår i sammanhanget bevakas och åtgärder för att minska dessa sätts in. Bristen på specialistläkare och sjuksköterskor ger fortsatt beroende av hyrpersonal. Stort fokus ligger på att skapa en god arbetsmiljö och behålla vår personal. Vi har upprättat en handlingsplan för arbetsmiljö för att synliggöra pågående aktiviteter, där en viktig del är att möjliggöra delaktighet och dialog med medarbetare som arbetar i kärnverksamheten. Dialog forum kommer startas inom kort.

Till bemanningsproblem adderas behovet av att bemanna FVIS, byggnation och processutveckling där mycket resurser tillsätts från verksamheterna.

Hälso- och sjukvården har en ansträngd ekonomi sedan många år tillbaka och kostnaden per invånare har varit bland de högsta i landet. Under nuvarande år finns en tydlig utveckling som pekar på att kostnadsutvecklingen har dämpats och stannar vid 0 % (utan hänsyn till lönerevision). Något som ska förhållas till kostnadsutvecklingen i vårdssverige där många regioner rapporterar tilltagande kostnadsutveckling. Budgetavvikelsen beräknades till 120,8 mnkr vid början av året och har nu reviderats till – 105,8 mnkr. Personalkostnaderna har dämpats, kostnaderna för köpt vård är stabila och läkemedel i slutenvården inryms inom budget.

2 Perspektivet invånare och samhälle

Invånare- och samhällsperspektivet beskriver de viktigaste målsättningarna för att invånarnas behov ska tillgodoses på bästa sätt och för att skapa en attraktiv region för invånare, näringsliv och besökare.

Perspektivet omfattar även målsättningar inom servicekvalitetsområdet för Region Blekinge som till exempel tillgänglighet, bemötande och delaktighet.

2.1 Inriktningsmål – ett attraktivt Blekinge

Indikator	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Prognos 2019
Andel av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.	82 % (2017).	85 %.	Målvärdet uppnås ej.
Andel patienter som anger ett positivt helhetsintryck	BLS: öppenvård – 90% (2018), slutenvård – 88% (2018). Primärvård: 80% (2018).	Högre än 2018.	Osäkert om målvärdet uppnås.

Kommentar och analys:

I den nationella Hälso- och sjukvårdsbarometern som genomfördes under 2018 så angav 81 procent av de tillfrågade Blekingeborna att de instämde helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Motsvarande siffra för riket är 81,4 procent. Under 2019 har någon mätning ej genomförts.

Inom den specialiserade vården pågår ett aktivt implementeringsarbete för att kunna mäta patienternas helhetsintryck av vården. Detta är en viktig förutsättning för att få igång förbättringsarbete. Under året har lokala testmätningar gjorts på tre vårdavdelningar och efter mätningen i juni angav 96 procent av patienterna att de har ett positivt helhetsintryck, men detta är således mätningar utförda i liten skala.

Avseende de verksamheter som ryms inom medicinsk service så finns ingen nationell patientenkät eller motsvarande. Verksamheter som röntgen, klinisk fysiologi och laboratorieverksamheten besöks av många patienter och därmed finns också mycket information att hämta från dessa patientgrupper. Detta sätt att följa upp hur patienterna upplever verksamheten behöver utvecklas inom medicinsk service. Lokalt, regionalt och/eller nationellt.

Insatsområden/uppdrag som bedöms viktiga för att nå en god måluppfyllnad

Skapa förutsättningar för en attraktiv boendemiljö och samhällsservice:

1. Involvera invånare/patienter i utvecklingen av hälso- och sjukvården.
2. Skapa struktur för kontinuerlig återkoppling/utvärdering av hur patienter/närstående uppfattar den vård som ges.
3. Utveckla och etablera strukturer för den Nära vården (finns även under Kvalitet och process).
4. Utveckla verksamheten i enlighet med Riktlinjer för implementering av personcentrerad vård i Blekinge inom hela hälso- och sjukvårdsorganisationen (finns även under God och jämlik hälsa).

Kommentar och analys:

1. Det pågående utvecklingsarbetet med att ta fram målbild för Nära vård innefattar att säkra delaktighet. Invånare bjöds in via patientföreningar och medverkade i workshop med bland annat deltagande av den nationella samordnaren. I samband med denna workshop erbjöds medverkande att anmäla sig till en referensgrupp som har fått ta del av och ha synpunkter på det koncept för Nära vårds service, som tagits fram som ett resultat av denna workshop. Vidare medverkade representanter för Nära vård med informationsmaterial och dialog vid Östersjöfestivalen tillsammans med Karlshamns kommun vecka 29. Förberedelser sker för invånar-/patientmedverkan i Vårdkommitté och cancerråd. Invånare har också medverkat i arbetsgrupper om psykiatriens nya lokaler.

Region Blekinge ingår sedan hösten 2018, tillsammans med övriga regioner, i ett SKL-drivet projekt för patientkontrakt. Patientkontrakt är en dokumenterad överenskommelse mellan vårdgivare och patient som syftar till bättre delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan mellan patient och vårdgivare. I detta arbete har invånargrupper och patienter från psykiatrien avdelning 28 deltagit och lämnat synpunkter på SKL:s enkätfrågor. På sjukhuset pågår ett pilotprojekt med Min E-vårdplan inom tarmcancer och det fungerar bra.

2. Inom slutenvården har implementering av månatlig digital uppföljning av patientnöjdhet, upplevd delaktighet och bemötande påbörjats. I nuläget har tre slutenvårdavdelningar implementerat den månatliga digitala uppföljningen. Innan året är till ända planeras hälften av samtliga somatiska slutenvårdsavdelningar ha implementerat den månatliga uppföljningen av patientupplevelser.

FoU-enheten genomför under hösten en forskningsstudie för att undersöka hur patienter och närstående upplever delaktighet i utskrivningsprocessen. Kontinuerlig uppföljning kan ske genom den så kallade webbkollen men detta kräver personella resurser för att ringa upp och intervjua berörda. Även Blekinge kompetenscentrum arbetar med att hitta sätt att mäta personcentrering via den nationella patientenkäten.

3. Dialoger pågår.

4. En del i personcentrerad vård handlar om att patienter och brukare ska ges möjlighet att vara delaktiga, dels i planeringen och genomförandet av sin egen vård, dels i utvecklingen av vård och behandling på ett mer övergripande plan. Inom psykiatri finns en brukarsamordnare anställd som utifrån en fastställd handlingsplan arbetar med olika insatser som bland annat strävar efter att öka patienters delaktighet. Efterfrågan på stöd för att utveckla personcentrerad verksamheterna är stor både inom hälso- och sjukvården och regionövergripande verksamheter. Ett exempel är dialogforum på de psykiatriska avdelningarna som syftar till att göra patienter mer delaktiga i att förbättra verksamheten samt att öka patienters delaktighet i sin egen vård. Arbetet mot en mer personcentrerad vård fortskrider.

Förmedla bilden av det attraktiva Blekinge:

1. Kvalitetsuppföljning med visualisering av resultat (finns även under Kvalitet och process).

Kommentar och analys:

1. Ett antal beställningar till Analysenheten har gjorts. Inväntar leverans.

Samlad bedömning av verksamhetens bidrag till inriktningsmålet

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har flera omfattande aktiviteter inom området, samt mycket god kvalitet inom stora delar av verksamheten, och beräknar därmed bidra väsentligt till det samlande målet om ett attraktivt Blekinge. Den omställning som Nära vård innebär handlar om att säkra service och tillgänglighet till invånarna för hälso- och sjukvård och för förebyggande och hälsofrämjande insatser. Planen är att skapa största möjliga delaktighet i utvecklingsarbetet och flera specifika tillfällen och vägar är planerade för att få synpunkter från invånare och medarbetare.

2.2 Inriktningsmål – en god och jämlik hälsa

Indikator	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Prognos 2019
Andel av patienterna som anger positiva svar om delaktighet och involvering.	Psyk/ Hab: Nytt. Primärvården: 75%. BLS: öppenvård - 88% (2018), slutenvård - 81% (2018).	Öka med 1% jämfört med föregående mätning.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Skillnad mellan män och kvinnor i andel som anger positiva svar om delaktighet och involvering.	Psyk/ Hab: Nytt. Primärvården: 1% skillnad. BLS: slutenvård 2,5% skillnad, öppenvård 1,5% skillnad.	Ingen skillnad (max 5 procentenheter.	Osäkert om målvärdet uppnås.

Andel av patienterna som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.	Totalt 82%. Kvinnor: 82%. Män: 84%.	Öka med 1% jämfört med föregående mätning.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Skillnad mellan män och kvinnor i andel som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.	2% skillnad.	Ingen skillnad (max 5 procentenheter).	Osäkert om målvärdet uppnås.
Andel av patienterna som anger positiva svar om respekt och bemötande.	Psyk/ Hab: Nytt. Primärvården: 82%. BLS: slutenvård 83% (2018), öppenvård 90% (2018).	Öka med 1% jämfört med föregående mätning.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Skillnad mellan män och kvinnor i andel som anger positiva svar om respekt och bemötande.	Psyk/ Hab: Nytt. Primärvården: 1% skillnad. BLS: slutenvård 3% skillnad (2018), öppenvård 1% skillnad (2018).	Ingen skillnad (max 5 procentenheter).	Osäkert om målvärdet uppnås.
Andel enheter (vårdcentral, klinik) som redovisar ett lokalt mål för att säkerställa en jämlik vård.	Psyk/ Hab: Nytt Primärvården: BLS:	100%.	Målvärdet uppnås ej.

Kommentar och analys:

Nationell Patientenkät (NPE) genomförs enbart vart annat år varför mått på flera av ovanstående indikatorer ej kan lämnas. Det är i nuläget endast primärvården som mäts varje år. Innevarande års NPE-resultat för primärvården kommer redovisas – om återföringen av resultatet till regionerna sker i tid för bokslutet. Flera mottagningar inom vården arbetar med det resultat man sedan tidigare har från Nationella Patientenkäten.

För att fortlöpande kunna förbättra och följa upp patientupplevelser har tre slutenvårdsavdelningar implementerat en digital uppföljning av patientupplevelser av vården.

Resultatet i juni visade att 87 procent av de tillfrågade patienterna angav positiva svar om delaktighet och involvering. På frågan om respekt och bemötande angav 98 procent av patienterna ett positivt svar.

Då endast tre vårdavdelningars mätresultat i nuläget finns bör angivna värden tolkas med viss försiktighet och det är osäkert om målvärdet för slutenvården uppnås.

Ett aktivt implementeringsarbete pågår för att fler vårdavdelningar fortlöpande ska kunna följa patientupplevelserna. Implementeringen har tagit längre tid än beräknat på grund av bland annat resursbrist samt att implementeringen avstannat över sommarmånaderna. Implementeringen har återupptagits nu i höst och målet är att minst hälften av alla somatiska slutenvårdsavdelningar ska ha implementerat den månatliga uppföljningen av patientupplevelser innan årets slut. Resterande vårdavdelningar planeras implementera mätningen under våren 2020. Detta är en viktig förutsättning för att få igång förbättringsarbete.

Insatsområden/uppdrag som bedöms viktiga för att nå en god måluppfyllnad

Utöka förebyggande och hälsofrämjande insatser i Region Blekinge:

1. Ta fram statistik som beaktar andra aspekter av jämlikhet, som ålder, geografi etcetera som kan ligga till grund för framtida inriktning och mål för verksamheten.
2. Arbeta fram en läns- och verksamhetsövergripande handlingsplan för självmordsförebyggande insatser.
3. Utveckla arbetssätt för att möjliggöra att invånarna tar ansvar för att tidigt upptäcka och förebygga ohälsa.
4. Via särskild levnadsvanemottagning erbjuda ökat stöd till patienten som har svåra problem med levnadsvanor.
5. Utredda möjligheten för en länsgemensam barn- och ungdomshälsa.
6. Påbörja tarmscreening under 2019 för personer mellan 60–74 år.
7. Utredda möjligheten till utökat åldersspann avseende mammografi och cellprovtagning.
8. Utredda möjligheten för en ordnad provtagning gällande förekomsten av prostatacancer.

Kommentar och analys:

1. Under 2018 genomfördes befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor bland länets invånare i åldrarna 16–84 år. En folkhälsorapport har tagits fram utifrån enkätsvaren. Resultaten från enkäten visar att utvecklingen går mot en bättre hälsa men liksom tidigare undersökningar så visar 2018 års enkätundersökning att länets invånare skattar sin hälsa något lägre än i övriga landet. Det finns också skillnader i upplevd hälsa mellan män och kvinnor och mellan olika socioekonomiska grupper, det vill säga hälsan är varken jämställd eller jämlik. Resultaten bör analyseras vidare och åtgärdsförslag tas fram och genomföras för att uppnå en bättre hälsa för befolkningen.
2. Arbete pågår med en handlingsplan för självmordsförebyggande insatser. Planen presenteras då för vidare beslut i verksamhetsgrupp psykisk hälsa/IFO/funktionshinder samt i LSVO. Barn- och ungdomspsykiatrien har fortsatt utbilda inom Deplyftet. Detta är en stor satsning som följer de nationella riktlinjerna kring depression. Deplyftet är ett treårigt forskningsprojekt som innebär en kaskadutbildning, implementeringsprocess, där de flesta medarbetarna kommer bli utbildade.
3. Som stöd för arbete med ohälsosamma levnadsvanor finns reviderade riktlinjer för prevention och behandling.

Blekinges regionala vårdprogram är också en del i att utveckla ett personcentrerat arbetssätt. Endagarsutbildningar för vårdpersonal om att arbeta med levnadsvanor (tobak, alkohol, mat och fysisk aktivitet) genomförs två gånger om året i Karlskrona och Karlshamn.

Kortare utbildningar genomförs både internt och externt för att skapa medvetenhet och ge verktyg för att förebygga ohälsa. Att bygga nya strukturer kring prevention tar tid och får ibland stå tillbaka till förmån för akuta insatser.

4. Mottagningens verksamhet fortsätter och resultat på individ- och gruppnivå samlas in kontinuerligt. Verksamheten arbetar bland annat med stödjande preoperativa hälsofrämjande åtgärder för att förebygga komplikationer samt nå bättre resultat efter operation.

Den ovissa situationen kring mottagningens existens har dock påverkat både patient och personal negativt. Remissflödet och motivationsnivån har sjunkit. Verksamheten visar dock mycket positiva resultat för patienterna och hälsoekonomiska beräkningar är positiva.

5. Initiering av utredning av sammanhållen barn- och ungdomshälsa kommer att ske via LSVO men hämmas av att det saknas gemensam styrgrupp mellan regionens och kommunernas politiker.
6. Screeningen beräknas starta tredje kvartalet 2020. Förberedande arbete för att kunna påbörja screening 2020 startade 2019. Arbete med att korta koloskopiköerna, planering av lokaler, logistik, kommunikationsinsatser till allmänheten och professionen, tillsättning av samordningsfunktion och annan resursplanering pågår. En mer detaljerad projektplan är under arbete.
7. Utredning med involvering av experter från verksamheten visade att det är bättre att följa de vetenskapligt grundade nationella riktlinjerna.
8. Region Blekinge kommer att strukturera och förbättra den opportunistiska PSA-testningen på symptomfria män som önskar ta PSA-test enligt riktlinjerna i det nationella vårdprogrammet för prostatacancer.

Planerad start av pilot på en vårdcentral (Brunnsgården) i slutet september 2019. Utvärdering av pilot i december 2019 och breddinförande Q1 2020 i primärvården. Breddinförandet har senarelagts i förhållande till tidigare planering på grund av resursbrist för att kunna analysera det ökande antalet PSA-tester som förväntas, men laboratoriemedicin har nu säkerställt att det finns kapacitet att analysera proverna.

Genomföra insatser för en mer jämlik hälsa i samverkan:

1. Tillsammans med länets kommuner fortsätta utvecklingen av arbetet mot bakgrund av införandet av Lagen om samverkan (LOS).
2. Integrera barnkonventionen i struktur för ledning, styrning och uppföljning.
3. Genomföra aktiviteter utifrån behovsanalysen om palliativ vård.
4. Presentera ett underlag för inrättandet av hospiceverksamhet i Blekinge.
5. Ta fram rutiner/riktlinjer för att uppmärksamma somatisk (o)hälsa hos personer med psykisk sjukdom och/eller funktionsnedsättning.
6. Ta fram rutiner/riktlinjer för att uppmärksamma HBTQ-personers hälsa.
7. Påbörja arbetet med att konkretisera de förslag på åtgärder som Kommissionen för jämlik hälsa lämnar i sin rapport.

Kommentar och analys:

1. Den fortsatta implementeringen av SAMSPEL är integrerad med utvecklingsarbetet kring Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LOS). Under hösten intensifieras detta arbete genom en tvåårig satsning för att stärka det proaktiva arbetet för individer med behov av samordnade insatser. Fokus för processledarna är att utifrån identifierade utvecklingsbehov stötta det lokala och verksamhetsnära förbättringsarbetet.

LOS ska särskilt främja att patienter med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter att behandlande läkare bedömt att patienten är utskrivningsklar. Andel vårdplatser med utskrivningsklara patienter under månaderna januari till augusti 2019 har varierat mellan 3,7 – 7,0 procent.

Motsvarande siffra för 2017, dvs. innan LOS infördes, varierade mellan 7–10 procent. Cirka 60 procent av patienterna i målgruppen skrivs ut samma dag som de bedömts utskrivningsklara. LSVO och berörda verksamhetsgrupper har ansvar för att följa effekterna av den förändrade utskrivningsprocessen. Uppföljningen är fortfarande beroende av manuella moment i framtagande av underlaget. Resultaten förmedlas månadsvis till ansvariga via LSVO.

En utvärdering av den förändrade utskrivningsprocessen kommer under hösten att genomföras via Blekinge kompetenscentrum. Denna kommer spegla såväl patient/brukarperspektivet som verksamhets- och personalperspektiv.

De tidigare tankarna kring en processledarfunktion har nu formaliserats genom ett förslag från Region Blekinges vårdkommitté. Förslaget har även förankrats med länets kommuner som ställt sig positiva till att erhålla stimulansmedel för gemensamma implementeringsaktiviteter används för att skapa en processtruktur för arbete med att utveckla samordningen för patienter med behov av insatser från flera olika verksamheter inom region och kommun. Arbetet startar under hösten och samordnas av två processledare om vardera 50 procent, en från kommunal verksamhet och en från Region Blekinge. Utbildningsaktiviteter har genomförts för nyckelpersoner inom specialistmottagningarna i hantering av verktyget Prator. Webbutbildningen kring SAMSPEL inklusive rutiner enligt LOS är klar och publicerad på externa webben.

Inom den nationella satsningen kring psykisk hälsa genomfördes i april ett andra utbildningstillfälle inriktad på Samordnad individuell plan, (SIP). Utbildningen riktade sig till länets alla chefer inom verksamheter som hanterar SIP. Verksamhetsgruppen IFO/psykisk hälsa/funktionshinder inom LSVO har tagit beslut om nytt utbildningstillfälle våren 2020.

Vårdkommittén har beslutat att starta en fördjupas processutveckling och kvalitetssäkring avseende LOS. Projektledare ska rekryteras.

2. För att arbeta systematiskt med integrering av barnkonventionen har en handlingsplan upprättats. Ett arbete pågår med att sprida handlingsplanen och skapa rutiner för uppföljning av handlingsplanens aktiviteter. Rutiner för uppföljningen har ännu inte fått fäste och det är för låg svarsfrekvens för att redovisa insatsområdena. Antalet barnrättsombud i regionen fortsätter att öka vilket stödjer implementering, spridning och uppföljning av barnkonventionen. Barnkonventionen ska beaktas i nya utredningar och förbättrings- och utvecklingsarbeten.

3. Den nya verksamheten Geriatrik och palliativmedicin har sedan starten konsoliderat verksamheten och rekryterat kliniska medarbetare för att klara det kliniska uppdraget. Konsekvenserna av palliativutredningen, som bedöms vara att cirka fyra invånare i genomsnitt har behov av att vara inskrivna i palliativa vårdinsatser utanför hemmet, kräver omfattande analys och resultat kommer inte att föreligga under 2019.
4. Arbetet ännu ej initierat.
5. Riktlinjer för att uppmärksamma somatisk (o)hälsa hos personer med psykisk sjukdom och/eller funktionsnedsättning är under framtagande med fokus på patienter med neuroleptikabehandling. Riktlinjerna kommer omfatta ett gemensamt upplägg för så kallat hälsosamtal med åtgärder vid behov.

Parallellt pågår framtagande av förslag på implementering av arbetssätt för levnadsvanor bland personer med funktionsnedsättning utifrån uppdrag från LSVO via verksamhetsgrupp psykiatri/ IFO/ funktionshinder. Båda uppdragen samordnas.

6. Region Blekinge har ansökt om och beviljats statsbidrag för att öka kunskapen om HBTQ-frågor i hälso- och sjukvården. Arbetet för att ta fram förvaltningsövergripande rutiner/riktlinjer har ännu inte påbörjats på grund av att det saknas en folkhälsostategi och arbetet med personcentreringen har fått företräde. Dock har kvinnokliniken nyligen HBTQ-certifierats.
7. I nuläget pågår flera olika uppdrag kopplat till Kommissionen för jämlik hälsas förslag. Områden som berörs är bland annat barn och unga, psykisk ohälsa, hälsofrämjande utbildning, samverkan inom arbetslivet, inkludering och medborgardialoger. En sammanställning över Hälso- och sjukvårdsnämndens och -förvaltningens insatser kopplade till åtgärder i kommissionsrapporten har gjorts och överlämnats till hälso- och sjukvårdsdirektören. Pågående insatser fortgår enligt planer framöver. Hur arbetet kring föreslagna åtgärdsförslag ska beredas och prioriteras är en fråga för hälso- och sjukvårds respektive regionledningen att besluta.

Utveckla ett personcentrerat förhållningssätt i Region Blekinges verksamheter:

1. Utveckla verksamheten i enlighet med Riktlinjer för implementering av personcentrerad vård i Blekinge inom hela hälso- och sjukvårdsorganisationen (finns även under Attraktivt Blekinge).

Kommentar och analys:

1. Se beskrivning under 2.1 Inriktningsmål – ett attraktivt Blekinge.

Samlad bedömning av verksamhetens bidrag till inriktningsmålet

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har flera omfattande aktiviteter inom området, och beräknar därmed bidra väsentligt till uppfyllande av inriktningsmålet.

2.3 Inriktningsmål – god tillgänglighet

Indikator	Ingångsvärde (ange mättpunkt)	Målvärde 2019	Resultat per april 2019	Prognos 2019
Vårdgarantin (0) – Kontakt med primärvården samma dag.	74 % (Våren 2018).	100 %.	93 %.	Målvärdet uppnås ej.
Vårdgarantin (3) – leg personal i primärvården inom tre dagar.	Nytt.	100 %.	84 %.	Målvärdet uppnås ej.
Vårdgarantin (90) – Besök i den specialiserade somatiska vården inom 90 dagar.	75 % (2018).	100 %.	74 %.	Målvärdet uppnås ej.
Vårdgarantin (90) - Behandling i den specialiserade somatiska vården påbörjad inom 90 dagar.	90 % (2018).	100 %.	85 %.	Målvärdet uppnås ej.
Andel besvarade telefonsamtal på berörda mottagningar/enheter.	Resultat 2018.	90 %.	Ej fått resultat-sammanställning.	Målvärdet uppnås ej.
Andel patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF) för cancer som startar behandling inom avsedd tid.	54 % (2018).	80 %.	57 % tom aug 2019.	Målvärdet uppnås ej.
Tid till läkarbedömning på akutmottagning.	63 min. (2018).	<60 min.	Mediantid 1:08.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Beläggingsgrad slutenvård.	BLS: 88 % (2018) Psyk: 80 % (jan-aug 2018).	BLS: 85–90%. Psykiatri: 80 %.	BLS: 90 %. Psykiatri: 85 %.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Andel patienter inom psykiatri och	Psyk: 61% inom 30 dag.	Psykiatri: 70 % inom 30 dag.	Psykiatri: 58% inom 30 dag.	Osäkert om målvärdet uppnås.

habiliteringen som varit på ett nybesök inom angiven tidsram.	92% inom 60 dag. (jan-aug 2018) Habilitering: 25% inom 30 dag. 73% inom 60 dag. (jan-aug 2018).	90 % inom 60 dag. Habilitering: 30 % inom 30 dag. 60 % inom 60 dag.	93% inom 60 dag. Habilitering: 59% inom 30 dag. 92% inom 60 dag.	
---	--	--	---	--

Kommentar och analys:

Många mål har extremt högt satta målvärden, vilket gör att förbättringar inte syns bland resultaten. Även om Region Blekinge ligger bättre till än många andra regioner, ibland bäst, så når vi ändå inte patienternas förväntan och nationella eller regionala målsättningar. Tillgängligheten är en stor utmaning, som kräver mycket arbete. Utbildning och handledning inom produktionsstyrning intensifieras under året och ett flertal pågående förbättringsarbeten har som syfte att öka tillgängligheten för opererande verksamheter. Mammografiverksamheten har haft svårt att upprätthålla en god tillgänglighet. Arbete pågår för att med hjälp av webbokning förbättra tillgängligheten.

Nya måltal för primärvårdens vårdgaranti infördes vid årsskiftet. Tekniska insatser har genomförts i Blekinge för att göra det möjligt att få ut dessa resultat men tyvärr föreligger fortfarande inga resultat, varför verksamheterna inte heller har kunnat följa upp och ta fram förbättrande åtgärder om det behövs. Den plan som föreligger för Nära vård kräver fortsatta förändringar av hur tillgänglighet mäts. I uppdraget från Framtidens hälso- och sjukvård finns att dela upp vårdflöden mellan akut och planerad vård och det berör till stor del primärvård. En utredning av den akuta vårdprocessen krävs och ligger också i uppdraget. Utredning fortgår också rörande akutverksamhet i Karlshamn. Arbetshypotesen just nu är att akuta vårdbehov av icke livshotande sjukdom hos i övrigt friska invånare i första hand ska hänvisas till akutverksamheter i Karlshamn och Karlskrona. Orsaken till denna uppdelning är att vårdcentralerna ska klara att erbjuda fast vårdkontakt till ett team och att man därigenom ska kunna förbättra tillgänglighet och fördjupa ansvaret för kroniskt och komplext sjuka invånare. För måtvärden betyder det att tillgänglighet till det akuta flödet inte kan bedömas utgående från enskild vårdcentral utan behöver bedömas från hälso- och sjukvården som system. Motsvarande gäller tillgänglighet till telefon och möjligheten att bedöma tillgänglighet till rådgivning kommer att försvåras då denna till ökad del kommer att ske via 1177.

Det är osäkert om målvärdet uppnås eftersom måtvärden fortfarande inte är tillgängliga och eftersom beslut eller genomförande av förändringar i uppdraget för att utveckla Nära Vård inte kunnat utföras.

Insatsområden/uppdrag som bedöms viktiga för att nå en god måluppfyllnad

Utveckla tillgängligheten till Region Blekinges verksamheter:

1. Arbeta fram processer för akuta patientflödet.
2. Utveckla arbetet med produktionsstyrning (finns även under Ekonomi)
3. Utveckla digitala möten mellan vårdpersonal och patienter (finns även under Digitaliserad verksamhet)
4. Etablera grunderna för processororienterat arbetssätt (finns även under Kvalitet och process)
5. Genom samarbete mellan primärvård och sjukhusbaserad vård etablera en dygnet-runt-öppen Nära vård på Blekingesjukhuset i Karlshamn
6. Initiera utredning av förutsättningarna för kvällsöppna vårdcentraler i samtliga kommuner i länet
7. Initiera en resursförstärkning av 1177 Vårdguiden.

Kommentar och analys:

1. Insatser pågår för att rekrytera processledare för akutvårdsprocessen men övriga processresurser finns inte beslutade eller finansierade.
2. De flesta verksamheter i specialiserad vård har genomgått utbildning i produktionsstyrning och förbättringsarbeten pågår i verksamheten. En uppföljningsdag planeras under hösten.

Primärvården har nu en plan för att införa produktionsstyrning och även andra verksamheter inom Nära vård som inte infört eller använder produktionsstyrning kommer att genomgå utbildning under de närmaste månaderna, datum är satta.

3. Digital vårdcentral har drifttestats fram till sommaren. Beslut om fortsatt drift behöver fattas, utgående från att breddinförande av funktionen beräknas leda till en ökad kostnad på cirka 800–900 tkr per år. Möjligheten att använda digital vårdcentral bedöms inte leda till motsvarande ökade intäkter i hälsovalersättning och finansiering saknas därför för denna kostnad. Till detta kommer att Inera efterfrågar att bland annat motsvarande funktionalitet utvecklas kopplat till 1177 nationellt och man har därför efterfrågat att regionerna delar på utvecklingskostnad på cirka 30 miljoner för detta.

Distansmonitorering och digitala verktyg för mobila arbetssätt är ett arbete som pågår inom specialiserad vård. Där ingår förberedelser för att testa verktyg för distansmonitorering på thoraxcentrum i september och även verksamheten som förbereds för att kunna skicka bilder av hudförändringar, teledermaskopi, för bedömning i stället för att patienten ska behöva åka mellan olika vårdenheter. Distansmonitorering och digitalisering behöver kopplas till ordinarie verksamhetsutveckling så att det stödjer de befintliga vårdprocesserna.

Test av digitala besök har skett inom vuxenpsykiatri öst. Upplevelsen av dessa var att det fungerade relativt väl på viss del av vårdorsakerna/patientgrupp. Tekniken strulade till viss del men då den fungerade så upplevdes mötet relativt bra. Utvärdering ska göras under hösten 2019.

Ett ökat utbud och användande av e-tjänster ökar tillgängligheten till vården och underlättar för invånare att vara delaktiga i sin egen vård. Blekinge ligger efter övriga Sverige gällande användandet av 1177 Vårdguidens e-tjänster. Ehälsolyftet syftar till att öka e-hälsokompetensen generellt hos såväl invånare som medarbetare i regionen samt mer specifikt till att öka verksamhetens kännedom om 1177 Vårdguidens e-tjänster. Förhoppningen är således att Ehälsolyftet ska öka både utbud och användande av e-tjänster i Blekinge.

4. Gemensam planering görs med regionstaben där fastställande av förvaltningens mognad inom processororienterat arbetssätt är ett viktigt steg. Det kommer att krävas utbildningsinsatser för hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp samt medarbetare inom enheten för kvalitet och utveckling. Under hösten kommer roller och funktioner för det processororienterade arbetssättet att definieras. Målsättningen är också att hälso- och sjukvårdsförvaltningens huvud- samt stödprocesser kommer att identifieras och prioriteras under hösten.
5. Utredning av Närakut har levererats men sedan återremitterats till hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Komplettering av utredningen/ underlaget pågår.
6. Möjligheterna till kvällsöppna vårdcentraler har lyfts till Hälsoval och uppdrag med finansiering behöver hanteras i Hälsovalsersättningen. Ökade öppettider bedöms på kort sikt innebära hög risk. Hög andel av besök inom primärvård hanteras av läkare från bemanningsföretag. Beslut som tagit för att egen personal ska tjänstgöra kvällstid inom primärvården har lett till att personal avslutat sin tjänstgöring. Både kostnader och möjlighet att bemanna innebär därför hög risk avseende detta uppdrag.
7. Resursförstärkning pågår avseende 1177-vårdguiden. Rekrytering av kompetent personal är ett stort problem och uppdraget hanteras därför på följande sätt: En digital samtalsstyrning håller på att tas fram som ska kunna dirigera samtal efter efterfrågad service, såsom tidbokning, receptförnyelse eller rådgivning. Tillsammans med utveckling till fast vårdkontakt till team i nära vård bedöms denna aktiva samtalsstyrning att leda till att uppdraget löses under planperioden.

Samlad bedömning av verksamhetens bidrag till inriktningsmålet

Tillgängligheten är en av hälso- och sjukvårdens stora utmaningar, vilken är starkt kopplad till en annan stor utmaning, kompetensförsörjningen. Uppdraget bedöms lösas tillfredställande men de insatser som krävs innebär fleråriga utvecklingsprojekt och kräver fortsatta regionala beslut som innefattar finansiering, liksom delvis nationella beslut. Uppdragen bedöms därför kunna lösas under planperioden men kommer inte att vara klara under 2019.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har flera omfattande aktiviteter inom området, och inom vissa verksamheter ligger Blekinge mycket bra till, så verksamheten bidrar väsentligt till uppfyllande av inriktningsmålet. Det återstår dock en hel del arbete innan hälso- och sjukvården generellt sett har en god tillgänglighet.

2.4 Inriktningsmål – ett hållbart näringsliv

Indikator	Ingångsvärde (ange mättpunkt)	Målvärde 2019	Prognos 2019
Antal utvecklingsprojekt i samverkan med andra aktörer.	Nytt.	5	Osäkert om målvärdet uppnås.

Kommentar och analys:

I Karlshamns kommun har samverkansarbetet, mellan beroendemottagningen och socialtjänsten, fortsatt med gemensam behandlingsgrupp för unga. Gruppen träffas kring olika teman. Det ingår även träffar med närstående. I Karlshamn finns socialtjänsten i samma lokaler som beroendemottagningen och psykiatrien en dag/vecka.

I Karlskrona kommun finns BraSam. Där medarbetare träffas och diskuterar, efter att patienten gett sin tillåtelse, hur insatser kan samordnas på bästa sätt av beroendeenheten, psykiatri, primärvård, socialtjänst och funktionsstöd. Det är komplexa patienter där tidigare insatser oftast havererat och förhindrar att patienterna ”faller mellan stolarna” och att patienterna skickas mellan olika enheter och olika huvudmän.

Till samverkansgrupperna finns styrgrupper kopplade på chefsnivå.

Vuxenpsykiatrien Ronneby öppnade Träffpunkt i samverkan med kommunpsykiatrien som bedrivs i lokal på stan. Öppet två gånger i veckan kvällstid.

Samtliga verksamheter inom Nära vård har rehabkoordinatorer som arbetar med kommuner och försäkringskassa för att bryta längre sjukskrivningar.

Projektet Mind the Gap, som hanteras på regionnivå, innefattar medverkan av Nära vård, i första steget genom medverkan av beteendevetare på Brunnsgårdens vårdcentral. Projektet syftar till att medverka till att unga vuxna som står långt från arbetsmarknaden ska erbjudas insatser som bidrar till att de ska kunna bli självförsörjande.

Insatsområden/uppdrag som bedöms viktiga för att nå en god måluppfyllnad

Främja innovationer och företagande:

1. Samverka med BTH, andra högskolor, universitet och andra utbildningsaktörer samt det regionala näringslivet (finns även under Kompetensförsörjning).

Kommentar och analys:

1. Region Blekinge samverkar med flera aktörer så som BTH, Blue Science Park, Sigma, länets kommuner m.fl.

Syftet med samverkan är bl.a. utveckling och innovation som leder till förbättrad hälsa, förbättrad vårdkvalitet och ansvarsfullt nyttjande av resurser. Fler samverkansprojekt är under pågående:

- a. Ny teknik för äldre – ICT (Information and Communication Technology) för personer med kognitiv svikt/mild demens. Det planeras för en pilot med följande aktörer: BTH, Region Blekinge (Hälso- och sjukvården, Karlskrona kommun, Sigma och Blue Science Park).
- b. Vård på distans – ICT för personer med kronisk hjärtsvikt. Detta projekt startar i dagarna en pilot med 5 patienter tillsammans med hjärtmottagningen, BTH, Karlskrona kommun, CGI, Blue Science Park.
- c. ”Mobil geriatrik” – mobil närvård i hemmet med kontinuitet och hög kvalitet till personer med omfattande och komplexa behov. Det planeras för ett test av det nya arbetssättet i Karlskrona kommun med start till hösten 2019. De involverade aktörerna är hemsjukvården och omsorgen, primärvården och berörda specialistteam/-kliniker.
- d. I samarbete med BTH kommer en ny kvalitetssäkrad och evidensbaserad handledningsmodell för sjuksköterskestudenter i verksamhetsförlagda utbildning (VFU) pilotinföras under hösten 2019. Breddinförande planeras under 2020. Digital utvärdering av VFU/APL/LIA är framtagen och kommer att testas under hösten.

Samlad bedömning av verksamhetens bidrag till inriktningsmålet

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har flera omfattande aktiviteter inom området och beräknar därmed bidra väsentligt till uppfyllande av inriktningsmålet.

3 Perspektivet kvalitet och process

Perspektivet kvalitet och process lyfter fram områden som påverkar kvaliteten i de tjänster Region Blekinge levererar. Kvaliteter som invånaren själv kan bedöma, exempelvis tillgänglighet, bemötande och delaktighet innefattas i perspektivet invånare och samhälle. Kvaliteter som är svåra för invånaren själv att bedöma, exempelvis medicinska resultat, omvårdnadsresultat, patientsäkerhet, driftsäkerhet och miljöpåverkan finns under det här perspektivet och benämns som kärnkvalitet. För att leverera god kvalitet behövs ändamålsenliga, resurseffektiva och flexibla processer i verksamheten.

3.1 Inriktningsmål – god kvalitet i Region Blekinges tjänster och samverkansprocesser

Indikator	Ingångsvärde (ange mättpunkt)	Målvärde 2019	Prognos 2019
Patientsäkerhetsindex.	2017: 79,2.	80.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Andel vårdenheter som upprättat handlingsplan utifrån enkät patientsäkerhetskultur.	Resultat enkät patient-säkerhetskultur 2017.	100 %.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Andel vårdenheter som sammanställt och analyserat registrerade vårdskador i avvikelshanterings-systemet.	Resultat 2018.	100 %.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Vårdskador ska minska.	Resultat 2018.	Färre än 2018.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Andel patienter som omfattas av LOS som återinläggs inom 30 dagar.	17 % (2018).	Lägre än 2018.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Antal beskrivna och etablerade processer.	Nytt.	5	Målvärdet uppnås ej.
Antal vårddygns utanför sjukhus (somatisk vård).	1924 (2018).	Fler än 2018.	Målvärdet uppnås.
Antal indikatorer i åtta kvalitetsområden som förbättrats från ej uppfyllt (rött) till uppfyllt mål för kvalitet (grönt).	Nytt.	6 av 8 indikatorer når grönt.	Osäkert om målvärdet uppnås.

Kommentar och analys:

Patientsäkerhetsindex består av sju områden där prognosen för tre av dem är något osäker (vårdskador enligt journalgranskning, överbeläggning och utlokaliserad patient, olämpliga läkemedel för äldre över 75 år). Förekomsten av trycksår har förbättrats från 12 till 7,6 % (riket 12,3). Andelen patienter som fått sjukhusförvärvade trycksår har minskat från 6,6 till 3,8 %. Följsamheten till hygienrutiner har försämrats från cirka 75 till 73 % i år (riket 74,5). Vårdrelaterade infektioner drabbar drygt 8 % av inlagda patienter vilket är i nivå med resultatet för riket vid årets nationella mätning. Allmänt bedöms att dessa skulle kunna förebyggas till cirka hälften. Särskilt uppmärksammas i år allvarliga infektioner orsakade av gula stafylokocker i anslutning till kärlinfarter av olika slag. Efter analys av genomförda journalgranskningar har bristande följsamhet till rutiner kring kärlinfarter identifierats som en möjlig orsak. Under hösten kommer därför omvårdnadsutvecklarna att introducera metoden Patientsäkerhet i realtid (PiR). PiR är en metod för att granska kvalitet, patientsäkerhet och följsamhet till rutiner under pågående vård.

Antibiotikaförbrukningen minskar i hela landet, så även i Blekinge vilket är mycket positivt. Bedömningen av måluppfyllelsen totalt för patientsäkerhetsindexet är osäker men sannolikt kommer det att förbättras något.

Patientsäkerhetskulturen är de värderingar, attityder och beteenden som finns på en arbetsplats. En enkät till vårdpersonalen har genomförts 2011, 2014 respektive 2017. För regionen totalt syns inte någon väsentlig förändring av resultatet mellan åren. En av ledningens intentioner med enkäten är att utifrån resultatet ska chef och medarbetare prioritera åtgärder samt förtydliga detta i en handlingsplan, vilket få vårdenheter hittills har genomfört. Påminnelse har gått ut och arbete pågår inom vissa kliniker dock har hittills inga fler handlingsplaner inkommit. Sämst resultatet från alla tre mätningarna finns för högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete, samarbete mellan vårdenheter samt överlämningar och överföringar av patienter och information. De två sistnämnda problemen syns, i olika former, även i de avvikelser och anmälningar som vården rapporterar. Uppföljning av vårdenheternas arbete med patientsäkerhetskultur sker i samband med kommande patientsäkerhetsdialoger, vilket startar i höst hos primärvårdscentralerna. Enligt plan ska nästa enkät genomföras under år 2020.

Patientsäkerhet är inte ett statiskt tillstånd. Det dagliga arbetet påverkas i varje möte och arbetsmoment av människa, teknik och organisation. Risker uppstår och hanteras genom att alla bidrar och lär av tidigare erfarenheter samt utvecklar arbetssätt och system. Personalen ska bidra till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risk för vårdskada och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Av 2 255 avvikelser inom vård bedömdes 52 som vårdskada. Chefläkarna har anmält 28 allvarliga vårdskador enligt lex Maria. Av de registrerade vårdskadorna har hälften även registrerats vara internutredda. Utredning och analys genomförs med största sannolikhet i större utsträckning än vad som kan utläsas av statistiken i avvikelssystemet. Därför finns det en osäkerhet kring om alla vårdenheter sammanställer och analyserar sina registrerade vårdskador enligt övergripande rutiner.

Ett inriktningsmål är att vårdskador ska minska. Antalet registrerade vårdskador är nästan hälften i jämförelse med samma period föregående år enligt avvikelshanteringssystemet. Men med tanke på problemen kring vårdplatser, arbetsmiljö och omorganisation, finns det en ökad risk för att vårdpersonalen de facto inte hinner skriva avvikelser. Samma vårdskada ska dock inte uppstå, vilket tyvärr händer.

Indikatorn som mäter andel patienter som omfattas av LOS som återinläggs inom 30 dagar visade ett resultat för 2018 på 17 procent och under årets första åtta månader varierar motsvarande siffra mellan 13,9 – 19,2 procent, vilket innebär att det är osäkert om målvärdet uppnås under året.

När det gäller indikatorn antalet beskrivna och etablerade processer så pågår ett arbete på enheten för kvalitet och utveckling avseende deras arbetsformer, funktions- och rollbeskrivningar samt omställning för möjliggörande av nya uppdrag inom ramen för ny organisation. Att beskriva och etablera processer är ett av dessa uppdrag.

Läkemedelsgenomgångar är en metod för att säkerställa att den enskilde patienten får en säker, effektiv och evidensbaserad läkemedelsbehandling men, den används inte idag i den utsträckning som sjukvården ska enligt Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37. Dokumentationen av genomförda läkemedelsgenomgångar är också bristfällig. Kliniska farmaceuter är ett stöd i arbetet med att genomföra läkemedelsgenomgångar och de deltar aktivt i verksamheten för att främja en god och säker läkemedelsanvändning och -hantering.

Insatsområden/uppdrag som bedöms viktiga för att nå en god måluppfyllnad

Etablera ett processororienterat synsätt:

1. Etablera gemensam ledning och styrning av processer och utveckling i samarbete med kommuner och tandvård.
2. Etablera grunderna för processororienterat arbetssätt (finns även under Tillgänglighet).
3. Identifiera och påbörja kartläggning av processerna för de fem procent av patienterna som har störst vårdbehov (finns även under Ekonomi).
4. Genomföra insatser för att förbättra cancervården (finns även under God tillgänglighet).

Kommentar och analys:

1. Den nya vårdkommittén har haft sina två första möten under våren, med representanter från olika hälso- och sjukvårdsverksamheter, folktandvården och kommunerna. Syftet är framförallt att främja kunskapsstyrning och processororienterat arbetssätt över organisationsgränser för invånarens/patientens bästa.

Ett samarbete pågår för att forma den nya FoU- strategin tillsammans med länets kommuner.

2. Se beskrivning under 2.3 Inriktningsmål – god tillgänglighet.
3. Identifiering av de fem procent (patienter, diagnoser) som är mest resurskrävande har skett, men vidare analys har avstannat på grund av resursbrist inom analysenheten.
4. Plan för att implementera och utarbeta regionala riktlinjer enligt det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering är under arbete. Rehabiliteringen är en viktig del av cancerprocesserna där bedömningar och insatser behöver göras under hela sjukdomsförloppet. Utvärdering pågår av E-Min Vårdplan inom kolorektal- och prostata teamet under april 2019 inför eventuellt breddinförande i andra cancerprocesser under hösten. Analys och förbättringsarbeten pågår gällande ledtider – SVF.

Patientrepresentation har nu tillförts och kommer från november medverka i cancerrådet för att kunna ta del av erfarenheter och kunskap från ett patientperspektiv.

Omsätta inriktningsbesluten i Framtidens hälso- och sjukvård:

1. Förstärka och utveckla mobila arbetssätt.
2. Inrätta mobila team som når kroniskt sjuka patienter i hela Blekinge.
3. Utveckla och etablera strukturer för den Nära vården (finns även under Attraktivt Blekinge)
4. Utveckla den interna och externa strukturen av den specialiserade vården (koncentration av vård) samt profilområden (vård att erbjuda andra landsting/regioner).
5. Fortsatt utveckling av samverkansstruktur tillsammans med kommunerna i Blekinge.
6. Genomföra gemensamma utbildningsinsatser avseende LOS tillsammans med kommunerna i Blekinge.
7. Säkerställa att det finns rehabiliteringskoordinatorer i verksamheten.

Kommentar och analys:

1. Utveckling av mobila arbetssätt sker dels genom utveckling av läkarbil och de akuta insatser för vård i hemmet som sker via akutverksamhetens team liksom kopplat till mobil nyföddhetsvård.

Arbete pågår för att testa och införa distansmonitorering och digitala verktyg för mobila arbetssätt kopplat till verksamhetsutveckling för att gå från reaktivt till proaktivt arbetssätt. Thoraxcentrums hjärtsviktsmottagning startar test av distansmonitorering i september 2019 för patienter med hjärtsvikt.

2. Mobil närvård. Ett arbete pågår för att utveckla en mobil närvårdsmodell inkluderande mobila arbetssätt och mobila team. Målet är att personer med omfattande och komplexa behov ska kunna erbjudas vård och omsorg i hemmet med kontinuitet och hög kvalitet. Det uppnås genom att de involverade aktörerna, hemsjukvården och omsorgen, primärvården och berörda specialistteam/-kliniker samarbetar sömlöst och tillämpar ett proaktivt, teambaserat och mobilt arbetssätt för att planera och utföra den vård och omsorg som behövs. Projektet mobil geriatrik har utökats till att innefatta mobil vård av komplext sjuka invånare. Start av dessa mobila insatser startar i Karlskrona under oktober. Projektet kommer att utvärderas och fortsatt samarbete med mål att breddinföras i samverkan med samtliga kommuner efter det aktuella testprojektet har tagits upp i Vårdkommittén.
3. Utveckling av den Nära vården fortgår. Ett stort antal hinder har tyvärr identifierats, förutom den mest allvarliga som var känd redan vid start; att inga ekonomiska resurser allokerats för omställningen. Till detta har identifierats att Hälsovalets regelbok i den nuvarande utformningen förhindrar utveckling där inriktningsbeslut finns efter utredningen framtidens hälso- och sjukvård. De gäller till exempel att det, enligt regelboken, måste finnas en komplett vårdcentral i varje kommun, regler kring passiv listning och oklarheter kring den framtida finansieringen av primärvårdsrehabilitering. Utöver detta krävs finansiering via Hälsoval av de utökade resurser för att klara fast vårdkontakt i Nära vårdteam på vårdcentralerna.
4. Ett aktivt och nära samarbete med övriga regioner inom Södra sjukvårdsregionen pågår, där Region Blekinge erbjuder andra regioner vård inom vissa områden (t.ex. övre gastrokirurgi, ryggkirurgi,

ingrepp inom thoraxkliniken) för att stärka den specialiserade vården, och utjämna väntetider i sjukvårdsregionen.

Samarbete avseende den luftburna verksamheten har initierats, i syfte att Blekinges förmåga kan utgöra basen för hela sjukvårdsregionen.

5. Arbete pågår för att tillsammans med kommunerna utveckla ledningssystemet för LSVO och hur det på ett funktionellt sätt kan fasas in i Region Blekinges övriga ledningsstrukturer.
6. SIP-utbildningen i april var den senaste större gemensamma utbildningsinsatsen avseende LOS. Kommande utvecklings- och utbildningsinsatser kommer att ha en mer lokal inriktning. Detta för att få en tydligare koppling till lokalt identifierade förbättringsområden samt behovet av att utveckla den lokala samverkan med kommunerna i linje med utvecklingen av den nära vården.
7. För närvarande finns det 24 rehabkoordinatorer fördelade över samtliga vårdcentraler samt vuxenpsykiatri, thorax-, ortoped-, medicin- och rehabavdelningar.

Deras kompetens säkerställs genom introduktion, metodstöd, mentorskap, nätverk och webbutbildningar i rehabkoordinering och försäkringsmedicin.

Minska antalet vårdskador i hälso- och sjukvården:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Aktiv monitorering och uppföljning av vårdskador.2. Öka kunskapen om förhållningssätt och värderingar betydelse för patientsäkerheten. |
|--|

Kommentar och analys:

1. En lednings- och uppföljningsstruktur för patientsäkerhetsarbetet behöver arbetas fram för att en mer effektiv monitorering och uppföljning av risk för, samt inträffade, vårdskador ska bli verklighet. Målsättningen är att denna lednings- och uppföljningsstruktur ska finnas på plats under 2020. Den förändrade vårdplatsstrukturen som på grund av sjuksköterskebrist har skett under året har påverkat "inre ordning och reda". Detta har till viss del har fått följder i vården till exempel kring vårdplatser och arbetsmiljö. Risker har förmedlats och hanterats på olika sätt. Antalet rapporterade vårdskador har dock minskat. Uppföljning av vårdenheternas arbete kring vårdskador kommer att bland annat ske i samband med kommande patientsäkerhetsdialoger, med start i höst hos primärvårdscentralerna.
2. En nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet år 2020 – 2024, kommer att kräva en motsvarande planering kring patientsäkerhetsarbetet för Region Blekinge. Enkät kring patientsäkerhetskultur ska, enligt tidigare planering, ställas till vårdpersonalen under år 2020. Resultatet av denna ska vara underlag för att öka kunskapen kring hur värderingar och förhållningssätt bör utvecklas för hälso- och sjukvård samt tandvård inom Region Blekinge.

Arbeta målinriktat för högre kvalitet:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Etablera struktur och arbetssätt för kunskapsstyrning.2. Kvalitetsuppföljning med visualisering av resultat (finns även under Attraktivt Blekinge).3. Utveckla struktur och stöd för systematiskt förbättringsarbete på alla nivåer i organisationen. |
|--|

Kommentar och analys:

1. Vårdkommittén har etablerats, och ett systematiskt arbete för dess arbete framtagits.
2. Ett antal beställningar till analysenheten har genomförts. Leverans inväntas.
3. Det finns ett stort behov i organisationen av kunskap kring systematiskt förbättringsarbete. Det är ett grundläggande verktyg för att vi ska lyckas med våra utmaningar inom t.ex. nära vård, processororienterat arbete och personcentrerat förhållningssätt.

Förbättringskunskap ingår som en modul i den nya Ledarakademin och ambitionen är att fler ledare än enbart chefer ska få möjligheten att delta. Diskussioner och viss planering har under 2018 genomförts tillsammans med kompetensutvecklingsstrateg men arbetet har sedan omorganisationen pausats. Resursmässigt råder stor brist på medarbetare som kan planera och genomföra utbildningar i förbättringskunskap. En lösning är att sy ihop flera delar (förbättringskunskap, processororienterat arbetssätt, personcentrerad vård och förhållningssätt) i en modul och att arbeta i team för att minska sårbarheten.

Samlad bedömning av verksamhetens bidrag till inriktningsmålet

Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen har flera omfattande aktiviteter inom området, och beräknar därmed bidra väsentligt till uppfyllande av inriktningsmålet.

3.2 Inriktningsmål – en digitaliserad verksamhet

Indikator	Ingångsvärde (ange mätpunkt)	Målvärde 2019	Prognos 2019
Antal ärenden till 1177 Vårdguidens e-tjänster.	Resultat 2018. Jan-mars 2018 var det totalt 8464 ärenden.	Fler än 2018.	Målvärdet uppnås.
Antal tider som bokas via web-tidbokning.	Resultat 2018.	Fler än 2018.	Målvärdet uppnås ej.

Kommentar och analys:

Statistik för antalet ärenden till 1177 Vårdguidens e-tjänster går dessvärre inte att få fram till detta delårsbokslut bakåt i tiden. Detta har med bytet till den nya plattformen att göra med nya personalverktyget som skedde 10 juni. Det går just nu inte att få fram siffror ”bakåt i tiden”, men statistiktjänsten kommer igång den 30/9 och då kan statistik återigen plockas fram. Trenden är dock att antalet ärenden till 1177 Vårdguidens e-tjänster ökar sakta och förhoppningen är att antalet ärenden kommer att öka i än större utsträckning när eHälsolyftet har genomförts under året.

Inera genomför en översyn av sin statistikjänst för webbtidbok eftersom den visar felaktiga uppgifter. På grund av detta går det inte att få fram tillförlitliga siffror för denna period. I takt med att fler tidstyper läggs ut för bokning till invånaren ökar dess användning.

Blekinge har som enda region inom SUSSA samverkan inte infört gränssnitt för e-tjänster. Det innebär att det saknas koppling mellan e-tidbok och tidböcker i kliniska IT-system. Utan införande av den call-back service som ligger i budgetberedning inför 2020 kommer inte service att klara tidbokning via 1177, eftersom det tekniska förutsättningarna saknas. Utöver detta saknas kapacitet tydligast inom primärvård för att klara att öppna tillgänglighet till digital tidbokning utan att detta får allvarliga undanträngningseffekter av de mest vårdbehövande invånarna.

Utökning av digitala tjänster via 1177 genomförs inom psykiatri under hösten.

Bedömningen är att målvärdet ej uppnås eftersom både de tekniska och personella förutsättningarna saknas, men förutsättningar finns för förbättrade resultat under 2020 om de ekonomiska satsningar som krävs för omställning budgeteras.

Insatsområden/uppdrag som bedöms viktiga för att nå en god måluppfyllnad

Utveckla digitala tjänster anpassade till befolkningens behov:

1. Utarbeta arbetssätt för digitalt stöd för hemmonitorering.
2. Utveckla digitala möten mellan vårdpersonal och patienter (finns även under Tillgänglighet).
3. Digitala lösningar inkluderas som naturlig del i processarbetet.
4. Främja användandet av redan existerande e-hälsolösningar.

Kommentar och analys:

Arbetet går enligt plan. Insatser pågår. Digitalt stöd för hem-/ distansmonitorering testas av hjärtsviktsmottagningen med start under september 2019. Lösningen inkluderar stöd för digitala möten mellan vårdpersonal och patienter. Inre struktur och systematik för arbetet med verksamhetsutveckling kopplat till digitala nationella och regionala strategier behöver utvecklas. Min e-vårdplan för patienter med cancer kommer att breddinföras. Nationell e-hälsodeklaration före operation kommer att införas.

Utveckling av digitala möten, dels inom psykiatri och dels i form av digital vårdcentral. Beslut inväntas om att antingen breddinföra digital vårdcentral eller att stödja motsvarande nationella satsning via Inera. Digitalt stöd planeras prövas rörande vårdcentralens akuta vårdflöde under hösten. Existerande e-hälsolösningar införs inom psykiatri.

Samlad bedömning av verksamhetens bidrag till inriktningsmålet

Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen har flera omfattande aktiviteter inom området, och beräknar därmed bidra väsentligt till uppfyllande av inriktningsmålet.

4 Perspektivet kompetens

Perspektivet kompetens omfattar målsättningar för att Region Blekinge ska ha den kompetens som behövs för att bedriva verksamheten. Det handlar dels om att kunna attrahera rätt medarbetare, dels om att kunna behålla och utveckla den kompetens som organisationen redan har. Ett viktigt led i detta är att stärka arbetsgivarvarumärket. Perspektivet omfattar också målsättningar för utveckling av kompetens i Blekinge för att kunna matcha näringslivets behov av kompetens med den arbetskraft som finns tillgänglig.

4.1 Inriktningsmål – ett engagerat medarbetarskap

Indikator	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Resultat per juli 2019	Prognos 2019
HME-index	Resultat 2018 78,4	Lika eller högre än 2018	Mäts i november.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Delindex Styrning (HME)	Resultat 2018 74,8	Lika eller högre än 2018	Mäts i november.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Delindex Ledarskap (HME)	Resultat 2018 79,6	Lika eller högre än 2018	Mäts i november.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Arbetsmiljöindex	Resultat 2018 70,3	Lika eller högre än 2018	Mäts i november.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Sjukfrånvaro	Sjukfrånvaro i procent 2018 5,24%	Ska minska (resultat levereras jan 2020)	5,4 %.	Osäkert om målvärdet uppnås.

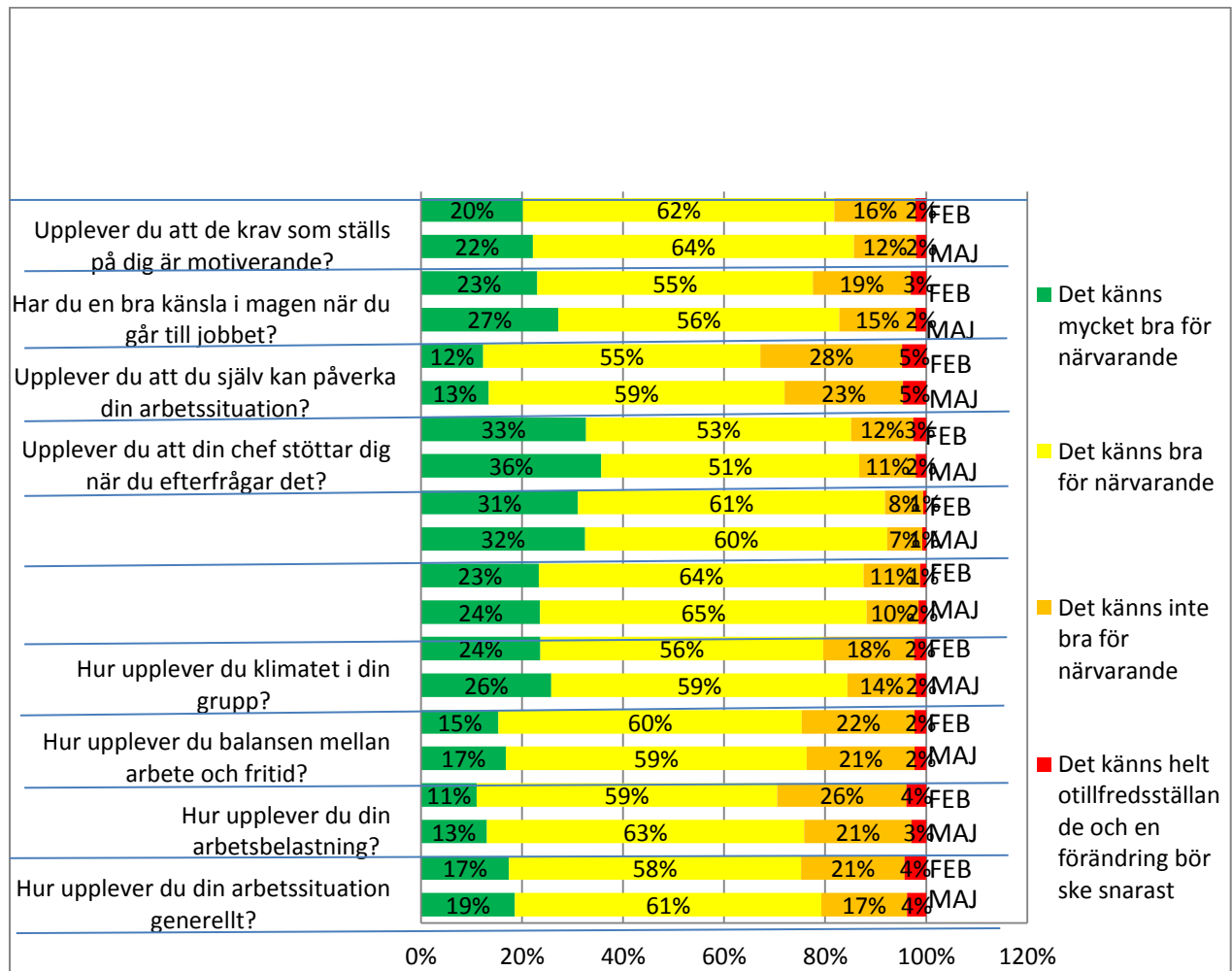
Kommentar och analys:

Medarbetarengagemang mäts genom ett antal parametrar såsom ledarens förmåga att kommunicera mål (HME styrning) och ledarens förmåga att motivera och engagera (HME ledarskap). Denna undersökning besvaras i oktober/november årligen och resultatet redovisas i den årliga verksamhetsrapporten.

Vi arbetar med ledarskapsutvecklingsfrågor utifrån HRfunktionens fördjupningsgrupp där förvaltningens HRchef och avdelningschef för HRkonsulter är aktiva deltagare i utvecklingsarbetet kring innehåll i ledarskapsakademien för utveckling av ledare- och medarbetarkompetenser och förhållningssätt. Under 2019 förändras innehåll i ledarskapsakademien för att stärka våra chefer i verksamheten. I dagsläget ligger också planering av att implementera ett teamutvecklingsprogram för att ytterligare stärka samarbete och kompetens i teamarbete hos chefer och medarbetare.

Vi har infört ett testverktyg, NEO, som ska användas i samband med rekrytering av chefer. Det projekt SUSAM (systematiskt utvecklingsprojekt för systematiskt arbetsmiljöarbete) har kommit igång med sitt arbete och hittills jobbat med en av våra kliniker för att stötta chefer i hur man praktiskt jobbar med systematiskt arbetsmiljöarbete – responsen från verksamheten har varit mycket positiv.

De tempmätningar på arbetsmiljön som infördes i början på året har resulterat i att hela förvaltningen nu använder verktyget för att fånga relevanta psyko-sociala arbetsmiljöfrågor i den egna avdelningens verksamhet. Den totala bilden på de 2 tempmätningar vi hade i februari respektive maj där vi ser ett något förbättrat resultat totalt i maj jämfört med februari:



Vi bedömer att de långsiktiga insatserna för såväl ledarskap som styrning och arbetsmiljö bör ge positiv effekt på styrning och ledarskap. Arbetsmiljö och sjukfrånvaro prognosticeras ge effekt tidigare och därav bedömningen av måluppfyllnad. Dessa måltal kan ge effekt redan i år då verktygen för att stärka dessa områden redan är initierade och implementerade.

Det är viktigt att få full effekt av ny ledarskapsakademi samt implementering av testverktyg vid rekrytering av chefer för att påverka resultat kring ledarskap, samt att organisationen förmår att ta till sig det stöd som erbjuds inom arbetsmiljöområden för att ge effekt och måluppfyllnad. Här behöver vi särskilt titta på de verksamheter som bedriver dygnet-runt verksamhet – framför allt vårdavdelningar. Arbetet med bemanningstal fortskrider baserat på hur utformning av vårdplatser på lång sikt ska se ut, liksom att RAK inom samtliga professioner systematisk genomförs i verksamheten.

Insatsområden/uppdrag som bedöms viktiga för att nå en god måluppfyllnad

Utveckla kompetens inom processororientering:

1. Lokala mål ska formuleras och förankras så att varje medarbetare förstår sitt bidrag till verksamheten.
2. Definiera och utveckla processledarkompetens.
3. Kartlägga kompetensnivåer i processkunskap och definiera utbildningsinsatser.

Kommentar och analys:

1. Det viktiga arbetet med att visualisera data – dvs analys och uppföljning behöver förbättras inom hela organisationen. Det är svårt att definiera individuella och lokala mål om inte mål med tidplan är beslutade och allmänt kända. Genom vår nya organisation behöver denna målbild konkretiseras för att lokala mål ska bli möjliga att jobba efter. Såväl förvaltning, kliniker och avdelningar behöver stärka sin förmåga inom analys så att relevanta mätetal blir synliga och uppfyllda. Målkommunikation och metoder för förankring till relevanta individuella mål är under utformning. Målformulering på individnivå ligger i individuella utvecklingsplaner som i dagsläget är manuella. I samband med höstens implementering av Kompetenskompassen kommer det vara möjligt att digitalt bryta ner målen till individnivå och aggregerat följa upp dem. Hela denna implementering beräknas vara klar 2020. Hittills följs den plan för projektet som finns, och prognosen är att den fullföljs enligt plan.
2. En utredning på regionnivå har genomförts av en extern leverantör för att identifiera vår processkompetens inom regionen och därigenom identifiera kompetensgapet som ligger till grund för planerad kompetensutveckling inom processkunskap. Fram till och med juli genomfördes intervjuer med bl a förvaltningens ledning och resultatet har presenterats på regionnivå. Vi kommer därefter i dialog med projektledare inom förvaltning och programkontor att planera för kompetensinsatser.
3. Se punkt 2 om status.

Utveckla kompetens i personcentrerat förhållningssätt:

1. Ledarskola, chef- och medarbetarkompetens där personcentrerat förhållningssätt är en del.

Kommentar och analys:

1. Innehåll i ledarskapsakademin kring personcentrerat förhållningssätt finns implementerat, och modellutformning klar för chefs- och medarbetarkompetenser som kopplas till kompetens inom personcentrerat förhållningssätt. Kommer implementeras i samband med kompetenssystemets modul för medarbetarsamtal och individuella utvecklingsplaner.

Utveckla digital kompetens:

1. Komplettera riktlinjer för medarbetarsamtal med frågeställningar kring digital kompetens.
2. Informera om och implementera kompetensverktyg.

Kommentar och analys:

1. Utvecklingen är beroende av regionens övergripande arbete. Detta görs gemensamt inom HRfunktionen för Region Blekinge under ledning av projektledaren.
2. Går enligt projektplanen som leds inom HRfunktionen för Region Blekinge. I dagsläget har pilotavdelningar inom hälso- och sjukvården testat och vi kommer att breddinföra detta fr om 1 oktober. Information till förvaltningsledningen sker 24 september och därefter information via HRkonsulter till samtliga verksamheter.

Eget insatsområde – Utveckla det systematiska arbetsmiljöarbetet:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Utveckla stödverktyg för systematiskt arbetsmiljöarbete.2. Implementera ”tempmätning” i hela förvaltningen. |
|---|

Kommentar och analys:

1. Arbetet initierat. Projekt SUSAM startade feb/mars där chefer i vården får operativt stöd utifrån den egna avdelningens utmaningar med sin arbetsmiljö. Detta projektet har nu genomförts inom en av våra kliniker (Medicinkliniken) och plan för att fortsatt arbete i höst ligger på de verksamheter som under våren haft mest ansträngd arbetsmiljö samt flera vårdcentraler.
2. Arbete med införande av ”temp-mätningar” har genomfört med 2 mätningar i februari respektive maj. Nästa tempmätning genomförs månadsskiftet augusti-september men resultatet är inte klart ännu.

Eget insatsområde – Stärka kompetensutvecklingen:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Arbeta fram systematik för struktur och planering av kompetensutveckling som del i övrig planerad verksamhet. |
|--|

Kommentar och analys:

1. Slutrapport och generellt beslut taget om struktur och placering för utbildningsuppdraget utifrån hälso- och sjukvårdslagen i samarbete med Kvalitet och Utveckling och HR.

Samlad bedömning av verksamhetens bidrag till inriktningsmålet

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har flera omfattande aktiviteter inom området, och beräknar därmed bidra väsentligt till uppfyllande av inriktningsmålet. Bedömningen är dock att det inte kommer att vara helt tillfredsställande eftersom det är många aktiviteter/projekt i detta inriktningsmål där de flesta är i början av implementeringsfas så är det svårt att bedöma effekterna i år.

4.2 Inriktningsmål – säkrad kompetensförsörjning nu och i framtiden

Indikator	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Resultat per aug 2019	Prognos 2019
Andel verksamheter som har en dokumenterad kompetensförsörjningsplan.	72 % totalt 91 chefer av 126 – BLS +PV+Psyk/Hab (2018).	100 %	Mäts en gång per i samband med verksamhetsberättelsen.	Osäkert om målvärdet uppnås.
AT ranking läkare.	Ranking 12 (2018) samt 5 (2017) Vårt medelvärde 5,38 av 6 (2018) 5,40 av 6 (2017).	Lika eller bättre än föregående år.	11	Målvärdet uppnås.
Verksamhetsförlagd utbildning, andel positiva svar.	2018: 89 %. 2017: 82 %.	Lägst 85 %.	Mäts en gång per år på hösten.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Antal årsarbetare inhyrd personal.	64 årsarbetare (helår 2018).	Lägre än 2018.	61,7 årsarbetare.	Målvärdet uppnås ej.

Kommentar och analys:

Genom implementering av nytt kompetenssystem möjliggörs ett utvecklat analysarbete för bättre underlag kring gapanalys mellan den kompetens vi har och den kompetens vi behöver framöver utifrån regionplanen och ändrade arbetssätt. Implementeringsfasen startar 1 oktober för samtliga verksamheter och beräknas gå in i 2020 innan vi kan se full effekt.

Kompetensförsörjningsplaner finns i dagsläget på 72 procent av samtliga avdelningar, men målet är 100 procent. Vi arbetar med ersättningsrekrytering och insatser för att attrahera potentiella framtida medarbetare inom de områden vi har brist på personal. Hittills i år erbjuds ett ökat antal AST-tjänster för grundutbildade sjuksköterskor som erbjuds möjlighet till betald utbildning till specialistsjuksköterska. Söktrycket från läkarstudenter för AT-tjänstgöring ökar årligen till Region Blekinge och i dagarna har vi fått resultat av rankningen där vi stiger från placering 12 till 11, vilket är positivt. Samarbete med Region Syd och Lunds universitet möjliggör potentiella utbildningsinsatser inom läkarutbildningen samt även samarbeten för att förlägga specialist-utbildningar för sjuksköterskor vid BTH. Detta samarbete har stärkts under året jämförelse med tidigare år.

Vi har sedan många år ett bra samarbete med BTH där sjuksköterskestudenter utför sin praktik hos oss. Vid enkätundersökning anger BTH-studenterna att den verksamhetsförlagda praktiken är mycket bra. Här har vi under flera år legat i toppen i riket vid jämförelser.

Insatsområden/uppdrag som bedöms viktiga för att nå en god måluppfyllnad

Säkra kompetensförsörjningen för Region Blekinge som arbetsgivare:

1. Genomföra insatser för att stärka tillgången till kompetens.
2. Arbeta med handlingsplan för oberoende av hyrpersonal.
3. Ta fram kompetensförsörjningsplaner.
4. Främja och stödja klinisk forskning.

Kommentar och analys:

1. Stärkta insatser för organiserade samarbeten i Region Syd för olika vårdyrken har formaliserats och sker systematiskt och genom arbetsgrupper inom HR för dessa regioner för att stärka samarbeten kring läkar- och sjuksköterskestudenters praktiker som i sin tur stärker tillgången på kompetens. Vi genomför ett antal arbetsmarknadsdagar och informationsträffar samt mässor där vi förutom de sedvanliga rekryteringarna marknadsför oss inom vårdprofessioner.
2. Handlingsplanen för oberoende av hyrpersonal har i vissa delar varit framgångsrik men det är fortsatt svårt att rekrytera läkare inom främst primärvården och kvinnohälsovården. Dock har insatsen med utbildningsvårdcentral varit lyckad och här ser vi ett ökat antal läkare. Sjuksköterskebristen har orsakat ökat behov av inhyrd personal under våren och sommaren, och prognosen är ett fortsatt ökat behov under hösten.
3. Det finns kompetensförsörjningsplaner hos 72 procent av cheferna idag och över tid förväntas andelen öka med det digitala stödet som kompetenssystemet för med sig vid implementering.
4. Förslag på ersättning för disputerade finns klart i utkast men inte beslutat och andra former av förmåner

Samverka för att möta kompetensbehovet i Blekinge:

1. Samverkan med BTH, andra högskolor, universitet och andra utbildningsarrangörer (finns även under Näringsliv).
2. Säkra och stärka den verksamhetsförlagda utbildningen.
3. Arbeta för att utvidga åtagandet för läkarutbildningen i Lund.
4. Medverkan i HR-gruppen Region Syd.

Kommentar och analys:

1. Se beskrivning under 2.4 Inriktningsmål – ett hållbart näringsliv.
2. Genom stärkt samarbete med BTH samordnas och genomförs den verksamhetsförlagda utbildningen för sjuksköterskestudenter.
3. HRPartner från förvaltningen deltar aktivt i Region syds arbetsgrupp för HR i samarbete med bland annat Lunds universitets läkarutbildningar.
4. Se punkt 3.

Samlad bedömning av verksamhetens bidrag till inriktningsmålet

Den samlade bedömningen är att vi systematiskt och strukturerat jobbar med att stärka kompetensförsörjningen i förvaltningen och i Region Blekinge inom vårdyrken. Det är dock många samverkansaktiviteter som är under uppstart vilket gör att bedömningen av måluppfyllelse inte blir helt tillfredställande.

5 Perspektivet miljö och hållbarhet

I perspektivet miljö och hållbarhet anges målsättningar för hur Region Blekinge ska bidra till en utveckling som skapar hållbara livsmiljöer i länet. För att kunna leva väl och behålla en god hälsa är vi beroende av en miljö som förser oss med ren luft, rent vatten och andra livsuppehållande naturresurser samt ett socialt hållbart samhälle där människors lika värde står i centrum. Region Blekinge är en viktig samhällsaktör och har stora möjligheter att bidra till en hållbar utveckling både genom att skapa förutsättningar för ett systematiskt miljö- och hållbarhetsarbete inom Region Blekinge som genom att ta hänsyn till miljö- och hållbarhetsfrågor vid beslut som påverkar regionen.

5.1 Inriktningsmål – En hållbar verksamhet

Indikator	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Prognos 2019
Antal verksamheter som har ett miljöledningssystem.	Hela primärvården samt en klinik på sjukhuset.	Ska öka.	Osäkert om målvärdet uppnås.
Klimatpåverkan från våra egna transporter.	0,08 ton CO ₂ e/ årsarbetare (2018).	Ska minska.	Målvärdet uppnås.

Kommentar och analys:

På röntgenkliniken är arbetet påbörjat med att införa ett miljöledningssystem.

I regionens miljö- och hållbarhetsplan finns beskrivit de områden där verksamheten har störst miljöpåverkan. Ett viktigt område är klimatpåverkan. I Region Blekinges årsbokslut mäts klimatpåverkan från transporter, medicinska gaser och energi, men detta kan tyvärr inte mätas per förvaltningsnivå i dagsläget. På förvaltningsnivå kan mätningar göras avseende utsläppen från tjänsteresor med flyg, tåg och egen privat bil.

Utsläpp av växthusgaser som koldioxid innebär att klimatet blir varmare, blötare och extremare. Det är en utveckling som bör undvikas, därför finns målet om att minska utsläppen med 10 procent för året 2019 som en indikator för regionen.

I nuläget kan endast klimatpåverkan från tjänsteresor med tåg och flyg följas upp förvaltningsvis per årsarbetare. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens klimatpåverkan från resor per årsarbetare augusti 2019 var 0,05 ton CO₂e.

Medelvärde för Region Blekinge 2019 perioden jan-aug var 0,07 ton CO₂e. Därmed bidrar Hälso- och sjukvårdsförvaltningen till att minska Region Blekinges klimatpåverkan som helhet.

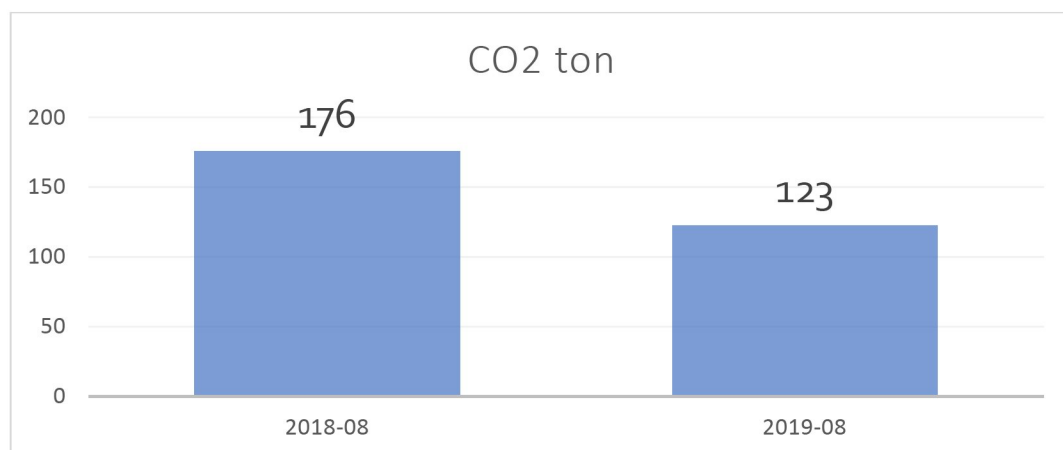
Nedan redovisas en sammanställning över hälso- och sjukvårdsförvaltningens klimatpåverkan från tjänsteresor.

Statistiken som redovisas nedan avser följande tjänsteresor:

- Flygresor bokade genom BIG-travel med avresa jan-aug 2018 och 2019.
- Tågresor bokade genom BIG-travel med avresa jan-aug 2018 och 2019.
- Bilresor i egen bil där anställd begärt pengar tillbaka genom reseräkning.

I statistiken saknas följande tjänsteresor:

- Flygresor som köpts direkt av flygbolag eller privat.
- Tågresor som köpts direkt via tågbolag, privat eller tågresor som köpts genom Blekingetrafikens reskassa och årskort.
- Bilresor med hyrbilar från Jeppsons, AVIS poolbilar och verksamhetsbilar. Resor med ambulanser, traktorer eller andra specialfordon. Bilresor som skett med hyrbil utanför AVIS avtal samt bilresor med privatbil där reseräkning inte begärts.
- Bussresor med Blekingetrafiken.
- Båtresor i tjänsten.
- Konferensresor där resan är en del av arrangemanget och inte köpts genom BIG-travel.



Förvaltningens utsläpp (enligt ovan redovisade förutsättningar) av koldioxid (CO2) i enheten ton 2018-08 jämfört med 2019-08.

Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen	Antal resor		Antal mil		CO2 ton	
	2018-08	2019-08	2018-08	2019-08	2018-08	2019-08
Flyg	1 543	1 103	67 998	48 248	140	96
Tåg	4 188	4 032	83 147	81 686	0	0
Privat bil	-	-	29 874	22 283	36	27
Totalt	5 731	5 135	181 019	152 217	176	123

Statistik över förvaltningens resor fördelat på antal resor, mil och utsläpp av koldioxid (CO2) i ton.

Det är stor skillnad i klimatpåverkan mellan tåg och flyg. Genom att öka resandet med tåg istället för med flyg kan klimatpåverkan minska avsevärt.

Insatsområden/uppdrag som bedöms viktiga för att nå en god måluppfyllnad

Arbeta systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar:

1. Utveckla ett systematiskt arbetssätt utifrån miljöledningsstandarden ISO 14001:2015.
2. Miljö- och/eller miljöledningsombud ska finnas i verksamheterna.

Kommentar och analys:

1. I samband med omorganisationen förflyttades kompetens inom området till övergripande regionnivå, vilket gjort att arbetet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen avstannat. Rekrytering av verksamhetsstrateg, som bland annat kommer att ha detta ansvarsområde, är i slutfasen, vilket gör att arbetet kan ta fart efter sommaren.
2. Se ovan.

Ta hänsyn till hållbarhet i beslut och utvecklingsinsatser:

1. Följa rutiner för att säkerställa att hållbarhetshänsyn tas vid beslut och utvecklingsinsatser.

Kommentar och analys:

1. Se ovan.

Minska verksamhetens miljöbelastning:

1. Genomföra Region Blekinges miljö- och hållbarhetsplan.
2. Kommunikation och information om Region Blekinges miljö- och hållbarhetsplan.
3. Utveckla arbetssätt och kompetens som är avgörande framgångsfaktorer för miljö- och hållbarhetsarbetet.

Kommentar och analys:

1–3: Se ovan.

Samlad bedömning av verksamhetens bidrag till inriktningsmålet

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har minskat klimatpåverkan från tjänsteresor med hela 30 procent och bidrar därigenom till att vi ska nå målet. Med avsaknad av kompetens har starten för miljömålen inom den nya organisationen inte varit bra. Verksamheten behöver stöd för att klara dessa områden, som inte ligger inom verksamhetens huvudområden. Med rekrytering enligt ovan är förväntan att förvaltningen ska bidra substantiellt till inriktningsmålet.

6 Perspektivet ekonomi

Ekonomiperspektivet omfattar målsättningar för att verksamheten bedrivs med god ekonomisk hushållning, kostnadskontroll och långsiktig ekonomisk hållbarhet.

6.1 Inriktningsmål – ekonomi med god kostnadskontroll

Indikator	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Prognos 2019
Budgetföljsamhet för förvaltningen.	Ej relevant	Ingen avvikelse mot budget	Målvärdet uppnås ej.
Utveckling av verksamhetens kostnader.	Ej relevant	Lika med Budget 2019 genom Utfall 2018	Målvärdet uppnås ej.
Kostnadsutveckling av läkemedels förmånskostnad.	Ej relevant	Blekinges jämfört med rikets procentuella utfall för vald period i relation till egen utveckling. Mål: att på årsbasis inte avvika från den trend som riket uppvisar.	Osäkert om målvärdet uppnås

Kommentar och analys:

Hälso- och sjukvården lämnar en förbättrad helårsprognos efter augusti. Kostnaderna beräknas uppgå till 3 742,8 mnkr för helåret och i förhållande till budget innebär det ett underskott på – 105,8 mnkr. I tertialbokslutet efter april lämnades en prognos på – 181,9 mnkr. Hälso- och sjukvårdens har en dämpad kostnadsutveckling, brist på vårdplatser och fortsätter att arbeta med effektiviseringar, vilket gör att prognosen kan sänkas med ca 15,0 mnkr. Därutöver har regionstyrelsen tilldelat hälso- och sjukvården budgetkompensation för de intäktskrav som avsåg statsbidrag samt för prisförändringar utanför indexuppräknings, gällande tjänsteköp hos regionservice. Budgetkompensationen uppgick till 62,0 mnkr.

Kostnadsutvecklingen liksom nettokostnadsutveckling beräknas till 2 %. Efter augusti var kostnadsutvecklingen 0 % och hänsyn måste tas till att vårdförbundets lönerevision inte är utbetald. Ökningen från 0 % till 2 % förklaras inte bara av lönerevision utan också av satsningar enligt regionplanen som inkluderas i prognosen och kommer igång under hösten. Målvärdet beräknat utifrån budget innebär att kostnaderna ska vara 3 % lägre än föregående år, dvs. 97 % av utfallet 2018, vilket innebär att målet ännu inte beräknas kunna realiseras. Det prognostiserade kostnadsutfallet beräknas till 4 975 mnkr och föregående år uppgick kostnadsutfallet till 4 962 mnkr. Kostnaderna har endast ökat 13,0 mnkr.

Kostnadsutveckling av läkemedelsförmånen ska mätas på årsbasis och jämföras med riket, dvs. värdet kommer att redovisas först i årsbokslutet. Bokförda kostnader i ekonomisystemet finns tillgängliga och kan

vara en indikator i avvaktan på de nationella siffrorna. Ekonomisystemet visar att Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling, för de åtta första månaderna, är högre än tidigare år.

Insatsområden/uppdrag som bedöms viktiga för att nå en god måluppfyllnad

Följa budget i samtliga verksamheter:

1. Månatlig uppföljning av åtgärder för budget i balans.
2. Dialogmöten.

Kommentar och analys:

1. Månatlig uppföljning av åtgärder för budget i balans är ett insatsområde, för att uppnå målet om ekonomi med god kostnadskontroll. Hälso- och sjukvårdsnämnden har fördelat budget och åtgärder i samband med att verksamhetsplanen beslutades. Månatligen ska budgetföljksamhet och åtgärder för budgetföljksamhet kommuniceras och rapporteras i verksamheten. Klinik, område och förvaltning skriver formella rapporter vid första tertialet, i delåret efter juni och vid årsbokslutet.
2. Under verksamhetsåret planeras även dialogmöten inom de olika områdena. Dialogmötet syftar till att stämma av olika faktorer som påverkar ekonomi, kompetensförsörjning, arbetsmiljö, patientnöjdhet, patientsäkerhet m.fl. som är balanserande perspektiv för klinikens möjligheter och utmaningar. Dialogmöten med klinikledning är planerade under våren och hösten. Inför kommande år behöver dialogmötena utvecklas i samma inriktning som föreslagen besparingsplan 2020 där fokus ligger på att minska variationen och öka patientsäkerheten, vilket ligger i linje med omställningen av hälso- och sjukvården där målet är en sammanhållen vård med kontinuitet.

Kostnadskontroll:

1. Ekonomiska mått följs i de processer som etableras.
2. Utveckla arbetet med KPP, till exempel att arbeta fram processororienterade data.
3. Identifiera och påbörja kartläggning av processerna för de fem procent av patienterna som har störst vårdbehov (finns även under Kvalitet och process).
4. Utveckla arbetet med produktionsstyrning (finns även under Tillgänglighet).
5. Genomföra läkemedelsgenomgångar.
6. Ta fram verksamhetsbaserade nyckeltal att använda i ledning och styrning.

Kommentar och analys:

1. Aktiviteten ”ekonomiska mått följs i de processer som etableras” saknar etablerade processer att följa. Vårdkommittén, som är en konstellation för samtliga aktörer i såväl regional- som kommunal vård, beslutade vid senaste mötet i augusti att kartlägga och utveckla följande processer:
- Akutprocessen

- Strokeprocessen
- LOS (lagen om samverkan vid utskrivning)
- Atrosprocessen

I samband med detta arbete kommer ekonomiska mått att följas. Hälsoekonomiska beräkningar kommer att göras för att kunna dra slutsatser om de ekonomiska konsekvenserna.

2. Utveckla arbetet med Kostnad per patient (KPP) är ett prioriterat område såväl regional som nationellt. KPP-databasen ligger tillgrund för olika jämförelser och verkar för att man ska använda enhetliga principer vid jämförelse. Uppgifterna i databasen bildar ett underlag för utveckling av metoder för jämförelser, analyser och ersättningar inom sjukvården. KPP-data tillsammans med kvalitetsindikatorer utgör ett bra verktyg för att bedöma effektiviteten i olika vårdprocesser.

Utvecklingen av Region Blekinges KPP utgår från följande aktiviteter som har lyfts för prioritering i PM3 beslutsstöd:

- Processorienterade data, under förutsättning att IT-resurser prioriteras och tillsätts. En behovsanalys har arbetats fram med prioriterade och konkreta delar i KPP som behöver utvecklas för att få fram processorienterade data.
 - Periodkörning av KPP-kalkyl. Genom att periodköra KPP-kalkylen kommer verksamheterna att få möjlighet till att använda KPP-kalkylen i det kontinuerliga uppföljningsarbetet och samtidigt förbättra kunskapen och förståelsen för KPP-kalkylen.
 - Omarbeta modellen för att kunna ta fram ett totalkostnadsboksut för 2019 och som är anpassad efter organisationssammanslagningen mellan före detta Landstinget Blekinge och Region Blekinge. Detta arbete kommer att påbörjas redan efter sommaren 2019 för att lyckas rapportera in totalkostnadsboksut till SCBs räkenskapssammandrag i april 2020.
 - Anpassning för nytt journalsystem. Insatsen för att anpassa journalsystemet till vyer som tillgängliggörs KPP-systemet kommer att behöva utföras av teknisk systemförvaltare. Insatsen behöver synkas så att Region Blekinge kan leverera data till SCB och SKL när det gäller Räkenskapssammandraget respektive KPP-datainsamlingen.
 - KPP-gruppen har från start påtalat att för att kunna underhålla och utveckla KPP-arbetet i Region Blekinge är det nödvändigt med att även en person med it-kompetens ingår i KPP-gruppen.
 - Dessutom arbetar KPP-gruppen med:
 - Ansvariga från arbetsgruppen för KPP finns i projektet "Framtidens vårdinformationssystem" (FVIS), för att säkerställa tillgången till olika data.
 - Hälso- och sjukvården inför en klassifikationsorganisation för att standardisera klassificering och registrering av patientdata, som ligger tillgrund för beräkningarna i KPP. Inom kvalitet och utveckling kommer ett Hälsoinformatikråd att införas för att säkerställa termer, kodning m.m. Syftet att skapa homogena rutiner som efterlever rekommendationer från socialstyrelse och andra aktörer.
3. Identifiera och påbörja kartläggning av processerna för de fem procent av patienterna som har störst vårdbehov kommer att påbörjas så snart KPP-underlaget för 2017 är klart. Underlaget för 2017 har precis beräknats och validering av utdata pågår. I juni finns ett resultat att börja arbeta utifrån.
 4. Arbetet med att bibehålla en god tillgänglighet genom god kapacitetssättning och produktionsplanering pågår inom många verksamheter. Arbetet med produktionsstyrning pågår. Under 2018 genomfördes utbildningar i produktionsstyrning för blekingesjukhusets kliniker samt delar av psykiatrin. Under 2019 är primärvården samt resterande delar av psykiatrin inbokade på samma utbildning. Samtidigt pågår ett arbete att kartlägga hur de kliniker som redan gått utbildningen

arbetar med produktionsstyrning. Redan under 2018 sågs en effekt av arbetet då kostnadsökningen för personal mattades. Under 2019 har tillgängligheten förbättrats inom flera kliniker. Syftet med produktionsstyrning är att med samma resurser som tidigare kunna producera mer samtidigt som arbetsmiljön förbättras. Den kartläggning som pågår går igenom dessa delar.

5. Genomföra läkemedelsgenomgångar är ytterligare en aktivitet som ska stärka kostnadskontrollen. Läkemedelsgenomgångar utförs regelbundet i slutenvården av sjukhusapoteket. Medicin- och kirurgkliniken är de största förskrivarna av läkemedel och hittills är det de kliniker som genomgåna. Under året kommer resterande kliniker med förskrivning av slutenvårdsläkemedel bjudas in till dialog med sjukhusapoteket.
6. Ta fram verksamhetsbaserade nyckeltal att använda i ledning och styrning har påbörjats. I samband med att anvisningar och mall till månad-/tertiärsrapportering fastställts för den nya Hälso- och sjukvårdsorganisationen, har också arbetet med nyckeltal initierats. Förslag till nyckeltal i de olika verksamheterna kommer att efterfrågas i samband med att mallen för månadsrapporten implementeras.

Intäktskontroll:

- | |
|--|
| 1. Regelbunden granskning att fakturering sker enligt avtal. |
|--|

Kommentar och analys:

1. Hälso- och sjukvården fakturerar för såld vård, medicinsk service, patientintäkter, asylersättningar, ambulanstransporter, projekt och olika bidrag. Intäkter för såld utgår från avtalet inom Södra Regionen, enskilda samarbetsavtal och Hälsovalets regelverk. Hälso- och sjukvården säljer högspecialiserad vård såsom thoraxkirurgi, tryckkammare, ortopediska halsryggar, gynekologisk cancer, länssjukvård inom olika specialiteter men också öppenvård inom hälsovalet och psykiatri. Fakturering av den högspecialiserade vården kräver manuell systematisk hantering till stora delar. Länssjukvården och öppenvården är mer automatiserad där fakturor skickas ut med hänsyn till registreringar i journalsystemet. Granskning sker utifrån manuella kontroller men också genom KPP, då registrering och kodning av patienter visar på brister i vissa fall.

Medicinsk service såsom röntgenundersökningar, laboratorieundersökningar osv. sker mer automatiserat, men även här krävs manuella kontroller. Patientintäkterna har tidigare kontrolleras i internkontrollplanen, då det funnits bristande rutiner gällande uppdatering av avgifter i samband med förändring. Rutinerna är uppdaterade och internkontrollen kunde inte påvisa brister efter det. Nu sker endast stickprovskontroller manuellt. Asylersättningar faktureras manuellt och påverkas av registrering/kodning. Införandet av klassifikationsorganisation kommer innebära ökad standardisering i kodning men också manuella kontroller att rutiner efterföljs. Ambulanstransporterna registreras och faktureras manuellt per månad. Projekt och andra bidrag faktureras löpande med hänsyn till avtal.

Samlad bedömning av verksamhetens bidrag till inriktningsmålet

Budget i balans är målsättningen. Dock ett svårt mål att uppnå med hänsyn till att förändring tar tid. Kostnadsutvecklingen har dämpats och verksamheten närmast patienten kämpar dagligen med små förbättringar.

Omställningen av sjukvården kommer sannolikt att påverka den ekonomiska utvecklingen positivt när behovsanalyserna är gjorda, processerna är fastslagna och patienterna blir omhändertagna på en anpassad vårdnivå, dvs. när det finns ett system för sammanhållen vård och inte för enskilda diagnoser.

De förbättringar som kan utvecklas inom ekonomifunktionen och i verksamheten gällande ekonomi är att fastställda rutiner och avtal efterlevs. Registrering och kodning av patienter har i vissa fall brister med hänsyn till att det saknas en sammanhållen organisation som skapar standard och följer upp systematiskt. From 1 september kommer det att finnas en klassifikationsorganisation som jobbar med följande:

Standardisera klassificering och registrering.

Ökad kvalitet på inrapporteringen till PAR, nationella jämförelser och kostnad per patient (KPP).

Ökad kunskap och förståelse för regelverk och avtal köpt vård

Ökad kunskap och förståelse om klassificeringens betydelse i processorganisationen.

I det fall det saknas kännedom om avtal eller förändringar i avtal kommer det sannolikt att finnas brister.

Exempelvis sker förhandlingen av avtalet med Södra Regionen på Regionstaben och informationsöverföringen om förändringar är svår att säkerställa till 100 %. Statsbidrag som avser hälso- och sjukvård är innebär liknande svårigheter då de diskuteras i nätverk som hålls på regionstabsnivå.

6.2 Inriktningsmål – långsiktig ekonomisk planering

Indikator	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde 2019	Prognos 2019
Utveckla en rutin för arbete med ekonomiska konsekvensanalyser vid förändringsarbete.	Rutin saknas.	Rutin färdigställas under 2019.	Osäkert målvärdet om det uppnås.

Kommentar och analys:

Att utveckla en rutin för arbete med ekonomiska konsekvensanalyser vid förändringsarbete är ett fundamentalt verktyg som behövs i samband med den transformation av sjukvården som Hälso- och sjukvården står inför. I det löpande operativa arbete avseende verksamhetsutveckling, investeringar, särskilda satsningar, upphandlingar och sociala investeringar finns det också ett behov av rutin och systematiskt arbete.

Konsekvensanalyser beskriver konsekvensen av ett beslut, scenario eller liknande. I sambandet av långsiktig ekonomisk planering behöver konsekvensanalyser föregås av grundläggande behovsanalyser, där behov av en funktion eller liknande är avgörande och inte en färdig lösning, för att det ska att beslutsfattandet ska kunna bli övergripande och omfatta helheten.

Behovsanalyser används i olika forum inom Region Blekinge, dvs. i samband med investeringar i medicinteknisk utrustning, i fastighet, i IT, vid upphandlingar, vid sociala investeringar och vid framställande av planeringsdirektiv och planer samt i olika projekt.

Det initiala arbetet har inneburit att kontakter har tagits för att inventera vilka olika behovsmodeller som finns och används i Region Blekinge. Kontakter har även tagit med Örebro kommun och Halmstads Medicintekniska avdelning för att få ta del av deras modeller och erfarenheter. I nästa steg kommer behovsmodellerna att utvärderas och samtidigt även de ekonomiska effekthemtagnings modellerna som är kopplade till behovsanalyserna på vissa områden. Utvärderingarna kommer att ligga tillgrund för ett förslag om gemensam rutin och modell inom Hälso- och sjukvården. I utvärderingen av behovsmodeller inkl. ekonomisk effekthemtagning är det viktigt att ta ställning till vilken data och evidens som ska inhämtas i samband.

Gemensamt för samtliga kontaktade forum är att behovsbeskrivningen tillsammans med effektmått är de viktigaste delarna för goda beslutsunderlag.

Insatsområden/uppdrag som bedöms viktiga för att nå en god måluppfyllnad

Följa planerad investeringstakt:

1. Genomföra behovsanalyser inför investeringsbeslut.
2. Systematiskt arbete med att identifiera, sammanställa och prioritera hälso- och sjukvårdens investeringsbehov.

Kommentar och analys:

1. Utöver framtagandet av en rutin och systematisk behovsmodell finns förslag om att inrätta en tvärprofessionell arbetsgrupp för prioriteringar i det löpande operativa arbetet med verksamhetsutveckling, investeringar, särskilda satsningar, upphandlingar och sociala investeringar i Hälso- och sjukvården.
2. Behovsanalyser och prioriteringar genomförs redan idag för samtliga investeringar, dock finns det olika modeller i olika forum som behöver systematiseras.

Samlad bedömning av verksamhetens bidrag till inriktningsmålet

Hälso- och sjukvården bedöms kunna presentera en behovsmodell med effektmått, som motsvarar konsekvensanalyser vid förändringsarbete. Rutinen kommer sannolikt att kunna implementeras under 2020. Införande av styrgrupp för prioriteringar förväntas införas under innevarande år.

7 Verksamhetsuppföljning

7.1 Verksamhetsstatistik

Nedan följer en sammanställning av den vårdproduktion som har genomförts inom hälso- och sjukvården i Region Blekinge under perioden januari – augusti 2019 jämfört med motsvarande period under 2018 och 2017. Redovisning av vårdproduktionen sker enligt den tidigare organisationen med tre förvaltningar.

Blekingesjukhuset

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Läkarbesök (ack.)			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (antal)	Förändring (%)
Anestesikliniken	13	7	5	-2	-29%
Barn- och ungdomskliniken	7124	7385	6998	-387	-5,2%
Infektions- och Hudkliniken	9280	7383	7220	-163	-2,2%
Kirurgkliniken	19396	16234	16719	485	3,0%
Kvinnokliniken	11439	10235	11661	1426	13,9%
Medicinkliniken	25178	25301	24926	-375	-1,5%
Ortopediska kliniken	16617	15897	16832	935	5,9%
Palliativmedicin	452	462	471	9	1,9%
Rehabkliniken	1193	1230	924	-306	-24,9%
Thoraxcentrum	3184	3567	4079	512	14,4%
Ögonkliniken	11628	12132	11070	-1062	-8,8%
Öron- Näs- Halskliniken	10036	9353	9557	204	2,2%
Total	115540	109186	110462	1276	1,2%

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Övriga besök (ack.)			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (antal)	Förändring (%)
Anestesikliniken	628	550	566	16	0%
Barn- och ungdomskliniken	2590	2461	2583	122	5,0%
Infektions- och Hudkliniken	5173	5727	5509	-218	-3,8%
Kirurgkliniken	11370	8182	9085	903	11,0%
Kvinnokliniken	22059	24529	23461	-1 068	-4,4%
Medicinkliniken	24018	22980	22955	-25	-0,1%
Ortopediska kliniken	3096	3027	2901	-126	-4,2%
Palliativmedicin	922	794	989	195	24,6%
Rehabkliniken	20263	20882	19865	-1 017	-4,9%
Thoraxcentrum	4892	4906	4918	12	0,2%
Ögonkliniken	8804	9534	11152	1 618	17,0%
Öron- Näs- Halskliniken	12570	13188	13924	736	5,6%
Total	116385	116760	117908	1148	1,0%

Kommentar:

Antalet läkarbesök på Blekingesjukhuset ökar med drygt 1 procent jämfört med samma period under 2018. Det är framförallt kvinnokliniken och thoraxcentrum som har ett ökat antal besök, men även ortopedkliniken har ökat antal läkarbesök under årets första åtta månader.

För besök till andra yrkesgruppen än läkare dvs ”Övriga besök” är det totala antalet besök relativt oförändrat jämfört med föregående år, men där man kan se stora ökningar på kirurgkliniken, ögonkliniken och även på ÖNH-kliniken (öron-näsa-hals)

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Läkarbesök (ack.) - Exkl telefonkontakt			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (antal)	Förändring (%)
Anestesikliniken	13	7	5	-2	-29%
Barn- och ungdomskliniken	6183	6039	5621	-418	-7%
Infektions- och Hudkliniken	8219	6557	6443	-114	-2%
Kirurgkliniken	17024	16228	16703	475	3%
Kvinnokliniken	11438	10223	11661	1438	14%
Medicinkliniken	23790	23825	23336	-489	-2%
Ortopedkliniken	14597	14231	14933	702	5%
Palliativmedicin	451	462	471	9	2%
Rehabkliniken	1192	1218	918	-300	-25%
Thoraxcentrum	3140	3563	4063	500	14%
Ögonkliniken	11621	12130	11070	-1060	-9%
Öron- Näs- Halskliniken	10023	9351	9554	203	2%
Total	107691	103834	104778	944	0,9%

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Läkarbesök (ack.) - Telefonkontakt, kvalificerad			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (antal)	Förändring (%)
Barn- och ungdomskliniken	941	1346	1377	31	2%
Infektions- och Hudkliniken	1061	826	777	-49	-6%
Kirurgkliniken	2372	6	16	10	167%
Kvinnokliniken	1	12	0	-12	-100%
Medicinkliniken	1388	1476	1590	114	8%
Ortopedkliniken	2020	1666	1899	233	14%
Palliativmedicin	1	0	0	0	0%
Rehabkliniken	1	12	6	-6	0%
Thoraxcentrum	44	4	16	12	300%
Ögonkliniken	7	2	0	-2	-100%
Öron- Näs- Halskliniken	13	2	3	1	50%
Total	7849	5352	5684	332	6%

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Läkarbesök (ack.) - Planerade besök			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (antal)	Förändring (%)
Anestesikliniken	13	7	5	-2	-29%
Barn- och ungdomskliniken	4996	5331	4986	-345	-6,5%
Infektions- och Hudkliniken	8336	6485	6411	-74	-1%
Kirurgkliniken	12202	9418	10011	593	6,3%
Kvinnokliniken	10122	8866	10534	1668	19%
Medicinkliniken	13626	14003	13844	-159	-1,1%
Ortopedkliniken	11311	10454	11722	1268	12%
Palliativmedicin	22	4	0	-4	-100,0%
Rehabkliniken	1185	1222	913	-309	-25%
Thoraxcentrum	2931	3465	3984	519	15,0%
Ögonkliniken	11215	11791	10759	-1032	-9%
Öron- Näs- Halskliniken	9502	8866	9080	214	2,4%
Total	85461	79912	82249	2337	2,9%

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Läkarbesök (ack.) - Akuta besök			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (antal)	Förändring (%)
Anestesikliniken	0	0	0	0	0%
Barn- och ungdomskliniken	2278	2232	2114	-118	-5,3%
Infektions- och Hudkliniken	1053	1060	896	-164	-15%
Kirurgkliniken	6727	6686	6638	-48	-0,7%
Kvinnokliniken	1441	1503	1277	-226	-15%
Medicinkliniken	9442	9357	9114	-243	-2,6%
Ortopedkliniken	5327	5466	5116	-350	-6%
Palliativmedicin	238	71	62	-9	-12,7%
Rehabkliniken	0	1	1	0	
Thoraxcentrum	158	91	75	-16	-18%
Ögonkliniken	1323	1384	1271	-113	-8,2%
Öron- Näs- Halskliniken	1062	1055	871	-184	-17,4%
Total	29049	28906	27435	-1471	-5,1%

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Läkarbesök (ack.) - Nybesök			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (antal)	Förändring (%)
Anestesikliniken	10	8	5	-3	-37,5%
Barn- och ungdomskliniken	2302	2196	2095	-101	-4,6%
Infektions- och Hudkliniken	5676	4665	4328	-337	-7,2%
Kirurgkliniken	8379	7813	7985	172	2,2%
Kvinnokliniken	2768	2035	2484	449	22,1%
Medicinkliniken	12684	12298	11987	-311	-2,5%
Ortopediska kliniken	7469	7564	8143	579	7,7%
Palliativmedicin	85	83	89	6	7,2%
Rehabkliniken	194	149	138	-11	-7,4%
Thoraxcentrum	792	731	963	232	31,7%
Ögonkliniken	2593	2594	2481	-113	-4,4%
Öron- Näs- Halskliniken	3864	3634	3636	2	0,1%
Total	46816	43770	44334	564	1,3%

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Läkarbesök (ack.) - Återbesök			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (antal)	Förändring (%)
Anestesikliniken	0	2	1	-1	0%
Barn- och ungdomskliniken	4822	5189	4903	-286	-5,5%
Infektions- och Hudkliniken	3604	2718	2892	174	6,4%
Kirurgkliniken	11017	8421	8734	313	3,7%
Kvinnokliniken	8671	8200	9177	977	11,9%
Medicinkliniken	12494	13003	12939	-64	-0,5%
Ortopediska kliniken	9148	8333	8689	356	4,3%
Palliativmedicin	367	379	382	3	0,8%
Rehabkliniken	999	1081	786	-295	-27,3%
Thoraxcentrum	2392	2836	3116	280	9,9%
Ögonkliniken	9035	9538	8589	-949	-9,9%
Öron- Näs- Halskliniken	6172	5719	5921	202	3,5%
Total	68721	65419	66129	710	1,1%

Förvaltning:	Öppenvård			Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Summa DRG-poäng (ack.)			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (summa)	Förändring (%)
Anestesikliniken	0,8	0,2	0,1	-0,1	-44%
Barn- och ungdomskliniken	393,7	378,4	330,7	-47,6	-12,6%
Infektions- och Hudkliniken	457,4	338,2	312,4	-25,8	-7,6%
Kirurgkliniken	1432,6	1329,4	1299,3	-30,2	-2,3%
Kvinnokliniken	751,0	645,6	653,2	7,6	1,2%
Medicinkliniken	2103,9	1994,2	1755,9	-238,3	-11,9%
Ortopediska kliniken	1083,7	1013,8	988,6	-25,2	-2,5%
Palliativmedicin	77,0	70,4	63,0	-7,3	-10,4%
Rehabkliniken	181,1	156,7	102,4	-54,3	-34,7%
Thoraxcentrum	196,4	230,6	227,8	-2,8	-1,2%
Ögonkliniken	731,0	726,4	631,2	-95,2	-13,1%
Öron- Näs- Halskliniken	719,3	620,1	575,6	-44,5	-7,2%
Total	8127,8	7504,0	6940,2	-563,8	-7,5%

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Vårdtillfällen (ack.)			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (antal)	Förändring (%)
Barn- och ungdomskliniken	633	605	669	64	10,6%
Geriatrisk och Palliativmedicin	103	88	86	-2	-2,3%
Infektions- och Hudkliniken	896	932	800	-132	-14,2%
Kirurgkliniken	3151	3131	3174	43	1,4%
Kvinnokliniken	1828	1807	1707	-100	-5,5%
Medicinkliniken	4042	4195	4291	96	2,3%
Ortopediska kliniken	1352	1386	1358	-28	-2,0%
Rehabkliniken	698	727	737	10	1,4%
Thoraxcentrum	2329	2057	2215	158	7,7%
Ögonkliniken	2	0	7	7	
Öron- Näs- Halskliniken	213	236	190	-46	-19,5%
Total	15247	15164	15234	70	0,5%

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Vård dagar (ack.)			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (antal)	Förändring (%)
Barn- och ungdomskliniken	3929	3474	3541	67	1,9%
Geriatrisk och Palliativmedicin	1198	751	671	-80	-10,7%
Infektions- och Hudkliniken	5670	5530	4836	-694	-12,5%
Kirurgkliniken	15288	15570	15623	53	0,3%
Kvinnokliniken	7016	6686	6411	-275	-4,1%
Medicinkliniken	25169	23504	23632	128	0,5%
Ortopediska kliniken	8080	7257	7084	-173	-2,4%
Rehabkliniken	8863	8946	8365	-581	-6,5%
Thoraxcentrum	9884	8690	8728	38	0,4%
Ögonkliniken	5	0	55	55	
Öron- Näs- Halskliniken	802	822	809	-13	-1,6%
Total	85904	81230	79755	-1 475	-1,8%

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Vårdtillfällen (ack.) - Akuta			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (antal)	Förändring (%)
Barn- och ungdomskliniken	555	536	577	41	7,6%
Geriatrisk och Palliativmedicin	73	54	67	13	24,1%
Infektions- och Hudkliniken	858	902	783	-119	-13,2%
Kirurgkliniken	2056	2066	2173	107	5,2%
Kvinnokliniken	1231	1198	1250	52	4,3%
Medicinkliniken	3773	3953	4056	103	2,6%
Ortopediska kliniken	736	757	692	-65	-8,6%
Rehabkliniken	650	657	655	-2	-0,3%
Thoraxcentrum	1440	1138	1184	46	4,0%
Ögonkliniken	2	0	4	4	0,0%
Öron- Näs- Halskliniken	127	123	117	-6	-4,9%
Total	11501	11384	11558	174	1,5%

Förvaltning:				Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Vårdtillfällen (ack.) - Elektiva			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (antal)	Förändring (%)
Barn- och ungdomskliniken	78	69	92	23	33,3%
Geriatrisk och Palliativmedicin	30	34	18	-16	-47,1%
Infektions- och Hudkliniken	38	30	17	-13	-43,3%
Kirurgkliniken	1095	1065	1000	-65	-6,1%
Kvinnokliniken	596	609	457	-152	-25,0%
Medicinkliniken	269	242	235	-7	-2,9%
Ortopediska kliniken	616	629	666	37	5,9%
Rehabkliniken	48	70	82	12	17,1%
Thoraxcentrum	889	919	1031	112	12,2%
Ögonkliniken	0	0	3	3	0,0%
Öron- Näs- Halskliniken	86	113	73	-40	-35,4%
Total	3745	3780	3674	-106	-2,8%

Förvaltning:	Slutenvård			Datum(uttag):	
Blekingesjukhuset	Summa DRG-poäng (ack.)			2019-09-11	
Klinik	2017	2018	2019	2019 vs 2018 (summa)	Förändring (%)
Barn- och ungdomskliniken	717,4	632,2	626,7	-5,5	-0,9%
Geriatrisk och Palliativmedicin	126,3	103,7	86,0	-17,7	-17,1%
Infektions- och Hudkliniken	814,8	870,6	769,5	-101,1	-11,6%
Kirurgkliniken	2981,9	3085,2	3071,1	-14,1	-0,5%
Kvinnokliniken	1208,1	1191,6	1016,4	-175,2	-14,7%
Medicinkliniken	3166,2	3378,3	3228,1	-150,3	-4,4%
Ortopediska kliniken	1742,3	1752,8	1742,7	-10,2	-0,6%
Rehabkliniken	834,5	787,3	721,1	-66,2	-8,4%
Thoraxcentrum	2843,0	2846,9	2708,3	-138,6	-4,9%
Ögonkliniken	0,4	0,0	4,3	4,3	
Öron- Näs- Halskliniken	150,1	175,6	186,5	10,9	6,2%
Total	14585,2	14824,2	14160,5	-663,7	-4,5%

Primärvård

Läkarbesök jan-aug 2019

Kön	Individer	Besök	Prestationsbesök
Totalt	51 272	91 518	91 577
M	23 876	40 718	40 745
K	27 396	50 800	50 832

Besök sjuksköterska jan-aug 2019

Kön	Individer	Besök	Prestationsbesök
Totalt	40 103	83 407	83 586
M	18 166	37 420	37 496
K	21 937	45 987	46 090

Läkarbesök jan-aug 2018

Kön	Individer	Besök	Prestationsbesök
Totalt	50 620	87 624	87 671
M	23 422	38 512	38 530
K	27 198	49 112	49 141

Besök sjuksköterska jan-aug 2018

Kön	Individer	Besök	Prestationsbesök
Totalt	39 063	80 861	80 951
M	17 474	36 203	36 213
K	21 589	44 658	44 738

Läkarbesök jan-aug 2017

Kön	Individer	Besök	Prestationsbesök
Totalt	51 753	90 907	90 950
M	23 628	39 621	39 640
K	28 125	51 286	51 310

Besök sjuksköterska jan-aug 2017

Kön	Individer	Besök	Prestationsbesök
Totalt	39 406	83 228	83 285
M	17 629	37 565	37 583
K	21 777	45 663	45 702

Psykatri

Öppenvård				
Enhet	Totalt antal besök år: 2019	Totalt antal besök år: 2018	Diff 2019 - 2018	Diff 2019 - 2018 %
BUP Väst	4453	4183	270	6,50%
BUP Öst	5138	4556	582	12,80%
Karlskrona mott	6895	7230	-335	-4,60%
Mv Karlskrona	6745	6435	310	4,80%
Ronneby mott	3977	3750	227	6,10%
Mv Ronneby	4316	4338	-22	-0,50%
Karlshamn mott	4955	5209	-254	-4,90%
S/O mott	3362	3535	-173	-4,90%
Mv Väst	7429	7804	-375	-4,80%
Psykakut	1690	1639	51	3,10%
Beroende	4313	3420	893	26,10%
Minnesenheten	680	636	44	6,90%
Sexologin	296	235	61	26,00%
Ätstörning	1163	1008	155	15,40%
PSYK	55412	53978	1434	2,70%

Basenhet	Totalt antal besök år: 2019	Totalt antal besök år: 2018	Diff 2019 - 2018	Diff 2019 - 2018 %
BUP	9591	8739	852	9,70%
VUP Öst	21933	21753	180	0,80%
Länsgemensamma	8142	6938	1204	17,40%
VUP Väst	15746	16548	-802	-4,80%
PSYK	55412	53978	1434	2,70%

Heldygnsvård							
	År 2019	År 2018	Diff 2019 -				
Avdelning	Vårddagar	Vårddagar	2018		Avdelning	Beläggningsprocent	
						År 2019	År 2018
Kastanjevillan	331	279	52		Kastanjevillan	68,10%	57,40%
PIVA	535	437	98		Avd 21	84,20%	82,10%
PAKA	1253	1185	68		Avd 28	96,20%	94,10%
Bero	1668	1680	-12		Bero	85,80%	86,40%
Avd 21	2456	2394	62		PAKA	85,90%	81,30%
Avd 28	3508	3259	249		PIVA	55,00%	45,00%
PSYK	9747	9231	516		PSYK	85,30%	82,60%

Habiliteringen				
Enhet	Totalt antal besök år: 2019	Totalt antal besök år: 2018	Diff 2019 - 2018	Diff 2019 - 2018 %
Hab Karlskrona	3520	3042	478	15,70%
Hab Karlshamn	2249	2073	176	8,50%
HAB	5769	5115	654	12,80%

Medicinsk service

Laboratoriemedicin				
Antal prover	År 2018	År 2019	Diff - Antal	Diff - Procent
Kem lab	1698580	1752980	54400	3,2%
Patologi PAD	6937	7665	728	10,5%
Cytologi	1321	1265	-56	-4,2%
Vaginal cytologi	6187	7823	1636	26,4%
Klinisk fysiolog				
Antal undersökningar	År 2018	År 2019	Diff - Antal	Diff - Procent
	12387	13493	1106	8,9%
Röntgen				
	År 2018	År 2019	Diff - Antal	Diff - Procent
Antal undersökningar	59429	60396	967	1,6%
Mammografi	13622	16672	3050	22,4%
Apoteket				
	År 2018	År 2019	Diff - Antal	Diff - Procent
Slutenvårdsverksamheter med läkemedelsservice	21	23	2	9,5%
Cytostatikaberedningar	2739	3077	338	12,3%
Radiofarmakaberedningar	471	473	2	0,4%
Beställda orderrader	32960	31266	-1694	-5,1%
Levererade orderrader	35266	33724	-1542	-4,4%
Hanterade läkemedelsförpackningar	121793	110532	-11261	-9,2%

8 Uppföljning medarbetare

8.1 Statistik för perioden 1 januari – 31 juli 2019

Utförd arbetstid inkl jour och beredskap, övertid,
mertid och timanställningar i årsarbetare perioden
jan-jul 2019 jämfört med jan-jul 2018

Personalgrupp	2018			2019			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	84,5	30,7	115,2	99,6	27,0	126,6	15,1	-3,7	11,3
1.2 Handlägg o adm arbete	92,0	21,3	113,3	87,3	21,4	108,8	-4,7	0,1	-4,6
1.3 Med sekr	232,6	3,2	235,8	236,6	4,6	241,2	4,0	1,4	5,4
2.1 : Specialistkomp läkare	116,5	152,8	269,3	113,3	154,2	267,5	-3,2	1,4	-1,8
2.2 : Icke specialistkomp läkare	90,9	87,2	178,1	91,0	95,4	186,4	0,1	8,2	8,4
2.3 : Psykolog o psykoterapeut	26,9	8,2	35,1	32,3	8,5	40,8	5,4	0,3	5,7
2.4 : Sjuksköterska m.fl.	988,7	150,8	1 139,5	966,9	154,6	1 121,5	-21,8	3,8	-18,0
2.5 : Undersköterska m.fl.	542,3	94,6	636,9	543,6	91,8	635,4	1,3	-2,8	-1,5
2.6 Sjukhustekniker/lab.personal	91,9	19,8	111,7	89,9	20,0	109,9	-2,0	0,2	-1,8
4.0 Rehab o förebyggande	118,6	29,6	148,2	118,0	30,0	148,0	-0,6	0,4	-0,2
5.0 Socialt och kurativt arbete	56,0	3,2	59,2	52,1	4,1	56,2	-3,9	0,9	-3,0
6.0 Skol/kultur/turism/fritidsarb	9,2	0,5	9,8	9,1	0,1	9,3	-0,1	-0,4	-0,5
7.0 Teknikarbete	12,6	23,4	36,0	13,3	22,5	35,8	0,7	-0,9	-0,2
8.0 Hantverkararbete m.m.	0,6	5,5	6,1	1,3	6,7	8,0	0,7	1,2	1,9
9.0 Kök/målt/städ/tvätt mm	10,8	2,3	13,1	13,2	4,1	17,3	2,4	1,8	4,1
Saknas	0,0		0,0	0,2		0,2	0,2		0,2
Total [årsarbetare]	2 474,1	633,2	3 107,3	2 467,7	645,1	3 112,8	-6,4	11,9	5,5

Kommentar:

Ökningen av antal årsarbetares arbetstid är totalt sett låg men skiftande beroende på yrkeskategori. Det har varit en utmaning med sjuksköterskeresurser under våren och sommaren. Här har vi haft en ansträngd period inom framför allt vårdavdelningar som medfört att det skett en minskning av sjuksköterskor. En fördjupad analys och utredning sker just nu på regionnivå där jämförelsetal med kringliggande regioner görs utifrån antal chefer, handläggare och assistenter.

Övertid i årsarbetare jan-jul 2019 jämfört med jan-jul 2018

Personalgrupp	2018			2019			Förändring		
1.1 Ledningsarbete	0,20	0,01	0,21	0,46	0,01	0,47	0,26	0,00	0,26
1.2 Handlägg o adm arbete	0,18	0,00	0,18	0,23	0,00	0,23	0,05	0,00	0,06
1.3 Med sekr	1,07	0,03	1,10	1,73	0,13	1,86	0,67	0,09	0,76
2.1 : Specialistkomp läkare	0,02	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	-0,02	0,00	-0,02
2.2 : Icke specialistkomp läkare	0,16	0,08	0,24	0,11	0,14	0,24	-0,05	0,06	0,00
2.3 : Psykolog o psykoterapeut	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,04	0,04	0,00	0,04
2.4 : Sjuksköterska m.fl.	17,74	5,15	22,90	20,43	5,25	25,69	2,69	0,10	2,79
2.5 : Undersköterska m.fl.	6,29	1,93	8,21	9,97	2,09	12,06	3,69	0,16	3,84
2.6 Sjukhustekniker/lab.personal	0,82	0,12	0,94	1,17	0,23	1,40	0,34	0,11	0,45
3.0 Tandvårdsarbete	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,03	0,03	0,00	0,03
4.0 Rehab o förebyggande	0,10	0,00	0,11	0,05	0,01	0,06	-0,06	0,00	-0,05
5.0 Socialt och kurativt arbete	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	-0,01	0,00	-0,01
6.0 Skol/kultur/turism/fritidsarb	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.0 Teknikarbete	0,05	0,07	0,12	0,05	0,07	0,12	0,00	0,00	0,00
8.0 Hantverkararbete m.m.	0,00	0,05	0,05	0,00	0,02	0,02	0,00	-0,03	-0,03
9.0 Kök/målt/städ/tvätt mm	0,02	0,05	0,07	0,07	0,04	0,11	0,05	-0,01	0,04
Saknas	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01
Total [årsarbetare]	26,65	7,51	34,16	34,35	7,98	42,33	7,70	0,47	8,17

Kommentar:

Övertiden har ökat framför allt inom undersköterske- och sjuksköterskegruppen. I samband med en snabb nedstängning av avdelning 57 på Medicinkliniken vid trettonhelgen, krävdes en omställning med patientmottagande till tre andra vårdavdelningar inom Thorax, Rehabiliteringskliniken samt Infektionskliniken. Det är primärt inom dessa områden som övertiden ökat under våren och sommaren på vårdavdelningarna i samband med övertagandet av patienter och personal. Handlingsplaner har upprättats och uppföljning av riskbedömningar för såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet ligger i pågående åtgärder.

Mertid i årsarbetare jan-jul 2019 jämfört med jan-jul 2018

Personalgrupp	2018			2019			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	0,01	0,00	0,01	0,07	0,00	0,07	0,07	0,00	0,07
1.2 Handlägg o adm arbete	0,03	0,00	0,03	0,06	0,02	0,08	0,02	0,02	0,04
1.3 Med sekr	0,26	0,00	0,26	0,35	0,00	0,35	0,10	0,00	0,10
2.1 : Specialistkomp läkare	0,20	0,04	0,24	0,11	0,01	0,12	-0,09	-0,02	-0,11
2.2 : Icke specialistkomp läkare	0,13	0,06	0,19	0,08	0,01	0,10	-0,04	-0,05	-0,09
2.4 : Sjuksköterska m.fl.	3,65	0,76	4,40	3,97	0,82	4,80	0,33	0,07	0,39
2.5 : Undersköterska m.fl.	1,70	0,33	2,03	1,99	0,49	2,48	0,30	0,16	0,45
2.6 Sjukhustekniker/lab.personal	0,13	0,01	0,14	0,06	0,01	0,07	-0,06	-0,01	-0,07
4.0 Rehab o förebyggande	0,12	0,00	0,12	0,07	0,00	0,07	-0,05	0,00	-0,05
5.0 Socialt och kurativt arbete	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
6.0 Skol/kultur/turism/fritidsarb	0,01	0,00	0,01	0,02	0,00	0,02	0,01	0,00	0,01
7.0 Teknikarbete	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8.0 Hantverkararbete m.m.	0,00	0,03	0,03	0,00	0,01	0,01	0,00	-0,02	-0,02
9.0 Kök/målt/städ/tvätt mm	0,00	0,01	0,01	0,04	0,04	0,08	0,04	0,03	0,07
Total [årsarbetare]	6,24	1,25	7,48	6,84	1,42	8,27	0,61	0,18	0,78

Kommentar:

Mertiden är marginellt ökande inom framför allt psykolog/psykoterapeutgruppen, och det är svårt att dra långtgående analyser av denna marginella skillnad.

Timavlönade i årsarbetare jan-jul 2019 jämfört med jan-jul 2018

Personalgrupp	2018			2019			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	0,01	0,00	0,01	0,29	0,00	0,29	0,28	0,00	0,28
1.2 Handläggning o adm arbete	0,37	0,00	0,37	2,31	0,45	2,76	1,94	0,45	2,39
1.3 Med sekr	5,42	0,03	5,45	6,26	0,01	6,27	0,83	-0,02	0,82
2.1 : Specialistkomp läkare	5,04	11,74	16,78	5,98	12,85	18,83	0,94	1,10	2,05
2.2 : Icke specialistkomp läkare	0,04	0,09	0,13	0,00	0,01	0,01	-0,04	-0,08	-0,12
2.3 : Psykolog o psykoterapeut	0,69	0,85	1,54	2,24	0,90	3,14	1,55	0,05	1,60
2.4 : Sjuksköterska m.fl.	16,63	2,20	18,82	20,79	2,47	23,26	4,16	0,28	4,44
2.5 : Undersköterska m.fl.	21,75	8,48	30,24	24,05	8,36	32,41	2,29	-0,12	2,17
2.6 Sjukhustekniker/lab.personal	0,54	0,07	0,61	1,17	0,68	1,85	0,63	0,61	1,24
4.0 Rehab o förebyggande	0,28	0,07	0,35	0,39	0,15	0,54	0,10	0,08	0,18
5.0 Socialt och kurativt arbete	0,83	0,00	0,83	0,48	0,00	0,48	-0,35	0,00	-0,35
6.0 Skol/kultur/turism/fritidsarb	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,12	0,00	0,12	0,12
7.0 Teknikarbete	0,00	0,73	0,73	0,11	0,17	0,27	0,11	-0,56	-0,46
8.0 Hantverkararbete m.m.	0,23	0,82	1,04	0,34	0,46	0,80	0,11	-0,36	-0,25
9.0 Kök/målt/städ/tvätt mm	0,64	0,54	1,18	0,43	0,77	1,20	-0,21	0,23	0,02
Total [årsarbetare]	52,46	25,64	78,09	64,83	27,41	92,24	12,37	1,78	14,15

Kommentar:

Inom vissa vårdavdelningar timanställs pensionerade sjuksköterskor där det finns intresse och möjlighet, därav är timanställda inom just denna gruppökande. Undersköterskor som timanställs används primärt som extravak vid vårdavdelningar samt för studerande till sjuksköterskor innan de får legitimation och kan erbjudas tillsvidareanställning.

Frånvaro i årsarbetare per frånvarohuvudgrupp jan-jul 2019 jämfört med jan-jul 2018

Frånvarogrupp	2018			2019			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
01 Sjukfrånvaro	164,56	20,72	185,28	164,59	21,45	186,04	0,03	0,73	0,75
02 Tf Vård av barn	31,46	5,71	37,17	30,69	4,78	35,47	-0,77	-0,93	-1,70
03 Semester	388,37	88,99	477,36	392,45	89,54	481,98	4,07	0,55	4,62
04 Föräldraledighet	186,21	18,58	204,79	193,19	19,97	213,16	6,98	1,39	8,38
05 Utbildning	67,13	15,36	82,49	79,22	15,89	95,11	12,09	0,53	12,62
06 Fackligt uppdrag	5,63	0,52	6,15	4,74	1,01	5,75	-0,88	0,49	-0,39
07 Övr.frånvaro m lön	47,64	36,34	83,98	45,78	33,93	79,71	-1,86	-2,41	-4,27
08 Övr.frånvaro u lön	35,64	15,34	50,98	34,24	17,05	51,30	-1,39	1,71	0,32
09 Flexledighet	23,29	5,34	28,63	22,94	5,52	28,46	-0,35	0,18	-0,17
10 Sem i timmar	1,03	0,13	1,16	0,98	0,13	1,11	-0,05	0,00	-0,05
Total [årsarbetare]	950,96	207,03	1 157,99	968,82	209,28	1 178,10	17,86	2,25	20,11

Kommentar:

Sjukfrånvaron stiger något med jämförande period förra året, ungefär med 0,1%, vilket vi vet är inom verksamheter som har haft det särskilt svårt i omställningen under våren och sommaren. Då vi är i ett generationsskifte har vi många yngre medarbetare med små barn. Trots detta har vård av barn sjunkit ytterligare. Föräldraledighet har ökat något vilket också kopplar till att vi får fler yngre medarbetare i verksamheten, som också i sin tur påverkar den totala arbetade tiden för våra medarbetare.

Utbildning med lön har ökat och inom detta område har vi särskilt satsat på utökade så kallade AST-tjänster för specialistsjuksköterskor.

Sjukfrånvaro i procent av ordinarie arbetstid, för månads- och timavlönade jan-jul 2019 jämfört med jan-jul 2018

År	2018			2019			Förändring		
Kön	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
Sjukfrånvaro i % av ordinarie arbetstid	5,9%	2,9%	5,3%	6,0%	2,9%	5,4%	0,2%	-0,1%	0,1%

Kommentar:

Genom ett systematiskt arbetsmiljöarbete strävar vi efter att sänka sjukfrånvaron, dock har vi ökat marginellt med jämförande period förra året, här ser vi den extra ansträngning som vissa vårdavdelningar påverkats av. Se åtgärder under avsnitt Arbetsmiljö kapitel 8.

Extern personalrörlighet i procent (exklusive pensionsavgångar) jan-jul 2019 jämfört med jan-jul 2018

Personalgrupp	2018			2019			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
Externa avgångar	3,7%	2,6%	3,5%	2,8%	4,2%	3,1%	-0,9%	1,6%	-0,4%

Kommentar:

Personalrörligheten har varit fortsatt låg totalt sett i hälso-och sjukvården. Dock ser vi en ökad rörlighet hos sjuksköterskor på vårdavdelning. Detta beror dels på den extra ansträngning som varit i samband med de förflyttningar av vårdplatser som flyttades under tidig vår, dessutom har vi ökat intagning till AST-tjänster, vilket har sin största rekryteringsbas vid grundutbildade sjuksköterskor på vårdavdelningar. Det är generellt lägre personalomsättning i början på året i förhållande till längre fram på året. Den högsta personalrörligheten brukar vara efter semesterperioden.

Totalt antal anställda 2019-

07-31

Personalgrupp	2018			2019			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	93	32	125	107	28	135	14	-4	10
1.2 Handläggning o adm arbete	122	26	148	112	28	140	-10	2	-8
1.3 Med sekr	299	5	304	298	5	303	-1	0	-1
2.1 : Specialistkomp läkare	144	164	308	137	165	302	-7	1	-6
2.2 : Icke specialistkomp läkare	125	109	234	127	122	249	2	13	15
2.3 : Psykolog o psykoterapeut	35	12	47	40	10	50	5	-2	3
2.4 : Sjuksköterska m.fl.	1 337	179	1 516	1 334	181	1 515	-3	2	-1
2.5 : Undersköterska m.fl.	762	133	895	784	126	910	22	-7	15
2.6 Sjukhustekniker/lab.personal	118	25	143	121	25	146	3	0	3
4.0 Rehab o förebyggande	157	36	193	160	36	196	3	0	3
5.0 Socialt och kurativt arbete	74	4	78	68	6	74	-6	2	-4
6.0 Skol/kultur/turism/fritidsarb	10		10	11		11	1		1
7.0 Teknikarbete	17	27	44	16	25	41	-1	-2	-3
8.0 Hantverkararbete m.m.	2	6	8	2	7	9	0	1	1
9.0 Kök/målt/städ/tvätt mm	22	5	27	18	6	24	-4	1	-3
Saknas	0		0	1		1	1		1
Total [anställda]	3 317	763	4 080	3 336	770	4 106	19	7	26

Kommentar:

Det totala antalet anställda ökade med 26 personer. Antal anställda inom ledningsarbete beror på att det i statistiken saknas avdelningschefer inom vården vid flera avdelningar under 2018, liksom att vi under detta år hittills haft en överlämning av ett antal chefer som är på väg in i pension och därmed har dubbla chefer på samma position under en kortare tid. Ickespecialister bland läkare rekryteras för att behålla dem under ST-tjänstgöring då vårt största behov är specialistkompetenta läkare. Vi har också inom undersköterskegruppen utökat antal anställda.

**Antal tillsvidareanställda
2019-07-31**

Personalgrupp	2018			2019			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	93	32	125	105	28	133	12	-4	8
1.2 Handläggning o adm arbete	112	20	132	103	22	125	-9	2	-7
1.3 Med sekr	278	3	281	274	4	278	-4	1	-3
2.1 : Specialistkomp läkare	138	155	293	134	163	297	-4	8	4
2.2 : Icke specialistkomp läkare	80	52	132	80	63	143	0	11	11
2.3 : Psykolog o psykoterapeut	31	10	41	34	9	43	3	-1	2
2.4 : Sjuksköterska m.fl.	1 319	176	1 495	1 309	180	1 489	-10	4	-6
2.5 : Undersköterska m.fl.	604	86	690	608	85	693	4	-1	3
2.6 Sjukhustekniker/lab.personal	110	20	130	109	19	128	-1	-1	-2
4.0 Rehab o förebyggande	149	33	182	151	32	183	2	-1	1
5.0 Socialt och kurativt arbete	71	4	75	65	6	71	-6	2	-4
6.0 Skol/kultur/turism/fritidsarb	10		10	11		11	1		1
7.0 Teknikarbete	16	24	40	15	24	39	-1	0	-1
8.0 Hantverkararbete m.m.	1	5	6	2	5	7	1	0	1
9.0 Kök/målt/städ/tvätt mm	13	1	14	13	3	16	0	2	2
Saknas	0		0	1		1	1		1
Total [tillsvidareanställda]	3 025	621	3 646	3 014	643	3 657	-11	22	11

Kommentar:

Liksom tidigare förklaringar under *Totalt antal anställda* ser vi en ökning i gruppen ledningsarbete och ickespecialister läkare då vi behöver rekrytera ”underifrån” när vi saknar specialister, och därmed erbjuda anställning till ickespecialister som inom ramen för anställningen utbildas till specialistläkare.

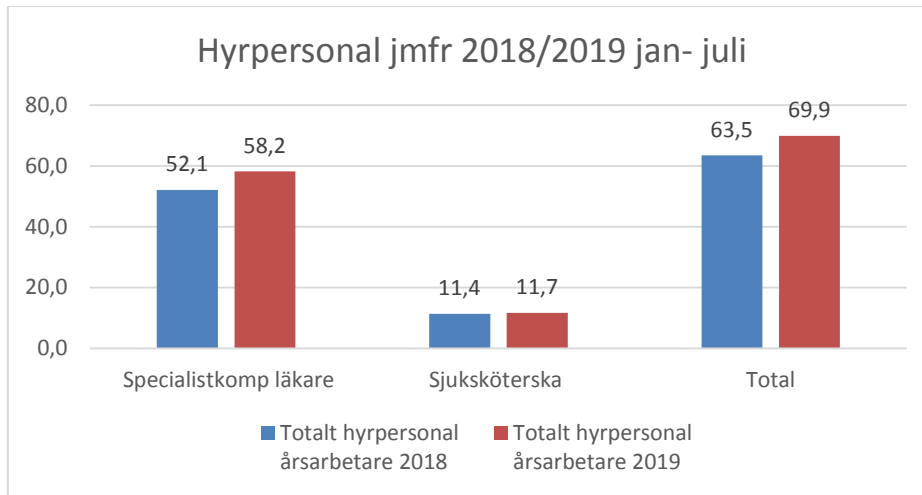
**Antal visstidsanställda
(månadsavlönade) 2019-07-31**

Personalgrupp	2018			2019			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	0		0	2		2	2		2
1.2 Handläggning o adm arbete	10	6	16	9	6	15	-1	0	-1
1.3 Med sekr	21	2	23	24	1	25	3	-1	2
2.1 : Specialistkomp läkare	6	9	15	3	2	5	-3	-7	-10
2.2 : Icke specialistkomp läkare	45	57	102	47	59	106	2	2	4
2.3 : Psykolog o psykoterapeut	4	2	6	6	1	7	2	-1	1
2.4 : Sjuksköterska m.fl.	18	3	21	25	1	26	7	-2	5
2.5 : Undersköterska m.fl.	158	47	205	176	41	217	18	-6	12
2.6 Sjukhustekniker/lab.personal	8	5	13	12	6	18	4	1	5
4.0 Rehab o förebyggande	8	3	11	9	4	13	1	1	2
5.0 Socialt och kurativt arbete	3		3	3		3	0		0
7.0 Teknikarbete	1	3	4	1	1	2	0	-2	-2
8.0 Hantverkararbete m.m.	1	1	2	0	2	2	-1	1	0
9.0 Kök/målt/städ/tvätt mm	9	4	13	5	3	8	-4	-1	-5
Total [visstidsanställda]	292	142	434	322	127	449	30	-15	15

Kommentar:

Antal visstidsanställda har ökat totalt där den stora gruppen är undersköterskor. Här anställer vi sjuksköterske-studenter under studieperioden som undersköterskor till dess de har tagit sin sjuksköterskeexamen.

8.2 Inhyrd personal



Kommentar:

Användandet av hyrpersonal ökar med motsvarande 6,4 årsarbetare under perioden januari till juli jämfört med samma period förra året och ligger vid slutet av juli på 69,9 årsarbetare. Majoriteten av hyrpersonal på läkarsidan finns inom primärvården medan majoriteten av hyrpersonal av sjuksköterskor finns inom slutenvårdsavdelningar inom sjukhuset. Användandet av hyrläkare minskar inom psykiatri. Ett fortsatt arbete för att bli oberoende av hyrpersonal är viktigt och kräver åtgärder på flera nivåer.

När det gäller sjuksköterskor så har det varit en negativ trend för 2019 och där vi ser fortsatt stort behov av hyrsjuksköterskor för att kunna upprätta hålla vårdplatser.

8.3 Arbetsmiljö och hälsa

På slutenvårdsavdelningarna inom specialiserad vård har arbetsmiljön varit mycket ansträngd. Det har varit svårt att bemanna, och även svårigheter att få tag på hyrpersonal. Arbetsmiljöarbete har stort fokus. Riskanalys av patientsäkerhet har utförts på en enhet, där en tvärprofessionell grupp med medarbetare som med stöd av omvårdnadsutvecklare genomlyst verksamheten och tagit fram en handlingsplan med förbättringsåtgärder som bl a innebär framtagna rutiner mm.

Det uppstartade projektet SUSAM som innebär operativt individuellt praktiskt handledningsstöd i det systematiska arbetsmiljöarbete har genomförts på Medicinkliniken där responsen från verksamheten varit mycket positiv från cheferna. Detta utvecklingsprojekt kommer under hösten involvera bland annat thoraxkliniken och vårdcentraler.

Med synpunkter från medarbetare som under slutet på våren uppmärksammade ledningen på särskilt arbetsmiljöfrågor, har ledning i samverkan med fackliga företrädare integrerat aktiviteterna i vårt systematiska arbetsmiljöarbete, för att få hållbarhet och stabilitet i förbättringsarbetet kring arbetsmiljön.

För att stärka delaktigheten planerar vi också starta en dialoggrupp kring idéer om utveckling tillsammans med en medarbetargrupp. Starten för gruppen blir i slutet på september. Dialog med chefer om förbättringsförslag och idéer i utvärderingen efter sommaren har också sammanställts för att få förbättringar i den nära arbetsplatsen att fungera så bra som möjligt utifrån patient- och arbetsmiljöperspektiv.

Ingen verksamhet inom specialiserad vård har returnerat arbetsmiljöuppgifter.

8.4 Kompetensförsörjning

Det är fortsatt svårt att rekrytera inom de största yrkesgrupperna som vi har i vården: specialistläkare, specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor. Generationsskiftet inom samtliga vårdprofessioner sker parallellt med bristen på erfaren personal. Det innebär att vi måste satsa hårt på kompetensutveckling av såväl befintliga som nya medarbetare parallellt med att vi behöver ställa om vården till att finnas närmare patienterna genom att införa nya arbetssätt. Detta kräver kompetens i alla delar av organisationen kring processorienterat arbetssätt för att kunna identifiera vilka arbetssätt som ska ändras och vem i organisationen som ska utföra de olika arbetsuppgifterna som krävs. Krav på digital kompetens kommer att öka, samt förmågan att som medarbetare arbeta utifrån helhetsperspektiv för patienter med flera diagnoser, och att kunna arbeta mer teambaserat. För att lyckas med denna omställning krävs att vi har en tydlig struktur för hur förändringsarbetet genomförs utan risker för patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Vi har stärkt vår samverkan med lärosäten, andra regioner och genom att synas och verka vid arbetsmarknadsmässor mm och bristen inom vården är snarast nationell. Årligen rekryterar vi 60–70 sjuksköterskor från BTH och har ett starkt varumärke för AT-tjänstgöring av läkare.

Vi reviderar vårt introduktionsprogram för nyutexaminerade sjuksköterskor och har en kontinuerlig kontakt med högskolan under den tid som studenterna genomför praktik inom vår verksamhet. En viktig aspekt för medarbetare i vården är att kunna vara delaktiga i utvecklingen av vården och att upplevas kunna göra karriär, dvs utvecklas under hela sin livslängd i vårdyrket. Detta behöver vi särskilt satsa på för att få behålla personal i samma omfattning som vi rekryterar.

9 Ekonomisk uppföljning

9.1 Utfall och prognos

Vården står inför stora utmaningar som bekant. I Blekinge har processen mot en omställning av sjukvården mot mer nära vård påbörjats och resultatet i öppna jämförelser visar att regionen är en av dem som kommit längst. Att förändra tar tid och att förändra ett system som bygger på diagnoser innebär att det finns en stor komplexitet att ta hänsyn till. Omställningen av hälso- och sjukvården behöver ske närmast patienten, där majoriteten av våra medarbetare finns. Förändringsarbete kräver stödstrukturer som ser till helheten och den sammanhållna vården som våra invånare efterfrågar.

	Utfall ack. 2019-08	Budget ack. 2019-08	Budgetavvikelse ack.	Utfall FG ack. 2018-08	Utfallavvikelse ack.	Prognos 2019 (april)	Helårsbudget 2019	Prognos- avvikelse 2019
Intäkter	-840 525 850	-850 229 178	-9 703 327	-827 141 107	13 384 743	-1 277 900 929	-1 275 502 371	2 398 557
Total	-840 525 850	-850 229 178	-9 703 327	-827 141 107	13 384 743	-1 277 900 929	-1 275 502 371	2 398 557
Anställda	1 586 603 383	1 611 384 156	24 780 773	1 550 955 893	-35 647 489	2 416 367 978	2 424 403 303	8 035 325
Inhyrda	89 416 193	36 264 924	-53 151 269	87 428 793	-1 987 400	135 795 483	54 397 382	-81 398 101
Övrigt	14 293 358	22 605 554	8 312 196	22 963 319	8 669 961	23 343 361	33 920 579	10 577 218
Total	1 690 312 933	1 670 254 634	-20 058 299	1 661 348 005	-28 964 928	2 575 506 822	2 512 721 264	-62 785 558
Köpt vård	354 471 038	362 880 933	8 409 895	351 316 917	-3 154 121	529 022 900	544 321 386	15 298 486
Läkemedel öppenvård	231 453 983	235 604 374	4 150 390	222 498 101	-8 955 882	367 226 000	353 406 558	-13 819 442
Läkemedel slutenvård	113 309 297	114 452 480	1 143 183	95 265 410	-18 043 886	170 620 000	171 738 855	1 118 855
Sjukv.art. och med. mtrl	132 898 599	138 698 513	5 799 915	127 972 234	-4 926 365	208 492 300	208 298 369	-193 931
Lab/rgt undersökningar	207 987 119	207 438 808	-548 311	197 836 676	-10 150 443	313 360 345	311 552 456	-1 807 889
Hjälpmedel	32 344 877	29 213 139	-3 131 738	29 641 460	-2 703 417	49 400 050	43 838 541	-5 561 509
Ankomstregistrerat	6 334 184	0	-6 334 184	5 420 634	-913 551	0	0	0
Övrigt	524 374 181	479 950 352	-44 423 829	515 010 464	-9 363 717	761 465 654	720 690 527	-40 775 127
Total	1 603 173 278	1 568 238 599	-34 934 680	1 544 961 896	-58 211 382	2 399 587 249	2 353 846 693	-45 740 556
Kapitalkostnad	38 624 291	30 624 141	-8 000 149	38 752 619	128 328	45 655 888	45 936 249	280 361
Total	38 624 291	30 624 141	-8 000 149	38 752 619	128 328	45 655 888	45 936 249	280 361
Total	2 491 584 652	2 418 888 196	-72 696 456	2 417 921 413	-73 663 239	3 742 849 030	3 637 001 834	-105 847 196

Hälso- och sjukvårdens verksamhet inryms inte i den budgetram som är tilldelad av regionfullmäktige. Omställningen av hälso- och sjukvården har ännu inte inneburit några större ekonomiska effekter, då stödstrukturerna fortfarande är under uppbyggnad. I augusti saknas – 72,7 mnkr och vid årets slut beräknas underskottet till 105,8 mnkr. Anledningen till att underskottet kan begränsas till 105,8 mnkr är att det tillkommer budget för hyror och avskrivningar, budget för satsningar enligt regionplan samt att besparingsplanen fortsätter att ge utväxling. Kostnadsutvecklingen uppgår till 2,2 % och i förhållandet till riket är det lågt. En möjlig tolkning är att omställningen dämpat kostnadsutvecklingen men ännu inte fått så stora effekter att budgeten är möjlig att nå.

Område	Utfall ack. 2016-08	Utfall ack. 2017-08	Utfall ack. 2018-08	Utfall ack. 2019-08	Budget ack. 2019-08	Budget- avvikelse
31 Närvård	569 115 854	649 751 365	702 549 038	722 453 617	710 770 626	-11 682 991
32 Specialiserad vård	1 125 786 569	1 165 603 237	1 246 661 645	1 267 767 016	1 285 030 843	17 263 827
33 Medicinskservice	-9 154 377	-820 393	-372 850	6 342 143	7 660 960	1 318 816
34 Stab	398 547 545	439 434 513	469 083 580	495 021 875	415 425 767	-79 596 108
Total	2 084 295 591	2 253 968 722	2 417 921 413	2 491 584 652	2 418 888 196	-72 696 456

Tabell 1: Resultat per område efter augusti år 2019 samt utfall ackumulerat för perioden 2016-08 till 2018-08.

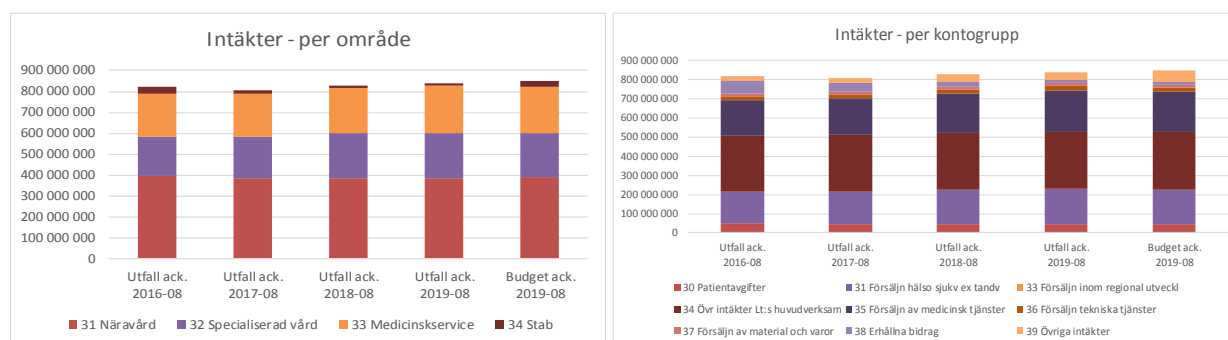
I ovan tabell redovisas resultat per område efter augusti. Nära vård har ett resultat som påverkas av högre kostnader för inhyrd personal och övertid, att läkemedelskostnaderna är högre än budget, att budget för satsningar inte är fördelade från förfogandeanslaget samt att det offentliga hälsovalet tappar listade patienter. Prognosen för nära vård beräknas till – 40,0 mnkr.

Specialiserad vård redovisar ett överskott som beror på att kostnadsutvecklingen har dämpats till följd av färre vårdplatser men framförallt till följd av sommareffekten som innebär att semesteruttaget genererar överskott inför höstens högre kostnader. Prognosen visar ett underskott på – 28,7 mnkr.

Medicinsk service genererar överskott som beror på semestereffekt samt på att intäkterna överstiger driftkostnaderna. Intäktsöverskottet balanserar till stora delar det underskott på övrig drift som avser förbrukningsmaterial, transporter och övriga tjänster. Serviceverksamheternas prognos redovisar ett underskott på -4,1 mnkr för personalkostnader och övrig drift.

Förvaltningsstabens resultat avviker från budget med – 79 mnkr vilket beror på att förvaltningen saknar budget för hyror, avskrivningar och satsningar enligt regionplanen. På förvaltningsstaben finns också en ofördelad besparing avseende vårdplatser på ca 26,0 mnkr som skapar obalans mellan budget och resultat. Omorganisationen påverkar också det ekonomiska resultatet för staben negativt. Prognosen är beräknad till – 33,0 mnkr.

9.1.1 Intäkter



	Utfall ack. 2016-08	Utfall ack. 2017-08	Utfall ack. 2018-08	Utfall ack. 2019-08	Budget ack. 2019-08	Budget- avvikelse
30 Patientavgifter	-49 487 381	-43 840 177	-43 389 954	-43 655 430	-45 093 209	-1 437 779
31 Försäljning hälso sjukv ex tandv	-167 624 678	-171 690 280	-180 759 914	-186 785 003	-180 928 521	5 856 483
33 Försäljning inom regional utveckling	-50 013	-609 495	-169 254	-652 484	-321 333	331 150
34 Övriga intäkter Lt:s huvudverksamhet	-289 793 502	-294 263 089	-297 913 097	-296 002 407	-300 934 895	-4 932 487
35 Försäljning av medicinska tjänster	-188 825 020	-193 704 047	-205 390 061	-216 156 702	-212 289 895	3 866 806
36 Försäljning tekniska tjänster	-17 928 147	-21 262 561	-21 583 112	-23 340 555	-20 933 533	2 407 021
37 Försäljning av material och varor	-14 160 444	-15 263 849	-15 772 366	-17 669 582	-13 334 738	4 334 844
38 Erhållna bidrag	-67 742 364	-41 016 433	-22 469 024	-16 220 301	-16 228 887	-8 586
39 Övriga intäkter	-25 450 335	-25 260 560	-39 694 327	-40 043 387	-60 164 167	-20 120 779
Total	-821 061 884	-806 910 492	-827 141 107	-840 525 850	-850 229 178	-9 703 327

Intäkterna för hälso- och hälso sjukvården består i huvudsak av såld vård, hälso valersättningar och ersättning för medicinsk service. Utfallet för intäkterna når inte budget efter augusti vilket i huvudsak beror på att budgeten för patientavgifter är högre än utfallet, att listade patienter är färre än budgeterat och att övriga intäkter för det offentliga hälso valet är lägre.

Budgetavvikelsen begränsas till – 9,7 mnkr då intäkter för såld vård, medicinsk service, tekniska tjänster och försäljning av material och varor genererar överskott. Den sålda vården avser såväl

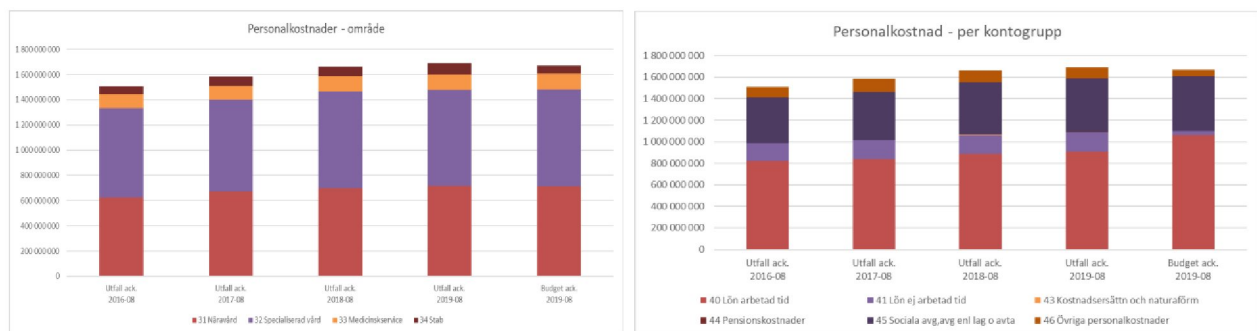
öppen- som slutenvård i primärvård, psykiatri och specialiserad vård.

Medicinsk service avser kliniskfysiologiska undersökningar, tekniska tjänster avser ersättning för Registercentrum Syd (RC-syds) uppdrag samt läkarbilens uppdrag och försäljning av material och vara avser blodprodukter samt uppdrag för RC-syd.

Beräknad prognos för hälso- och sjukvårdens intäkter visar på ett överskott motsvarande 2,4 mnkr. Anledningen till överskottet är att den sålda vården utomläns och såld medicinsk service kan balansera upp den negativa avvikelserna som avser ersättning för hälsoval och ersättning för asylsökande (statsbidrag).

9.1.2 Personalkostnader

Personalsituationen är ansträngd på flera ställen i organisationen, vilket påverkar det ekonomiska utfallet på flera sätt. I nära vård saknas framförallt läkare medans det inom specialiserad vård saknas både sjuksköterskor och läkare. Inom medicinsk service finns också vakanser när det gäller biomedicinska analytiker och läkare.



Konto2	Utfall ack. 2016-08	Utfall ack. 2017-08	Utfall ack. 2018-08	Utfall ack. 2019-08	Budget ack. 2019-08	Budget- avvikelse
40 Löntid	820 643 070	840 616 550	884 065 361	908 203 052	1 059 445 503	151 242 452
41 Löntid ej arbetad	166 285 268	173 470 060	179 485 989	181 266 586	39 980 348	-141 286 237
43 Kostnadsersätt och naturaförm	2 342 163	1 791 857	1 841 829	1 462 259	284 667	-1 177 592
44 Pensionskostnader	40 000	118 296	40 000	112 000	0	-112 000
45 Sociala avg, avg enl lag o avta	425 210 125	445 040 660	485 522 714	495 559 486	511 673 637	16 114 151
46 Övriga personalkostnader	92 658 061	123 164 087	110 392 111	103 709 551	58 870 478	-44 839 073
Total	1 507 178 687	1 584 201 510	1 661 348 005	1 690 312 933	1 670 254 634	-20 058 299

Personalkostnaderna avviker från budget med - 20,1 mnkr efter augusti. Utifrån den bokföringsmodell som tillämpas för semesteruttag så skulle höstens högre personalkostnader mötts upp med ett ackumulerat överskottet från sommaren, då personalen tar ut ledighet i förskott (lönekostnad lägre) som sedan intjänas under hösten. Konto 40–41 avser löntid, intjänad semester samt semesteruttag.

Kostnaden för anställd personal bokförs under kontogrupperna 40–45 och kostnader för inhyrd personal bokförs på kontogrupp 46, tillsammans med kostnader för externa utbildningar, rekrytering, friskvård osv. för de egna anställda. Kostnaden för inhyrd personal uppgår till 81,4 mnkr efter augusti och avviker från budget med 53,1 mnkr. Kostnaden för inhyrd personal inryms inte inom det vakansutrymme som finns för anställd personal.

De besparingar som är ålagda verksamheten gällande personal har varit svåra att genomföra då den planerade omstruktureringen av vårdplatser, ersattes med en akut stängning av en vårdavdelning med stora bemanningsbekymmer.

Stängningen har inneburit att vårdplatser omfördelats, att vårdplatser är stängda och att många patienter blir utlokaliserade. Till följd av utlokaliserade patienter och omfördelade vårdplatser har personalkostnaderna ökat för jouren då det krävs fler i tjänst som kan runda på andra ställen. Personalkostnaderna har också ökat avseende upplärning för den personal som fick nya patientgrupper på avdelningen. Samtidigt som kostnaderna ökar med hänsyn till detta så minskar kostnaderna för den stängda vårdavdelningen. Nettokostnadseffekten är svår att beräkna då jourkostnaderna bokförs med viss fördröjning. För direkt involverade vårdavdelningar uppgår nettoeffekten till 5,5 mnkr efter augusti.

Bristen på personal är ett faktum och tyvärr har bemanningsproblemen ökat för vissa specialiteter, vilket leder till ökat behov av inhyrd personal. Bemanningsproblematiken är ett nationellt problem och det saknas människor att rekrytera inom vissa yrkesgrupper. Med hänsyn till detta har det bl.a. på hudmottagningen påbörjats en task-shift där sjuksköterskor kommer att göra bedömning av ytliga hudförändringar, vilka tidigare bedömdes av läkare. Upplärning pågår och tillfälligt uppstår dubbla kostnader.

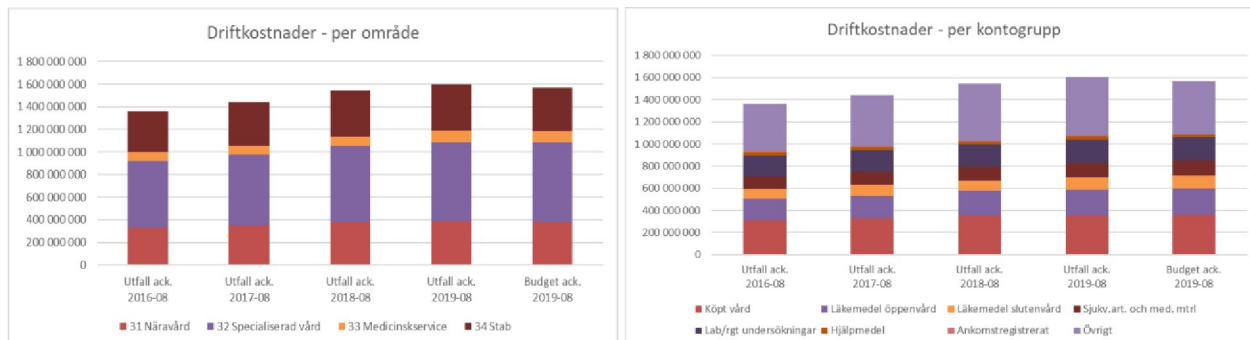
Prognosen för anställd personal och övriga personalkostnader beräknas avvika från budget med 18,6 mnkr, med hänsyn till vakanser som bemannas av hyrpersonal. De prognosantagande som är gjorda gällande lönerevision och andra satsningar finns specificerade under avsnittet ”prognosförklaringar”.



Nära vård och specialiserad vård har större behov av inhyrd personal än medicinsk service. Kostnaderna för inhyrd personal har ökat jämfört med föregående år från 87,4 mnkr till 89,4 mnkr. Kostnaderna för inhyrd personal har minskat med ca 3,7 mnkr för medicinsk service medan nära vård har ökat kostnaderna med 1,7 mnkr och specialiserad vård med 4,0 mnkr. Ökningen avser i huvudsak inhyra läkare. Budgetavvikelsen uppgår till 53,2 mnkr.

Prognosen för inhyrd personal uppgår till 135,8 mnkr och avviker från budget med 89,4 mnkr. Hyrberoende kvarstår i samma omfattning som tidigare månader under 2019.

9.1.3 Driftkostnader



Kontogrupp	Utfall ack. 2016-08	Utfall ack. 2017-08	Utfall ack. 2018-08	Utfall ack. 2019-08	Budget ack. 2019-08	Budget- avvikelse
Köpt vård	310 944 881	329 137 823	351 316 917	354 471 038	362 880 933	8 409 895
Läkemedel öppenvård	194 313 281	203 372 385	222 498 101	231 453 983	235 604 374	4 150 390
Läkemedel slutenvård	88 366 434	99 751 176	95 265 410	113 309 297	114 452 480	1 143 183
Sjukv.art. och med. mtrl	114 708 931	121 041 979	127 972 234	132 898 599	138 698 513	5 799 915
Lab/rgt undersökningar	185 906 367	189 403 267	197 836 676	207 987 119	207 438 808	-548 311
Hjälpmedel	26 567 189	28 861 214	29 641 460	32 344 877	29 213 139	-3 131 738
Ankomstregistrerat	17 392 408	12 355 470	5 420 634	6 334 184	0	-6 334 184
Övrigt	423 556 663	455 153 868	515 010 464	524 374 181	479 950 352	-44 423 829
Total	1 361 756 154	1 439 077 180	1 544 961 896	1 603 173 278	1 568 238 599	-34 934 680

9.1.3.1 Köpt vård

Hälso- och sjukvården i Blekinge behöver komplettera det egna vårdutbudet med högspecialiserad vård, gränsöverskridande vård (utomlandsvård), privat vård (med avtal), solidariskt finansierad vård (inom södra regionen), akutsjukvård samt rättspsykiatrisk vård. Det finns därutöver ett fritt vårdval för patienter som innebär att de kan söka offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela Sverige. Den köpta vården avser alltså olika vårdinsatser för patienter boende i Blekinge men behandlade utanför länet inom öppenvården (ÖV) och slutenvården (SV).

Utfallet efter augusti uppgår till 354,5 mnkr. Kostnaderna har ökat med 3,1 mnkr i förhållande till utfallet 2018 och i förhållande till budget redovisas ett överskott på 8,4 mnkr. Den högspecialiserade vården är 14,6 mnkr lägre än utfallet 2018 och orsaken till detta är att slutenvården redovisar lägre kostnader för onkologi, hematologi, medicin och kvinnosjukvård (Region Skåne), medicin samt rehab (Sahlgrenska universitetssjukhuset) och barnkliniken (Karolinska sjukhuset).

Särskilt dyra vårdtillfällen, som är en del av den högspecialiserade vården, följs upp kontinuerligt. Historiskt är det uteslutande transplantationer för njur- eller leverpatienter som varit vanligt förekommande medan det under 2019 har tillkommit ytterligare lung- och hjärttransplantationer (3 patienter med 1,5 mnkr per fall). Förra året var utfallet på 4,0 mnkr för transplantationer, 2019 är det redan 10,0 mnkr under samma period.

LRV, lagen om rättspsykiatrisk vård som köps av Kronoberg, har ökat med 5,5 mnkr jämfört med föregående år och det beror ytterligare 2 dömda. Kostnaderna för psykiatri i länssjukvård har ökat med 2 mnkr och det är

främst fritt vårdval i öppenvården som ökar. Det fria vårdvalet ökar generellt för hela hälso- och sjukvården och uppgår till 26,5 mnkr, vilket innebär nästan tre gånger större kostnader än ifjol.

Framförallt slutenvård som ökar. Utfall för akutsjukvård uppgår till 39,0 mnkr, det är 3,1 mnkr högre än 2018. Utomlandsvård, vård utanför Sverige, redovisar en kostnad på 5,1 mnkr vilket är 2,1 mnkr högre än förra året. Ökningen beror bara på åtgärder inom slutenvård.

Ersättningar för privata vårdgivare ökade med 2,7 mnkr till 7,9 mnkr. Stor del av ökningen kommer från öppenvårdspatienter som söker sig till Kristianstad. Ersättningar enligt avtal ligger med 5,0 mnkr vilket 1,2 mnkr lägre än 2018.

9.1.3.2 Läkemedel öppenvård

Enligt den behovsanalys som Sveriges kommuner och landsting (SKL) gör, inför fördelningen av statsbidraget för receptläkemedel, låg Blekinges faktiska kostnader i nivå med det förväntade behovet enligt data till och med februari 2019. Sedan dess har de faktiska kostnaderna varit något högre än vad behovsmodellen förutspått. I sammanhanget måste dock nämnas att återbäringarna från läkemedelsföretag också är högre än förväntat. Det medför att ökningen av faktiska kostnader till viss del balanseras av återbäringar och regionens kostnader för öppenvårdsläkemedel följer behovsanalysen/prognosen.

Det har under de senaste åren introducerats en rad nya, dyra läkemedel mot svåra sjukdomstillstånd på flera områden. Dessa har gett bättre behandlingsresultat för många patientgrupper, men har även bidragit till en ökning av läkemedelskostnaderna. Dessa läkemedel har den specialiserade vården kostnadsansvar för, enligt den decentraliserade budgetmodell som Region Blekinge använder. Införandet sker i enlighet med nationellt framtagna riktlinjer. Patienterna lever allt längre med sin sjukdom och läkemedelsbehandlingarna är ofta livslånga. I takt med att kunskapsläget ökar vidgas användningsområdena för läkemedlen.

Öppenvårdsläkemedel som den nära vården har ansvar för är bland annat psykiatriläkemedel som ökar mer än den budget som är tilldelad. Förskrivningsmönster har granskats och bedömts ändamålsenligt. Journalgranskningar kommer också att utföras som komplement till analysen av förskrivningsmönster då förbrukningen per invånare är högre för ett fåtal preparat. Diabetesläkemedel är en annan preparatsgrupp som ökar och har ökat de senaste åren. Fler insjuknar och nya preparat har tillkommit. Läkemedelsförskrivningen inom det offentliga hälsovalet följer rekommenderade läkemedelslistan och förklaringen till avvikelserna ligger i den demografiska utvecklingen.

Öppenvårdsläkemedel inom den specialiserade vården fortsätter att öka men ligger fortfarande inom budget. Läkemedelskostnaderna varierar över året eftersom enstaka patienter med dyra läkemedel kan påverka utfallet kraftigt. Kostnadsökningen för den specialiserade vården avser cancerpreparat och läkemedel mot blodarsjukan.

9.1.3.3 Läkemedel slutenvård

Läkemedelsanvändningen inom slutenvården har ökat p g a ökad produktion inom operation samt att flera läkemedel inom anestesi är restnoterade vilket ger högre kostnader för ersättningsartiklar.

I budgeten finns en besparing på 3,8 mnkr där injektionsverksamhetens kostnad för läkemedlet Eylea skulle halveras genom att BLS apotek fördelar innehållet i ampullerna. På så sätt skulle nästan allt läkemedel i ampullerna användas och kostnaderna skulle minska.

Problem med kanylerna har gjort att delningen påbörjades först i maj månad och fördelningen har inte varit optimal vilket innebär att besparingen inte fått någon större effekt ännu.

9.1.3.4 Sjukvårdsartiklar

Kostnad för sjukvårdsmaterial ligger 5,8 mnkr bättre än budget. Ortopedkliniken, som har dyrt material och dyra implantat står för den positiva avvikelserna då en ny upphandling samt en minskad förbrukning har gett lägre kostnader mot budget samt föregående år. Dock har kostnaderna inom operation ökat p g a fler robotoperationer, eftersom robotinstrument är dyrare än instrument som används vid öppen kirurgi. Även kostnad för diabetesmaterial är högre än budget, samt sjukvårdsmaterial inom thorax har gått upp p g a ökad produktion.

9.1.3.5 Laboratorie- och röntgenundersökningar

Lab- och röntgenundersökningarna blir fler och kostnaden ökar jämfört med föregående år. En trolig orsak är att med högre beläggning och fler utlokaliserade patienter prioriteras inte proverna på samma sätt i verksamheten som när tid finns för detta. De dyrare undersökningarna ökar. Röntgenundersökningar och klinisk kemi analyser avviker från budget. Den totala kostnaden för laboratorie- och röntgenundersökningar är avvikande -0,5 mnkr från budget.

Merparten av kostnadsökningen finns i specialiserad vård men också inom nära vård och förvaltningsstaben (privata vårdgivare, köpt vård).

9.1.3.6 Hjälpmedel

Hjälpmedelskostnaderna avviker 3,1 mnkr från budget och kostnaderna har ökat med 2,7 mnkr. Kostnaderna påverkas av den interna prissättningen på hjälpmedelstjänsterna, förskrivningsmönster, upphandlingsavtal gällande hjälpmedel, livslängd på produkterna och det demografiska behovet.

I de nya upphandlingarna som sker har leverantörerna uppgett hur lång livslängd som ett hjälpmedel har och det betyder att hjälpmedlet skrotas tidigare än förut då leverantören inte uppgett någon livslängd. Ny upphandling på t.ex. rullatorer innebär billigare rullatorer men med kortare livslängd. Konsekvensen av avtalet är ovisst då det inte behöver bli dyrare eftersom inköpspriset är lägre. Effekten blir märkbar tidigast år 2020.

En faktor som påverkar positivt är att tillvalen till hjälpmedlen har sjunkit i pris. Dock har denna kostnadsminskning balanserats ut av eftersom det förskrivs mer avancerade hjälpmedel och antalet patienter med behov av hjälpmedel ökar. Förändrade regler vid färdtjänst innebär också att vissa patienter får en rullstol som de enbart använder vid färdtjänst.

Kostnadsökningen avseende hjälpmedel finns framförallt inom Nära vård på barn- och ungdomskliniken, habiliteringen, och psykiatri. Inom specialistsjukvården är det på öronkliniken och ortopedkliniken som det finns en ökning.

9.1.3.7 Övrigt

Övrig drift består till 80 % av interna tjänsteköp såsom hyra, kost, städning, steriltekniska tjänster, IT, medicinteknik m.m.

Resterande 20 % avser externa tjänster som reparation och underhåll, material och varor, läkarkonsultationer, resor och logi, transporter, förbrukningsmaterial m.m. En jämförelse med föregående år visar att det finns en kostnadsökning som avser lokallhyror, leasingbilar (ny upphandling), tolk (saknas upphandling), städning, reparation av medicinteknisk apparatur, apoteksservice, abonnemang kök, övriga tjänster, serviceavtal medicinteknisk apparatur och förbrukningsartiklar.

Prognosen för samtliga driftskostnader avviker från budget med 45,7 mnkr vid årets slut. Anledningen till att budgetavvikelsen kan begränsas är att hälso- och sjukvården antar att tilläggsbudget för hyror m.m. tillkommer. Prognosavvikelsen kan hänföras till de kostnader som avviker under övrig drift.

9.1.4 Kapitaltjänst

Kapitaltjänst följer sedvanlig process och beräknas kompenseras fullt ut i årsbokslutet.

9.1.5 Resultat utifrån finansieringsform

Det finns olika finansieringsformer inom Region Blekinge. Hälso- och sjukvården har en komplicerad ekonomiskstyrning med tre finansieringsformer som påverkar det ekonomiska resultatet, beslutsfattande och omställningen till en nära vård. En ytterligare komplicerande faktor är att hälsovalsersättningen är bland de lägre i landet vilket innebär att utrymme för utveckling och omställning saknas.

Finansieringsform	Utfall ack. 2016-08	Utfall ack. 2017-08	Utfall ack. 2018-08	Utfall ack. 2019-08	Budget ack. 2019-08	Budget- avvikelse
Anslagsfinansierad verksamhet	2 094 845 329	2 234 827 707	2 406 682 835	2 465 939 941	2 411 228 637	-54 711 304
Intäktfinansierad - medicinsk service	-9 154 377	-820 393	-372 850	6 342 143	7 660 960	1 318 816
Intäktfinansierad - offentligt hälsoval	-1 395 361	19 961 408	11 611 428	19 302 567	0	-19 303 968
Totalsumma	2 084 295 591	2 253 968 722	2 417 921 413	2 491 584 652	2 418 889 597	-72 696 456

Tabell 2: visar nettokostnader för Hälso- och sjukvården utifrån de olika finansieringsformerna.

Den anslagsfinansierade verksamheten avviker med – 54,7 mnkr efter augusti. Verksamheten avser psykiatri, somatisk sjukvård, sårcentrum, jourcentral, ungdomsmottagningar, köpt vård, stabsfunktioner och solidariskt finansierade kostnader inom hälso- och sjukvården. Underskottet för den anslagsfinansierade fördelar sig på 15 % intäkter, 11 % personalkostnader, 61 % drift och 13 % kapitalkostnader (sistnämnda balanseras vid åretsslut). Intäktsavvikelsen avser övriga intäkter samt patientavgifter. Gällande personalkostnaderna är det i huvudsak inhyrd personal som avviker från budget i de vårdintensiva verksamhetsdelarna och har ökat med 8 % jämfört föregående år. Anställd personal avviker marginellt från budget men har ökat med hänsyn till sedvanlig lönerrevision och omorganisation. Driftskostnaderna redovisar avvikelser för lokaler, transporter, tele/post, verksamhetsanknutna tjänster samt hjälpmedel. Kostnaderna för laboratorie- och röntgenundersökningar har ökat markant men ligger inom budget.

Medicinsk service som avser röntgen, laboratoriemedicin, sjukhusapotek, medicinsk teknik och klinisk fysiologi är intäktfinansierade och redovisar ett mindre överskott efter augusti på 1,3 mnkr. Överskottet beror som tidigare nämnts på att det finns vakanta tjänster samt på att intäkterna överstiger kostnaderna.

Intäktsöverskottet balanserar till stora delar det underskott på övrig drift som avser förbrukningsmaterial, transporter och övriga tjänster.

Det intäktsfinansierade hälsovalet redovisar ett underskott på – 19,3 mnkr efter augusti, vilket beror på lägre intäkter, högre personalkostnader och högre läkemedelskostnader än budgeterat. Intäkterna för läkemedelsanslag avviker generellt för samtliga vårdcentraler, de otrogna besöken avviker från budget i östra länet och besök i andra landsting avviker från budget västra länet. Personalkostnaderna avviker ca 15 mnkr från budget efter augusti och det avser framförallt inhyrd lärarpersonal. Läkemedelsförskrivningen följer rekommendation och förklaringen till avvikelsen ligger i den demografiska utvecklingen.

9.2 Prognosförklaring

Hälso- och sjukvården lämnar en positiv prognosförändring jämför med lämnad prognos i tertialrapporten. Resultatet beräknas till – 105,8 mnkr vilket är ca 15 mnkr bättre än lämnad prognos vid tertialrapporten.

Prognosen baseras på följande antagande:

- Personalpotten innehåller bl.a. satsning för att inrätta ST-läkare avseende barnpsykiatri. Satsningen kommer inte igång under 2019 eftersom rekryteringen inte lyckats och därmed finns inga kostnader upptagna i prognosen för hälso- och sjukvården.
- Mobila team är en annan satsning som finns budgeterad på regionens förfogandeanslag. Utveckling av de mobila teamen inom geriatrik pågår och kostnaden för satsningen beräknas uppgå till 1,1 mnkr för 2019. Med hänsyn till att budgeten finns på förfogandeanslaget exkluderas kostnaden i prognosen för hälso- och sjukvården.
- Införande av tarmcancerscreening enligt regionplanen pågår. Under år 2019 beräknas det endast finnas marginella kostnader för att skapa ett införande, medans det under år 2020 kommer finnas en verksamhet i full drift.
- Förbättrad cancervård innebär att ett flertal olika satsningar har påbörjats inom specialistvården. Estimerade kostnader uppgår till 6,2 under år 2019 och inför år 2020 beräknas kostnaden uppgå till 6,7 mnkr för 2020, Budget ska begäras från förfogandeanslag och kostnaderna inkluderas inte i prognosen.
- 1177 vårdguiden resursförstärks i regionplanen. Rekrytering av personal med rätt kompetens är svårt och uppdraget har därför hanteras med fokus på digitallösning för att kunna dirigera samtal rätt. Under verksamhetsåret 2019 finns inga beräknade kostnader.
- Medel för att utreda möjligheten med kvällsöppna vårdcentraler i varje kommun (jourcentraler) finns avsatta som en satsning i regionplanen på att öka tillgängligheten till vården. I det omställningsarbete som pågår inom hälso- och sjukvården har det blivit påtagligt att samtliga akuta flödena i såväl nära vård som specialiserad vård behöver en genomlysning och koordinering, för att patienten ska bli omhändertagen på rätt vårdnivå i ett effektivt flöde. Medlen föreslås användas till denna utredning eftersom det även inkluderar tillgängliga vårdcentraler på kvällstid.

- Ordnad provtagning för prostatacancer är ytterligare en satsning i regionplanen. Satsningen bedöms komma i drift under år 2020 och prognosen inkluderar endast marginella kostnader i samband med uppstarten.
- Centrala utbildningsanslaget är en pågående satsning för utbildningsanställningar. Kostnaden finns inte inkluderad i prognosen eftersom budgeten finns på regionens förfogandeanslag. Tilläggsbudget kommer att efterfrågas i särskilt ärende vid årets slut.
- Nattkvot prognostiseras kosta 13,7 mnkr och kostnaden finns inkluderad i lämnad prognos från klinikerna till förvaltningen för Hälso- och sjukvården. I prognosen från hälso- och sjukvården har 10,7 mnkr exkluderats då denna summa finns budgeterad på förfogandeanslaget.
- Lönerevisionen för vårdförbundets medlemmar belastar ännu inte utfallet, dock har budgeten tillfallit hälso- och sjukvården, vilket gör att det finns en estimerad summa inkluderad i prognosen för 2019.
- Kompensation för hyreskostnader och avskrivningar följer tidigare praxis. Det innebär att prognosen 2019 endast tar hänsyn till budgetväxlade hyror och avskrivningar.
- Rehabiliteringskoordinatorer är en statsbidragssatsning som ska permanentas i den löpande verksamheten. I prognosen 2019 finns kostnader inkluderade i Hälso- och sjukvårdens prognos. Oklar tilldelning av budgeterade medel från förfogandeanslaget.
- MRB-screening finns avsatta med på förfogandeanslaget. Hälso- och sjukvården kommer att efterfråga medel motsvarande kostnad vid årets slut. I prognosen är kostnaden inkluderad.
- Digitala möten och hemmonitorering är en satsning i regionplanen och budget finns avsatt på förfogandeanslaget. Hälso- och sjukvården kommer att efterfråga medel motsvarande kostnad vid årets slut. I prognosen är kostnaden exkluderad.

9.2.1 Besparingar och effektiviseringar

Ledningsgruppen för Hälso- och sjukvården kommer att fortsätta att förankra planerade kortsiktiga besparingarna och effektiviseringsåtgärderna, samtidigt som det långsiktiga kvalitetsarbetet för att minska variationer och förändra arbetssätten ska bli en del av ledningsarbetet på makro-, meso- och mikronivå. Arbeta på samma sätt med färre resurser kommer att generera samma underskott. Det krävs förändrade arbetssätt för att minska resursåtgången.

Hälso- och sjukvården fortsätter också med samverkan tillsammans med kommuner, för att hantera olika vårdflöden på rätt omhändertagandenivå. Ett annat behov som utkristalliserats är att utreda och planera akutflöden av invånare, som i övrigt är friska, men som tillfälligt behöver primärvård akut.

Åtgärd	Mål Mkr	status april	Prognos 2018	Prognos 2019
Oberoende av inhyrd personal psykiatri habilitering	4,5	pågår	4,3	0,2
Oberoende av inhyrd personal primärvård	2,0	dialog pågår	0	2
Oberoende av inhyrd personal vårdplatser	5,0	dialog pågår	0	5
Oberoende av inhyrd personal läkare fd BLS	6,0	påbörjat - nya vakanser	0	6
Förändrade öppettider-samverkan PV	1,0	dialog pågår	0	1
Jour/beredskap PV	4,6	dialog pågår	0	4,6
Digital vårdcentral	2,0	pågår	0	2
Ökning av ST-läkare i PV	5,2	påbörjat	0	5,2
Översyn av dömda enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård placerade i Kronoberg	1,0	pågår	0,3	0,7
Arbete med sjukskrivning inom psykiatri habilitering	0,7	pågår	0,3	0,4
Omfördela vårdplatser/avdelningar	26,0	påbörjat	0	13
Stängning av avdelning 57		mitten av januari	12,6	0
Renodla Rehabkliniken		dialog pågår	0	
Stängning av infektionsakuten	0,5	förberedelser pågår	0	0,5
Upphandla näringspreparat för öppenvården	1,4	ej påbörjat	0	1,4
Hjälpmedelcentralen distribuerar inkontinenshjälpmedel	1,3	påbörjat	0	1,3
Optimera personalresurser för en personalbudget i balans	15,0	pausat	0	15
Apotekssystem	1,0	upphandling saknas	0	1
Delning av ögoninjektioner		påbörjat	1	0,5
Pre-analytiska fel	0,5	pågår	0,5	0
Rätt "vårdnivå" provtagning/undersökningar/analyser		dialog pågår	0	oklart
Beredning av läkemedel		dialog pågår	0	oklart
Utomlänspatienter - såld vård	7,5	pågår	12,0	
Kodningsteam - granska köpt vård	2,0	påbörjat	2,0	2,0
Läkemedel - förskrivningsmönster		påbörjat	0,7	
Övrigt - personal		pågår	3,3	
Genomlysning - Länsgemensam psykiatri (plan 1,4 mnkr)		pågår		1,4
Summa	87,2		37	63,2
prognos = redovisar beräknad helårseffekt av besparingen				
Kursiv text = nya åtgärder utöver planerade i verksamhetsplan				

9.3 Investeringar

Investeringsbehovet är stort, budgeten är begränsad och prioriteringar pågår ständigt. Investeringsprocessen tar lång tid och det är som vanligt svårt att bedöma vilka investeringar som kommer att belasta innevarande år.

Budgeten är dock inte den stora begränsningen, vi har flera överklaganden som drar ut på tiden och tar resurser från upphandlingsenheten.

Resurssituationen på upphandlingen är bättre, i dagsläget 3 upphandlare för MT. Det många gånger svårt att få deltagare från verksamheten i referensgrupperna vilket gör att hela upphandlingsprocessen går trögt. Vi diskuterar sätt att få verksamheterna mera delaktiga och hur vi får ut informationen hur viktigt referensgruppsarbetet är. Det är en ledningsfråga ute i verksamheterna.

MTA har som vanligt regelbundna avstämningar (var 14:e dag) med upphandlingen för att stämma av status på pågående upphandlingar.

Konsekvensen av att det tar tid att slutföra upphandlingar är att det prognostiserade utfallet inte blir som planerat. Vi dras med en ryggsäck till nästkommande år som måste omprioriteras och belastar efterföljande års budget.

Följande större investeringar är pågående/slutförs under året enligt bilaga 2.

9.4 Projektrevisning

Registercentrum (RC) Syd är ett av sex nationella registercentrum som får nationellt ekonomiskt anslag för att stödja kvalitetsregister vad gäller start, drift, resultatanalys och kliniskt förbättringsarbete med hjälp av registerdata. Registercentras uppdrag är att skapa synergieffekter i samarbetet mellan register samt medverka till att registerdata blir användbara för olika användare. RC Syd är Södra sjukvårdsregionens registercentrum och knuten med en verksamhetsdel till Region Skåne (Lund) och en verksamhetsdel till Region Blekinge (Karlskrona).

RC Syd och RCC Syd (Regionalt Cancercentrum Syd) samverkar och bildar tillsammans RCO Syd (Registercentrumorganisation Syd) med uppgift att tillgodose kvalitetsregisters behov av stöd vad gäller drift, förbättringsarbete och resultatanalys. Syftet är att öka samverkan och minska konkurrensen, tydliggöra ansvarsfördelningen mellan register och registercentrum, samt tydliggöra hur samverkan med regionala cancercentrum ska se ut vad gäller stöd till kvalitetsregistren inom cancerområdet.

Verksamheten redovisas årligen direkt till anslagsgivaren, nationella ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Verksamhetsberättelse för 2019 för RCO Syd (RC Syd Karlskrona – Lund och RCC Syd) kommer att redovisas till anslagsgivaren den 31 mars 2020. Intern rapport vid delårsbokslutet finns att tillgå på förfrågan.

I övrigt har hälso- och sjukvården endast ett par mindre omfattande läkemedelsprojekt som redovisas och rapporteras på klinisknivå.

9.5 Internkontroll per område

Den interna kontrollen ska förebygga riskfyllda situationer och fungera som ett säkerhetsnät. Hälso- och sjukvårdens kontrollmiljö omfattas av lagar och regelverk, organisation, ansvar och befogenheter, men även värdegrund, intern kultur och ledarskap. I kontrollmiljön har följande risker identifierats för perspektiven verksamhet, medarbetare och ekonomi med hänsyn till beslutade målområden och inriktningsmål.

· = Måluppfyllelse

o = Analys och åtgärd

9.5.1 Nära vård

1) Tillgänglighet - Granska att samtliga mottagningar har påbörjat införande eller har infört produktionsplanering. Målvärdet: 100 %.

· 7 av 31 enheter har påbörjat eller har infört produktionsplanering vilket motsvarar 23 %.

o Datum finns bokade för hösten där resterande mottagningar ska delta

2) Kvalité - Granska att registrerade vårdskador följs upp med en åtgärdsplan, som avlägsnar risken för att vårdskadan ska uppstå igen. Målvärdet är 100 %.

· Det har förekommit 3 vårdskador och 2 av dessa har inte internt utredds. Därmed lyckades man enbart intern utreda 33% av alla vårdskador.

o De två avvikelserna beror på systemfel då man inte registrerat att vårdskadorna är utredda.

3) Kodning - Granska att samtliga mottagningsbesök diagnoskodas inom 2 månader. Målvärde: 98 % eller mer.

- Det är enbart barnkliniken som ingår i mätningen. Kodningen uppgick till 99% vilket motsvarar 100 %
- o Resultatet är fullt tillfredsställande vilket visar att klinikens rutiner och arbete med diagnoskodning fungerar.

4) Kodning - Granska att samtliga slutenvårdstillfällen diagnoskodas inom 2 månader. Målvärde: 98 % eller mer.

- Det är enbart barnkliniken som ingår i mätningen. Kodningen uppgick till 98,7% vilket motsvarar 100 %
- o Resultatet är fullt tillfredsställande vilket visar att klinikens rutiner och arbete med diagnoskodning fungerar.

5) Kodning - Granska att operationskoder från ORBIT inkluderas vid diagnossättning av vårdtillfället. Målvärde: 100%.

- o Utgår vid delårsrapporten

6) Arbetsmiljö - Granska övertidsuttaget utifrån lagens krav om max 200 timmar.

- Personalsystemet skickar signal till chefen om medarbetare som börjar närma sig 200 timmar övertid bokas på ytterligare pass. Övergripande granskning av övertidsuttag görs regelbundet vid ordinarie rapporteringstillfällen. Resultatet är tillfredsställande

7) Kostnadskontroll/arbetsmiljö - Granska att det finns rutin för uppföljning och åtgärder av resultat av medarbetarundersökningen

- o Resultat från medarbetarundersökning redovisas på arbetsplatsträffar och respektive verksamhet har uppdrag att utifrån sitt resultat arbeta fram handlingsplaner och vidta eventuella åtgärder.

8) Politiskt fattade inriktningsbeslut - Granska att vårdavdelningarnas genomsnittliga personalsammansättning följer nämndens inriktningsbeslut om 60 % sjuksköterskor och 40 % undersköterskor.

- Beslutet om personalomsättning 60/40 fattades av Blekingesjukhusets nämnd om omfattar inte psykiatri och primärvård. De verksamheter som tidigare fanns inom Blekingesjukhuset och som nu finns i Nära vård når inte fullt ut målsättningen.

o Berörda vårdavdelningar arbetar kontinuerligt med frågor kring bemanning och rätt använd kompetens. Det pågår även arbete centralt i förvaltningen kring bemanningstal, avdelningsstruktur och vårdplatsfördelning.

9) Kostnadskontroll - Granska att utanordningslistorna har kontrollerats och signerats av ansvarig chef. Målvärde: 95 % eller mer.

- Medelvärde på antalet signerade utanordningslistor var 75,26 procent.
- o Måluppfyllelsen har under året varit varierande mellan klinikerna. Informationsinsatser har gjorts under året med att påminna cheferna om vikten av signera utanordningslistorna samt använt sig av de påminnelsekanaler som finns via Heroma.

10) Kostnadskontroll – (köpt vård) Granska att fakturorna för köpt utomlänsvård som överstiger 200 tkr kontrolleras med hjälp av att epikrisen simuleras i Visual. Målvärde: 100 %

- Det är enbart barnkliniken som ingår i mätningen. En faktura har granskats och den var korrekt. Detta motsvarar 100%.

- o Ingen åtgärd planerad då upparbetade rutiner finns inom kliniken för kontroll av fakturor köpt vård.

11) Ekonomi - Granska fakturor avseende inhyrd personal; att tidrapporten är korrekt, att fakturan motsvarar tidrapporten och att fakturan följer avtalet. Målvärde: 100%

- 28 fakturor har granskats och av dessa 28 fakturor var 4 fakturor bristfälliga. Måluppfyllelsen är 86%.

- o Fakturahanteringen gällande inhyrd personal kommer att ses över och ny rutin kommer införas för att få en bättre styrning och kontroll på arbetet.

12) Kvalité – Granska att rutiner för kontroll av narkotikaklassade läkemedel följs. Målvärde: 100 %.

- Av 228 möjliga rapporteringstillfällen skickades det in sammanställningar 77 gånger. Detta motsvarande 34 %.

- o Denna kontrollpunkt avser de somatiska klinikerna och där har man på ledningsnivå framfört vikten av att rutinen efterlevs.

13) Politiskt fattade beslut – Granska att kontinuerlig uppföljning av förvaltningens verksamhetsindikatorer sker i verksamheternas månadsrapporter (ekonomi, verksamhet och personal). Målvärde: 100 %.

- Samtliga enheter hade alla rapportdelar ifylld vilket motsvarar 100%

- o Kontinuerlig uppföljning av verksamheten sker i månadsrapporterna

14) Politiskt fattade beslut – Granska att ett större kostnadsslag inom kliniken följer upphandlade avtal.

- o I dagsläget saknar upphandlingsenheten ett systemstöd för att granskning avtalade produkter vilket medför att denna kontrollpunkt utgår i år

9.5.2 Specialiserad vård

1) Tillgänglighet - Granska att samtliga mottagningar har påbörjat införande eller har infört produktionsplanering. Målvärdet: 100 %.

- Samtliga 9 kliniker har påbörjat införandet eller har infört produktionsplanering vilket motsvarar 100 %.

- o Alla kliniker har deltagit i Myrna Palmgrens utbildning i produktionsstyrning. En klinik har anställt en verksamhets- och produktionsplanerare.

2) Kvalité - Granska att registrerade vårdskador följs upp med en åtgärdsplan, som avlägsnar risken för att vårdskadan ska uppstå igen. Målvärdet är 100 %.

- 12 av 19 vårdskador var internt utredda vilket motsvarar 63%

- o En av klinikerna menar att man har missat att bocka i ”intern utredning” och att vårdskadorna är internt utredda. Det var 4 av 9 kliniker som inte nådde målvärdet. Klinikerna beskriver att internutredning görs men att det inte syns i systemet. Behöver utredas vidare varför informationen inte syns.

3) Kodning - Granska att samtliga mottagningsbesök diagnoskodas inom 2 månader. Målvärde: 98 % eller mer.

- Sammantaget uppgick områdets kodning till 98,6 % vilket är 100%.

o 3 av 9 kliniker klarade inte att nå upp till målvärdet. Flera kliniker hänvisar till personalbrist. Under september startar ett kodningsteam inom förvaltningen för att säkerställa korrekt kodning.

4) Kodning - Granska att samtliga slutenvårdstillfällen diagnoskodas inom 2 månader. Målvärde: 98 % eller mer.

- Sammantaget uppgick områdets kodning till 99,0% vilket är 100%.

2 av 9 kliniker klarade inte att nå upp till målvärdet. Både dessa kliniker hänvisar till personalbrist. Under september startar ett kodningsteam inom förvaltningen för att säkerställa korrekt kodning.

5) Kodning - Granska att operationskoder från ORBIT inkluderas vid diagnossättning av vårdtillfället. Målvärde: 100%.

Utgår vid delårsrapporten

6) Arbetsmiljö - Granska övertidsuttaget utifrån lagens krav om max 200 timmar.

7) Kostnadskontroll/arbetsmiljö - Granska att det finns rutin för uppföljning och åtgärder av resultat av medarbetarundersökningen

8) Politiskt fattade inriktningsbeslut - Granska att vårdavdelningarnas genomsnittliga personalsammansättning följer nämndens inriktningsbeslut om 60 % sjuksköterskor och 40 % undersköterskor.

9) Kostnadskontroll - Granska att utanordningslistorna har kontrollerats och signerats av ansvarig chef. Målvärde: 95 % eller mer.

- Medelvärde på antalet signerade utanordningslistor var 75,3 %.
- o Det fanns 1 klinik som nådde upp till målvärdet. En del kliniker menar att de osignerade utanordningslistorna beror på ledigheter och att cheferna har jobbat kliniskt. En annan förklaring var att det hade skett en organisatorisk förändring. Det sistnämnda berörde en av klinikerna. Samtliga controllers ser ett behov av att påminna sina chefer om vikten av att signera utanordningslistorna.

10) Kostnadskontroll – (köpt vård) Granska att fakturorna för köpt utomlänsvård som överstiger 200 tkr kontrolleras med hjälp av att epikrisen simuleras i Visual. Målvärde: 100 %

- En faktura per aktuell klinik har granskats. 4 kliniker ingick i mätningen och 3 fakturor var korrekta vilket motsvarar 75%.
- Under kontrollen granskades en faktura från Sahlgrenska. Det visade sig att fakturaunderlaget inte har hunnit komma till oss. Efter vidare undersökning upptäcktes att operationskostnader var mycket höga. Kontakt togs med Sahlgrenska och fakturan krediterades. Det är mycket viktigt att flödet mellan redovisningsavdelningen och verksamheten förbättras annars har kliniken inga möjligheter att agera i tid. Fortsatt utredning med det nya kodningsteamet.

11) Ekonomi - Granska fakturor avseende inhyrd personal; att tidrapporten är korrekt, att fakturan motsvarar tidrapporten och att fakturan följer avtalet. Målvärde: 100%

- 13 fakturor granskades och av dessa 13 fakturor var 12 godkända vilket motsvarar 92%.

- o Under kontrollen uppmärksammades att antalet timmar på en faktura inte stämmer med tidrapporten. Efter en avstämning med verksamheten visade det sig att timmarna var korrekta. Vid hantering av fakturan på central lästes ej bilagan (bemanningsföretaget står för 2 introduktionstimmar), vilket inte uppmärksammades av verksamheten.

12) Kvalité – Granska att rutiner för kontroll av narkotikaklassade följs. Målvärde: 100 %.

- Av 399 möjliga rapporteringstillfällen inkom sammanställningar 223 gånger vilket motsvarar 58 %.
- o Flera kliniker tycker att deras resultat var för lågt. De menar att det till viss del beror på en felkälla. Analysen till årsbokslutet kommer att baseras på ett annat underlag. Med anledning av detta går vi inte vidare med granskning av en eventuell felkälla. Rutinen att skicka in underlagen till säkerhetsavdelningen varje vecka kvarstår, men någon sammanställning likt den vi sett under våren kommer inte att göras. Säkerhetsavdelningen arbetar med en ny kontrollrutin.

13) Politiskt fattade beslut – Granska att kontinuerlig uppföljning av förvaltningens verksamhetsindikatorer sker i verksamheternas månadsrapporter (ekonomi, verksamhet och personal). Målvärde: 100 %.

- 8 av 9 kliniker hade samtliga rapportdelar ifyllda vilket motsvarar 89 %.
- o Den klinik som missade att fylla i ett delmoment av sin rapport hänvisar att det är inlagt i handlingsplanen.

14) Politiskt fattade beslut – Granska att ett större kostnadsslag inom kliniken följer upphandlade avtal.

- I dagsläget saknar upphandlingsenheten ett systemstöd för att granskning avtalade produkter vilket medför att denna kontrollpunkt utgår i år

9.5.3 Medicinsk service

1) Tillgänglighet - Granska att samtliga mottagningar har påbörjat införande eller har infört produktionsplanering. Målvärdet: 100 %.

- 3 av 5 kliniker ingick i mätningen. Samtliga nådde upp till målvärdet vilket motsvarar 100%.
- o Analys och åtgärd: Alla kliniker inom området arbetar löpande med att optimera sina verksamheter på bästa sätt.

2) Kvalité - Granska att registrerade vårdskador följs upp med en åtgärdsplan, som avlägsnar risken för att vårdskadan ska uppstå igen. Målvärdet är 100 %.

- Mätningen visar förekomst av en vårdskada inom området. Denna var felaktigt registrerad som vårdskada och därför borttagen.
- o Analys och åtgärd: Efter justering av felaktig registrering föreligger inga vårdskador.

3) Kodning - Granska att samtliga mottagningsbesök diagnoskodas inom 2 månader. Målvärde: 98 % eller mer.

- Ej aktuellt för området.

4) Kodning - Granska att samtliga slutenvårdstillfällen diagnoskodas inom 2 månader. Målvärde: 98 % eller mer.

- Ej aktuellt för området.

5) Kodning - Granska att operationskoder från ORBIT inkluderas vid diagnossättning av vårdtillfället.

Målvärde: 100%.

Utgår vid delårsrapporten

6) Arbetsmiljö - Granska övertidsuttaget utifrån lagens krav om max 200 timmar.

· Inga medarbetar överskrider gräns om 200 timmar.

o Analys och åtgärd: Granskning av övertidsuttag görs regelbundet vid ordinarie rapporteringstillfällen.

Resultatet är tillfredställande.

7) Kostnadskontroll/arbetsmiljö - Granska att det finns rutin för uppföljning och åtgärder av resultat av medarbetarundersökningen

· Måluppfyllelse 100%.

o Analys och åtgärd: Resultat från medarbetarundersökning redovisas på arbetsplatsträffar och respektive verksamhet arbetar utifrån sitt resultat fram handlingsplaner och vidtar eventuella åtgärder.

8) Politiskt fattade inriktningsbeslut - Granska att vårdavdelningarnas genomsnittliga personalsammansättning följer nämndens inriktningsbeslut om 60 % sjuksköterskor och 40 % undersköterskor.

· Ej aktuellt för området.

9) Kostnadskontroll - Granska att utanordningslistorna har kontrollerats och signerats av ansvarig chef.

Målvärde: 95 % eller mer.

· Medelvärde avseende antal signerade utanordningslistor var under mätperioden 59,90 %.

o Analys och åtgärd: Brist konstateras och kommer att diskuteras vid framtida ledningsgruppsmöte.

10) Kostnadskontroll – (köpt vård) Granska att fakturorna för köpt utomlänsvård som överstiger 200 tkr kontrolleras med hjälp av att epikrisen simuleras i Visual. Målvärde: 100 %

· Ej aktuellt för området.

11) Ekonomi - Granska fakturor avseende inhyrd personal; att tidrapporten är korrekt, att fakturan motsvarar tidrapporten och att fakturan följer avtalet. Målvärde: 100%

· 1 av 5 kliniker ingår i mätningen. Det fanns en faktura och den var korrekt vilket motsvarar 100%.

o Analys och åtgärd: Konstateras att rutin fungerar.

12) Kvalité – Granska att rutiner för kontroll av narkotikaklassade läkemedel följs. Målvärde: 100 %.

· Ej aktuellt för området.

13) Politiskt fattade beslut – Granska att kontinuerlig uppföljning av förvaltningens verksamhetsindikatorer sker i verksamheternas månadsrapporter (ekonomi, verksamhet och personal). Målvärde: 100 %.

· Det var en av fem kliniker som inte klarade granskningen varvid måluppfyllelsen motsvarar 80%.

o Analys och åtgärd: Oklarheter förelåg i samband med föregående rapportering varvid efterföljande diskussion anses säkerställa korrekt hantering framöver.

14) Politiskt fattade beslut – Granska att ett större kostnadsslag inom kliniken följer upphandlade avtal.

I dagsläget saknar upphandlingsenheten ett systemstöd för att granskning avtalade produkter vilket medför att denna kontrollpunkt utgår i år

Totalt uppfyller områdets kliniker fem av sju aktuella punkter inom internkontrollen. Diskussion kommer att ske i ledningsgrupp för att minimera identifierade brister.

9.5.4 Förvaltningsstab

1) Tillgänglighet - Granska att samtliga mottagningar har påbörjat införande eller har infört produktionsplanering. Målvärdet: 100 %.

· Ej aktuellt

2) Kvalité - Granska att registrerade vårdskador följs upp med en åtgärdsplan, som avlägsnar risken för att vårdskadan ska uppstå igen. Målvärdet är 100 %.

· Ej aktuellt

3) Kodning - Granska att samtliga mottagningsbesök diagnoskodas inom 2 månader. Målvärde: 98 % eller mer.

· Ej aktuellt

4) Kodning - Granska att samtliga slutenvårdstillfällen diagnoskodas inom 2 månader. Målvärde: 98 % eller mer.

· Ej aktuellt

5) Kodning - Granska att operationskoder från ORBIT inkluderas vid diagnossättning av vårdtillfället. Målvärde: 100%.

· Ej aktuellt (Utgår vid delårsrapporten)

6) Arbetsmiljö - Granska övertidsuttaget utifrån lagens krav om max 200 timmar.

7) Kostnadskontroll/arbetsmiljö - Granska att det finns rutin för uppföljning och åtgärder av resultat av medarbetarundersökningen

8) Politiskt fattade inriktningsbeslut - Granska att vårdavdelningarnas genomsnittliga personalsammansättning följer nämndens inriktningsbeslut om 60 % sjuksköterskor och 40 % undersköterskor.

9) Kostnadskontroll - Granska att utanordningslistorna har kontrollerats och signerats av ansvarig chef. Målvärde: 95 % eller mer.

· Den genomsnittliga måluppfyllelsen är 50 procent.

o Måluppfyllelsen är inte acceptabel och långt ifrån tillfyllets. Förklaras av bildandet av Hälso- och sjukvårdsförvaltning då tre förvaltningar slogs ihop till en, vilket inneburit att många medarbetare inom området har fått nya placeringar. De administrativa delarna i personal och ekonomisystem har inte varit i fas, vilket medfört att utanordningslistorna haft felaktig information.

Efter augusti månad är de administrativa delarna tillrättalagda. Under hösten planeras informations- och utbildningsinsatser i arbetet med utanordningslistorna.

10) Kostnadskontroll – (köpt vård) Granska att fakturorna för köpt utomlänsvård som överstiger 200 tkr kontrolleras med hjälp av att epikrisen simuleras i Visual. Målvärde: 100 %

· Ej aktuellt

11) Ekonomi - Granska fakturor avseende inhyrd personal; att tidrapporten är korrekt, att fakturan motsvarar tidrapporten och att fakturan följer avtalet. Målvärde: 100%

· Ej aktuellt

12) Kvalité – Granska att rutiner för kontroll av narkotikaklassade följs. Målvärde: 100 %.

· Ej aktuellt

13) Politiskt fattade beslut – Granska att kontinuerlig uppföljning av förvaltningens verksamhetsindikatorer sker i verksamheternas månadsrapporter (ekonomi, verksamhet och personal). Målvärde: 100 %.

· Ej aktuellt

14) Politiskt fattade beslut – Granska att ett större kostnadsslag inom kliniken följer upphandlade avtal.

o Ej aktuellt (I dagsläget saknar upphandlingsenheten ett systemstöd för att granskning avtalade produkter vilket medför att denna kontrollpunkt utgår i år).

[illegible]

Kontoslag	UTFALL - ACKUMULERAT			BUDGET - ACKUMULERAT			FÖREG. ÅR - ACKUMULERAT			UTFALL JMF BUDGET			UTFALL JMF FÖREG. ÅR		
	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt
Intäkter	-199 678	-640 848	-840 526	-190 575	-659 654	-850 229	-194 297	-632 844	-827 141	9 103	-18 806	-9 703	5 381	8 004	13 385
Personal	1 689 159	1 154	1 690 313	1 370 228	300 027	1 670 255	1 652 303	9 045	1 661 348	-318 931	298 872	-20 058	-36 856	7 891	-28 965
- Anställda	1 586 599	5	1 586 603	1 340 767	270 617	1 611 384	1 550 956	0	1 550 956	-245 832	270 613	24 781	-35 643	-5	-35 647
- Inhyrda	89 416	0	89 416	10 613	25 652	36 265	87 429	0	87 429	-78 804	25 652	-53 151	-1 987	0	-1 987
- Övrig personal	13 144	1 149	14 293	18 849	3 757	22 606	13 918	9 045	22 963	5 705	2 608	8 312	775	7 895	8 670
Drift	906 135	697 039	1 603 173	1 219 989	348 250	1 568 239	865 743	679 218	1 544 962	313 854	-348 789	-34 935	-40 391	-17 820	-58 211
- Köpt vård	276 784	77 687	354 471	284 945	77 936	362 881	273 653	77 664	351 317	8 161	248	8 410	-3 131	-23	-3 154
- Läkemedel öppenvård	231 454	0	231 454	172 967	62 638	235 604	222 498	0	222 498	-58 487	62 638	4 150	-8 956	0	-8 956
- Läkemedel slutenvård	113 309	0	113 309	109 762	4 691	114 452	95 265	0	95 265	-3 547	4 691	1 143	-18 044	0	-18 044
- Sjuk. art & Med. Mstrl	123 392	9 507	132 899	110 918	27 780	138 699	118 807	9 165	127 972	-12 474	18 273	5 800	-4 585	-342	-4 926
- Lab/rtg undersökningar	34 391	173 596	207 987	174 387	33 052	207 439	31 374	166 463	197 837	139 996	-140 544	-548	-3 017	-7 133	-10 150
- Hjälpmedel	12 748	19 597	32 345	27 485	1 728	29 213	11 496	18 145	29 641	14 738	-17 869	-3 132	-1 252	-1 452	-2 703
- Ankomstregistrerar	5 964	370	6 334	0	0	0	4 987	433	5 421	-5 964	-370	-6 334	-977	63	-914
- Övrig drift	108 093	416 281	524 374	339 525	140 426	479 950	107 663	407 348	515 010	231 431	-275 855	-44 424	-430	-8 933	-9 364
Kapitalkostnad	36 724	1 900	38 624	19 249	11 376	30 624	36 453	2 300	38 753	-17 476	9 476	-8 000	-272	400	128
TOTALA INTÄKTER	-199 678	-640 848	-840 526	-190 575	-659 654	-850 229	-194 297	-632 844	-827 141	9 103	-18 806	-9 703	5 381	8 004	13 385
TOTALA KOSTNADNER	2 632 018	700 093	3 332 111	2 609 465	659 652	3 269 117	2 554 499	690 563	3 245 063	-22 553	-40 441	-62 993	-77 518	-9 530	-87 048
NETTORESULTAT	2 432 340	59 245	2 491 585	2 418 890	-2	2 418 888	2 360 202	57 719	2 412 921	-13 450	-59 247	-72 696	-72 138	-1 526	-73 663

Formulär FR 1 - Resultatrapport		
		Prognos

Förvaltning:	11 Hälso- och sjukvården	Period:	augusti 2019	Belopp:	TKR	Ifylld av:		Datum:	2019-09-04
--------------	--------------------------	---------	--------------	---------	-----	------------	--	--------	------------

Kontoslag	PROGNOS - HELÅR			BUDGET - HELÅR			FÖREG. ÅR - HELÅR			PROGNOS JMF BUDGET			PROGNOS JMF FÖREG. ÅR		
	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt
Intäkter	-313 927	-963 974	-1 277 901	-285 863	-989 639	-1 275 502	-318 445	-957 891	-1 276 336	28 064	-25 665	2 399	-4 518	6 083	1 565
Personal	2 573 572	1 935	2 575 507	2 062 681	450 040	2 512 721	2 534 705	15 191	2 549 896	-510 891	448 106	-62 786	-38 867	13 257	-25 611
- Anställda	2 416 368	0	2 416 368	2 018 477	405 926	2 424 403	2 379 219	0	2 379 219	-397 891	405 926	8 035	-37 149	0	-37 149
- Inhyrda	135 795	0	135 795	15 919	38 478	54 397	131 425	0	131 425	-119 877	38 478	-81 398	-4 371	0	4 371
- Övrig personal	21 409	1 935	23 343	28 285	5 635	33 921	24 061	15 191	39 253	6 876	3 701	10 577	2 652	13 257	15 909
Drift	1 378 263	1 021 324	2 399 587	1 831 313	522 533	2 353 847	1 332 466	1 022 114	2 354 580	453 050	-498 791	-45 741	-45 797	790	-45 007
- Köpt vård	412 543	116 480	529 023	427 418	116 903	544 321	411 769	116 533	528 303	14 875	423	15 298	-774	53	-720
- Läkemedel öppenvård	367 226	0	367 226	259 450	93 957	353 407	340 709	0	340 709	-107 776	93 957	-13 819	-26 517	0	-26 517
- Läkemedel slutenvård	170 620	0	170 620	164 703	7 036	171 739	151 465	0	151 465	-5 917	7 036	1 119	-19 155	0	-19 155
- Sjuk- och Med. Mskr	194 299	14 193	208 492	166 628	41 670	208 298	187 712	13 752	201 465	-27 671	27 477	-194	-6 587	-441	-7 028
- Lab- och undersökningar	51 693	261 667	313 360	261 975	49 578	311 552	48 120	251 335	299 454	210 281	-212 089	-1 808	-3 574	-10 332	-13 906
- Hjälpmedel	19 585	29 815	49 400	41 247	2 592	43 839	17 622	27 980	45 603	21 662	-27 223	-5 562	-1 963	-1 835	-3 797
- Ankomstregistrerat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Övrig drift	162 297	599 169	761 466	509 893	210 797	720 691	175 069	612 513	787 582	347 597	-388 372	-40 775	12 772	13 344	26 116
Kapitalkostnad	42 754	2 902	45 656	28 873	17 063	45 936	54 697	3 404	58 101	-13 881	14 161	280	11 943	502	12 445
TOTALA INTÄKTER	-313 927	-963 974	-1 277 901	-285 863	-989 639	-1 275 502	-318 445	-957 891	-1 276 336	28 064	-25 665	2 399	-4 518	6 083	1 565
TOTALA KOSTNADER	3 994 589	1 026 161	5 020 750	3 922 867	989 639	4 912 504	3 921 868	1 040 709	4 962 577	-71 722	-36 524	-108 246	-72 721	14 548	-58 173
NETTORESULTAT	3 680 662	62 187	3 742 849	3 637 004	-2	3 637 002	3 603 423	82 818	3 686 241	-43 658	-62 189	-105 847	-77 239	20 631	-58 608

Bilaga 2**Grönt=Redan klart 2019****Gult=Prognos klart 2019****Ingen färg= Prognos klart 2020**

	Budget	Utfall 2019	Status	Konsekvenser/kommentarer
Tandvården Behandlingsunitar, har varit hos förvaltningsrätten för andra gången, Ramavtal, totalt ca 19,0milj	Ramavtal 19,0milj under 4år	Ca 4,5milj	Klart. Ramavtal tecknat juli 2018. Startad 2014-02, överprövad 2ggr omstartad 3ggr.	Fortsatt installation under 2019, beräknat antal 22 enheter.
Tandvården, Diskdesinfektorer	2,3milj	Ca 2,0milj	Ramavtal, påbörjas snarast	Gamla modeller uppfyller inte dagens standard.
Tandvården, Bordsautoklaver	1,54milj	Ca 1,12milj	Ramavtal, påbörjas snarast	Gamla modeller uppfyller inte dagens standard.
Tandvården Lustgasdestruktion	2,1milj	Ca 2,1milj	Skall påbörjas	Miljökrav från politiken
Investeringar mindre belopp, flera kliniker		Ca 5,7milj	Klart	Investeringar under 0,5milj samt diverse kompletteringsbeställningar.
Spyglass, kirurgen	0,65milj	0,65milj	Klart	
Lagringslösning för patologi som är en tilläggsfunktion till Blekinges befintliga system för diagnostik, lagring och distribution av medicinska bilder	3,1milj, utfall 2018 3,05milj	0,25milj	Beställd hösten 2018 och vår 2019	Överskred med 150tkr.
Blodgruppering, Blodcentralen K-na	2,0milj	Ca 1,4milj	Klart Överprövningen fick avslag i förvaltnings-domstolen. Installation och utbildning sommar/tidigt höst.	Förlängning av serviceavtal tom sept 2019.

Analysutrustning för sänkemätning vid Klinisk Kemi i Karlskrona och Karlshamn, förutsättning vid införandet av elektronisk remiss	0,8milj	0,3milj	Klar. Är under införande.	Gått snabbt, billigare än beräkning
Hjärtstartare, ramavtal för 4 år.	0,65milj	0,65milj	Ramavtal klart. Avrop kan göras. Beräknat behov under 2019,	
Mobila OP-bord Öron OP	0,6milj	0,6milj	Klart, Beställning gjord, installeras innan sommaren.	
Hjärtultraljud Klinisk Fysiologi och Thorax. Ramavtal	9,1milj Utfall 2018 6,4milj	2,7milj	Klart. Avropen fortsätter under 2019.	Här har vi kunnat avsluta hyresavtal
Bladderscanner, flera kliniker	Ramavtal	0,8milj	Klart Avrop kan göras från ramavtal	
Röntgenlaboratorier 8/9/11, lung- och skelett, Karlskrona	12,0milj Utfall 2018 5,85 milj	3,55milj	Klart, 23/4 -18. Lab 11 och Lab 9 klart-18, Lab 8 installeras nu. Gått enligt plan.	Bättre avtal än budgeterat. Faktureras i tre delar beställning, leverans och slutbesiktning
Bärbara infusionspumpar, flera kliniker	1,2milj+0,3milj	Ca 1,384milj	Klart, beställning gjord	Nuvarande pumpar "end of life" svårt att få reservdelar och lånepumpar. Beräkningen av kostnaderna och behov var ej uppdaterade, fick revideras.
News monitorer, flera kliniker	1,0milj	0,8milj	Upphandling av ramavtal påbörjat	Underlättar för avd att göra regelbundna bedömningar av patienters tillstånd.
Storambulans Kommer ej att hinnas med	2,0milj	2,0milj	Skall påbörjas	Godkänd för transportkuvös.
Ambulanser, leveransplan	5,25milj	5,25milj 4,782 klart	Avrop från leveransplan	

		hittills		
Analysutrustning/automation till klinisk kemi, Karlskrona och Karlshamn.	17,0milj	Utfall 2019/2020 (troligtvis 2020) Utfall 2019 ca 12 milj	Klart, krävs anpassning/ombyggnad av lokalerna. Projektering påbörjad. Delbetalning vid leverans, 70%.	Framskjutet införande för Bos på Klinisk Kemi. Gamla system, tätare driftsavbrott. Tillägg på 5milj pga ändrad prisbild, varit i LSAU. Försenar övriga upphandlingar.
Operationslampor OP Karlshamn	2,0milj	1,1milj 2019 0.9 milj kvar	Klart	Ramavtal
Lungfunktionsutrustning Klinisk Fysiologi, Karlskrona	1,5milj	1,35milj	Klart	
Ultraljud Kvinnokliniken	3,6milj	3,6milj	Tilldelning 30/9. Startad 2017-03, beslut 2017-11. Överklagan hos FVR. Omstart sept 2018. Svårt att få resurser på KK, personal slutat nya kontaktpersoner utsedda.	Prioriterad. Verksamheten hyr utrustning sedan febr 2018, 31 000kr/mån
Stroboskoputrustning med videolaryngoskop, Ögonkliniken	1,8milj	1,8milj	Tilldelning senast 3/10	Patienter får tas in igen för undersökning. Gammal otillförlitlig utrustning.
CTG, Förlossningen	2,0milj+0,75milj	2,75milj	Utvärdering pågår. Omstartad 2019. Svårighet för resurser på KK att delta i referensgrupp. Start 2015-09.	Inga omedelbara konsekvenser, men utrustningen är gammal och reservdelar är svåra att få tag i. Revidering av kostnad och behov, var från 2015.
Ultraljud Urologi Kirurgkliniken K-na	0,8milj	0,8milj	Utvärdering pågår	Teknisk livslängd uppnådd

Ultraljud Urologi Kirurgkliniken K-hamn	0,8milj	0,8milj	Utvärdering pågår	Teknisk livslängd uppnådd
Skelettlab 5, Karlshamn	6,0milj	6,0milj Ev delbetalning vid beställning	Utvärdering pågår	Kanske klar 2019, delbetalning 2019, resten 2020
OCT Ögonkliniken	0,9milj	Ca 0,9milj	Omstart av upphandling	Effektivisering av ögonundersökningen uteblir, kö.
Intensivvårdsdialysmaskiner	0,75milj	0,75milj	Skall påbörjas, säkerhetsklassning	Befintliga maskiner är gamla, en tagen ur drift. Lånar en maskin från leverantör.
C-båge Op Karlshamn	2,0milj	2,0milj	Skall påbörjas	För ryggoperationer
ENG, EMG Klinisk Fysiologi	0,7milj	0,7milj	Skall påbörjas av Skåne, formalia klar	Tillsammans med Skåne, tar med kringliggande regioner eftersom tolkningen sker i Skåne och kräver samma utrustning
Glasscanner, Klinisk Patologi	1,0milj	19/20	Skall påbörjas	Klarar ej WIN 10, behöver prioriteras
Koagulation OP Kan, ThoraxOP och Thiva	0,57milj	19/20	Skall påbörjas, säkerhetsklassning	Tromboelastograf
Ultraljudsutrustning Mellanstora/mindre, flera kliniker	3,4milj	19/20	Ramavtal skall påbörjas	
Läkar-mikroskop, Klinisk Patologi	0,6milj	19/20	Skall påbörjas	

Ortopediska verktyg o maskiner, OP K-na, K-hamn	4,0milj/5år	2020-2024	Skall påbörjas, Ramavtal, utbyte av 2 utrustningar/år	
Operationsbord OP k-hamn	1,5milj	19/20	Skall påbörjas.	Utbyte av de äldsta delarna i utrustningen
Laparoskopistaplar OP K-hamn	2,4milj	19/20	Skall påbörjas.	Utrustningen är inköpt vid olika tillfällen och de nyaste kompletteringarna är inte fullt kompatibla med de äldre.
Retcam shuttle, ögonbottenundersökning av nyfödda, Ögonkliniken	1,1milj	19/20		
Hematologiutrustning, K-na och K-hamn	3,0milj	2020	Påbörjad. Utrustning i Karlshamn är ”end of life”. Karlskrona byts samtidigt	
Vattenrening samt anslutningspunkter vid behandlingsplatser, Dialysen Karlskrona.	2,0milj	Utfall 2020	Klart	BY 46
Centralkoncentratanläggning, Dialysen Karlskrona,	0,5milj	Utfall 2020	Klart	BY 46
Funktionsupphandling för dialys är påbörjad, där är vi med i den tekniska kravställning (apparater) Publicering hösten 2018.		Utfall 2019/2020, drift dialysen	Kravspecifikation ute	Om denna upphandling drar ut på tiden blir konsekvensen för MTA höga driftskostnader för reparation och reservdelar. Maskinerna är 7år och förslitning börjar märkas.

Infusionspumpar, flera kliniker	10,5milj	Utfall 2020?	Skall påbörjas	Utbyte av hela infusionspumpparken måste göras, befintliga är gamla och omoderna, de flesta mer än 10år
Bildbehandling, mellanlagring. Kravspecarbete pågår, bildlagring från endoskopiverksamhet på OP och mottagningar.	18,0milj	2020	Svårighet att bemanna, behövs projektledare både för att slutföra införandet av slutlagring och upphandlingen av bildbehandling/mellanlagring	Ett krav från många verksamheter att kunna dokumentera.
Endoskopiutrustning	??	??	Undersöker möjligheten att haka på Skåne	Ramavtal

Preparatröntgen

Hälso- o sjukvård Ekonomienhet
Åsa Nygren

2019-10-07

Ärendenummer 2019/01959
Dokumentnummer 2019/01959-1

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

Omfördelning av budget i samband med satsningar enligt regionplanen

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen besluta

1. Att omfördela 1,0 mnkr från förfogandeanslaget på finansförvaltningen till hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende mobila team
2. Att omfördela 0,4 mnkr från förfogandeanslaget på finansförvaltningen till hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende kvällsöppna vårdcentraler i varje kommun (jourcentraler)
3. Att omfördela 0,4 mnkr från förfogandeanslaget på finansförvaltningen till hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende rehabiliteringskoordinatorer
4. Att omfördela 0,5 mnkr från förfogandeanslaget på finansförvaltningen till hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende MRB-screening
5. Att omfördela 0,4 mnkr från förfogandeanslaget på finansförvaltningen till hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende digitala möten och hemmonitorering

Att föreslå regionfullmäktige besluta

6. Att omfördela 22,6 mnkr från centrala utbildningsanslaget på förvaltning regiongemensamt till hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende kostnader för utbildningar inom ramen för centrala utbildningsanslaget
7. Att omfördela budgetmedel från finansförvaltningen till hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende kapitaltjänstkostnader
8. Att omfördela budgetmedel från finansförvaltningen till hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende hyreskostnader

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården gör riktade satsningar enligt regionplanen 2019-2021 i syfte att uppnå de inriktningsmål och insatsområden som är fastställda av regionfullmäktige, vilka ska leda till att verksamhetens vision och mål kan uppfyllas.

Sjukvården har och förväntas ha kostnader motsvarande 25,75 mnkr under verksamhetsåret 2019 för satsningarna och föreslår med hänsyn till detta att budget omfördelas.

Bedömning

Mobila team

Enligt Regionplan 2019-2021 ska Hälso- och sjukvårdsförvaltningen inrätta mobila team som når kroniskt sjuka patienter i hela Blekinge. På regionstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen finns 3,4 mnkr 2019 och 1,7 mnkr 2020 avsatt för arbetet med mobila team. Arbetet med att starta ett mobilt geriatriskt team har påbörjats och kommer att vara igång under hösten. Geriatriska kliniken har under året haft kostnader som uppgår till 1,0 mnkr för detta arbete. För att täcka dessa kostnader behöver 1 mnkr för 2019 och 1,5 mnkr för 2020 omfördelas från förfogandeanslaget till området nära vård inom Hälso-sjukvårdsförvaltningen.

Kvällsöppna vårdcentraler i varje kommun (jourcentraler)

I regionplanen finns avsatta medel för att ”under planperioden 2019-2021 utreda förutsättningarna för kvällsöppna vårdcentraler i samtliga kommuner i länet” på regionstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen. I omställningen mot en sammanhållen vård för patienterna har Hälso- och sjukvården föreslagit fokus på akutsjukvården. Den nya organisationen där Hälso- och sjukvården organiseras i en förvaltning ger förutsättningar för att förändra de interna strukturerna och skapa en närsjukvård som samlokaliserar primärvård, psykiatri och specialistsjukvård. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen saknar idag budgetmedel som täcker kostnaderna för att göra denna utredning. För att täcka utredningskostnaderna behöver 0,4 mnkr omfördelas från förfogandeanslaget till området stab inom Hälso-sjukvårdsförvaltningen.

Centrala utbildningsanslaget

Centrala utbildningsanslaget ska användas för att stärka medarbetares kompetensutveckling (ej grundutbildning) och för att utveckla den långsiktiga personalförsörjningen i Region Blekinge, främst inom hälso- och sjukvården. Viktiga delar av satsningen är bland annat att utöka antalet utbildningsanställningar.

Fokus ligger på att tillsätta utbildningsanställningar för sjuksköterskor inom prioriterade specialistutbildningar/barnmorskeutbildning. Budgeten avser att finansiera både pågående och nya utbildningsanställningar för de specialistutbildningar som förvaltningen prioriterar samt övriga pågående kompetensutvecklingsinsatser som finansierats av centrala utbildningsanslaget tom 2018.

Utöver prioriterade specialistutbildningar och barnmorskeutbildning kan budgeten användas för kostnader för annan prioriterad kompetensutveckling enligt kompetensförsörjningsplaner i förvaltningen. Hälso- och sjukvården har kostnader motsvarande de avsatta medlen som finns på förfogande anslaget och föreslår därför en omfördelning på 22,6 mnkr till hälso- och sjukvården.

Kapitaltjänstkostnader

När årets alla bokföringar av kapitaltjänstkostnader för investeringar är genomförda finns differens mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningens kapitaltjänstkostnad och kapitaltjänstbudget. Kapitaltjänstkostnaden innehåller kostnader för avskrivningar och internränta. Differensen justeras vid årsbokslutet så att budgetavvikelsen blir noll. Budgetmedel som motsvarar årets budgetavvikelse på kapitalkostnader behöver därför tillskjutas hälso- och sjukvårdsförvaltningen, området stab.

Hyreskostnader

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har 2019 högre hyreskostnader än budgeterat. Anledningen till de högre hyreskostnaderna är främst att avskrivningskostnaderna på fastigheterna är högre på grund av nybyggnationer. I hälso- och sjukvårdsförvaltningens beslutade budgetram 2019 finns dessa högre hyreskostnader inte med. Budget för merkostnaderna behöver därför tillskjutas hälso- och sjukvårdsförvaltningen, området stab.

Rehabiliteringskoordinatorer

Regionplanen fastställer att hälso- och sjukvården ska säkerställa att det finns rehabiliteringskoordinatorer i verksamheten. I den nära vården finns det rehabiliteringskoordinatorer på vårdcentralerna, i vuxenpsykiatri och på rehabiliteringskliniken. För den specialiserade vården finns det etablerade koordinatorer på medicinkliniken, kirurgkliniken, ortopedkliniken och thoraxkliniken. I budget behöver därför tillskjutas 0,4 mnkr för de merkostnader som funktionen innebär för den anslagsfinansierade verksamheten. För den verksamhet som finansieras med hälsovalsersättning förväntas regionstyrelsen besluta om ersättning.

Patientsäkerhetssatsning - MRB-screening

Landstingsfullmäktige har under planperioden 2017-2019 avsatt 3,0 mnkr/år för patientsäkerhetssatsning som används för att finansiera screening av multiresistenta bakterier (1,5 mnkr), Stramaarbete (1,2 mnkr) och händelseanalysteam (0,3 mnkr). I regionplanen 2019-2021 finns ytterligare avsatt budget på 0,5 mnkr på förfogandeanslaget för screening av multiresistenta bakterier. För att tidigt upptäcka förekomst av multiresistenta bakterier vid kontakt med hälso- och sjukvården krävs regelbundna odlingar på vissa ineliggande patienter samt personer som vårdats utomlands eller bott utomlands under längre perioder. Kostnaderna för MRB-screening har ökat väsentligt, delvis beroende på flyktingströmmen under hösten 2015 men därefter i allt högre grad på grund av en ökad förekomst ute i samhället och tyvärr även utbrott inom sjukvården i stora delar av landet. Kostnaderna för screeningen har stabiliserats kring 2 mnkr/år vilket innebär ett budgetöverskridande på 0,5 mnkr/år. För att täcka nuvarande kostnader för fortsatt oförändrad screeningverksamhet avseende multiresistenta bakterier föreslås avsatt budget på 0,5 mnkr fördelas från förfogandeanslaget till hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Digitala möten och hemmonitorering

I Regionplan 2019-2021 finns 0,4 mnkr i budgetmedel avsatt på regionstyrelsens förfogandeanslag på finansförvaltningen för digitala möten och hemmonitorering av hjärtsviktpatienter. Hjärtsvikt är den vanligaste orsaken till inläggning på sjukhus för personer över 65 års ålder. Ett omhändertagande som skapar trygghet för personer med hjärtsvikt kan förhindra sjukhusinläggning och även minska enskilt lidande. Hjärtsviktmottagningen på thoraxcentrum har därför sedan september 2019 startat ett arbete med tester kring digitala möten och hemmonitorering av ca 20 hjärtsviktpatienter. Kostnaden för detta beräknas bli 0,2 mnkr för hyra av utrustning samt 0,3 mnkr i personalkostnader. För att täcka dessa kostnader behöver 0,4 mnkr för omfördelas från förfogandeanslaget till området specialiserad vård inom hälso- sjukvårdsförvaltningen.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Tf. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Åsa Nygren
Ekonomichef Hälso- och sjukvården

Ekonomienheten hälso- och
sjukvård
Kvalitet- och utvecklingsenheten
Marie Edvardsson
Jessica Ulvtorp

2019-10-07

Ärendenummer 2019/01957

Dokumentnummer 2019/01957-1

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

Förändrad handledningsmodell verksamhetsförlagd (VFU) utbildning för sjuksköterskestudenter.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

1. Att hälso- och sjukvårdsnämnden får fatta beslut om vilken modell och budgetfördelning som ska användas vid verksamhetsförlagd utbildning i framtiden.

Sammanfattning

För att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar och nya arbetssätt är även den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) i behov av förändring. Våren 2020 kommer en ny handledningsmodell "Peer Learning" införas på BTH, avseende sjuksköterskestudenter. Peer Learning är en pedagogisk modell där fokus ligger på lärande och nya sätt att tillgodogöra sig utbildning. Metoden kan hjälpa och stödja studenterna genom att de lär av varandra, samt genom att de handleder varandra.

Bakgrund

2015 ökade antalet sjuksköterskestudenter och detta innebar ett ökat tryck på verksamheten vad det gällde den VFU. Ökningen berodde på ett betydligt större intag av sjuksköterskestudenter vid Blekinge Tekniska Högskola (BTH). För att kunna ge studenterna en god lärandemiljö och även skapa en mer strukturerad arbetsmiljö för de erfarna sjuksköterskor som handleder sjuksköterskestudenter inom VFU, fanns därför behovet av en ny handledningsmodell på Blekingesjukhuset, vilket resulterade i Lärande och Utvecklande Vård Avdelning (LUVA).

LUVA startade hösten 2015 som ett projekt och målet med LUVA var att alla sjuksköterskestudenter skulle genomföra sin VFU inom slutenvård på en LUVA-avdelning. LUVA-konceptet innebär studenttäta avdelningar med en utökad tjänst för en huvudhandledare

som arbetar 70%. LUVA- konceptet finns i dagsläget endast på 3 vårdavdelningar. Övriga verksamheter saknar en strukturerad handledningsmodell.

Förslag till förändring

För att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar och nya arbetssätt är även VFU i behov av förändring. Våren 2020 kommer en ny handledningsmodell "Peer Learning" införas på BTH, avseende sjuksköterskestudenter. Peer Learning är en pedagogisk modell där fokus ligger på lärande och nya sätt att tillgodogöra sig utbildning. Metoden kan hjälpa och stödja studenterna genom att de lär av varandra, samt genom att de handleder varandra. Fokus är kritiskt tänkande och reflektion genom att studenterna får kontinuerlig feedback av såväl handledare som medstudent. Det innebär att nuvarande LUVA-konceptet behöver förändras och ersättas med handledningsmodellen Peer Learning, i samarbete med BTH och införa övergripande huvudhandledartjänster.

Syftet med införandet av övergripande huvudhandledare är att höja kvaliteten på VFU inom sjuksköterskeutbildningen med en kvalitetssäkrad handledningsmodell där huvudhandledare har ett tydligt uppdrag och därmed kan stödja VFU inom hela Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, istället för som idag koncentrerat till ett fåtal avdelningar.

Budgeterade medel LUVA

Regionfullmäktige har beviljat budgetmedel för LUVA 2,1 mnkr och avser enligt nuvarande modell 3 huvudhandledare på 70%, personligt arvode och driftskostnader på 3 LUVA-avdelningar och kostnader för introduktionsprogrammet för sjuksköterskor.

Den förändring som Hälso- och sjukvården vill införa följer högskolans handledarmodell och innebär att nuvarande budgeterade medel för LUVA används för att införa huvudhandledartjänster med övergripande ansvar för sjuksköterskestudenternas VFU. Budgeterade medel 2,1 mnkr motsvarar 2 heltidstjänster för uppdraget som huvudhandledare inom Hälso- och sjukvård samt kostnaderna för introduktionsprogrammet.

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja
Tf. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Åsa Nygren
Ekonomichef Hälso- och sjukvården

Kanslienheten
Helene Håkansson

2019-10-09

Ärendenummer 2018/01948
Dokumentnummer 2018/01948-2

Till hälso- och sjukvårdsnämnden

Till regionstyrelsen

Till regionfullmäktige

Svar på motion om införande av rTMS som behandlingsmetod mot depression, ångestsyndrom och andra tillstånd där metoden är lämplig

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

1. Att anse motionen besvarad.

Sammanfattning

I aktuell motion menar Björn T Nurhadi (SD), Camilla Karlman (SD) och Tommy Strannemalm (SD) att depression och ångestsyndrom idag är en av Blekinges störst växande diagnosgrupper och att det inte bara är förlamande för individen utan i förlängningen också är oerhört kostsamt och belastande för samhället och sjukvården.

Motionärerna menar att repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) är en kostnadseffektiv icke invasiv och medicinfri behandling som Socialstyrelsen har med i sina nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.

I motionen föreslås:

Att regiondirektören får i uppdrag att utreda möjligheter att införa rTMS som behandlingsmetod inom Region Blekinge för vård vid depression och ångestsyndrom samt

Att regiondirektören får i uppdrag att utreda möjligheten att införa rTMS som behandlingsmetod inom Region Blekinge där metoden är lämplig att använda

Bakgrund

Repetitiv transkraniell magnetstimulering, rTMS, började användas och studeras systematiskt för depression under 1990-talet. Metoden är ett alternativ till behandling med antidepressiva läkemedel eller elektrokonvulsiv behandling (ECT) för personer med medelsvår till svår depression.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017 inkluderades rTMS som en åtgärd vilken sjukvården kan erbjuda, rTMS har prioritet 4. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt på diagnosfrihet (det vill säga remission) och andel som svarar på behandling (det vill säga respons). På senare år har det tillkommit fler studier som visar att rTMS har god effekt hos personer med medelsvår till svår depression eller som inte svarat på behandling med antidepressiva läkemedel.

Ett införande av rTMS i primärvården i Blekinge skulle vara kostsamt samt begränsas av tillgången på utbildad personal. Vi vet inte heller det förväntade behovet i Blekinge. Behandlingsmetoder borde utgå från verksamheten som ska utvärdera behov och evidens. Möjligheten finns att fler patienter remitteras till de kliniker i Sverige som redan idag genomför rTMS. Med anledning av ovan föreslås motionen anses vara besvarad.

Karlskrona enligt ovan

Emma Stjernlöf M
Ordförande hälso-och sjukvårdsnämnden

Bilaga

- Motion dokumentnummer 2018/01948-1

Motion om införande av rTMS som behandlingsmetod mot depression, ångestsyndrom och andra tillstånd där metoden är lämplig

Människor som lider av depression och ångestsyndrom är idag en av Blekinges snabbast växande diagnosgrupper. Dessa diagnoser är inte bara otroligt förlamande för individen utan är i förlängningen också oerhört kostsamt och belastande för sjukvården och samhället. Behandlingen och kostnaderna rör ofta inte bara de klassiska depressionssymptomen, utan i förlängningen tillkommer ofta somatiska besvär som är svårbehandlade när orsakerna inte är uppenbart fysiska.

Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) är en kostnadseffektiv, icke invasiv och medicinfri behandling som fungerar utmärkt att användas i öppenvårdsammanhang. I praktiken innebär det att en elektromagnetisk spole hålls mot pannan nära området som är involverat i det tillstånd man befinner sig i. Där skapas en kort magnetisk puls som passerar skallbenet och stimulerar nervcellerna i det önskade området. Vi tror att detta i förlängningen skulle kunna vara ett utmärkt hjälpmedel inom primärvården, som ofta är den instans som möter berörda patienter för första gången. Nämnas bör i sammanhanget att Socialstyrelsen har med repetitiv transkraniell magnetstimulering, rTMS, i sina nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.

Både svenska och utländska studier visar att omkring 23-28 procent av patienterna som blivit behandlade med metoden hamnar i remission (tillståndet när symtomen på den kroniska sjukdomen delvis har avtagit eller tillfälligtvis helt försvunnit) enbart efter 4 veckors behandling. På Londonkliniken (The London Psychiatry Centre) har man kunnat uppvisa att hela 61 procent patienterna når remission efter 4 veckor. Behandlingen har också visat lovande resultat för flertalet svåra psykiska sjukdomar som schizofreni, demens och bipolär-sjukdom.

Landstingsfullmäktige föreslås besluta:

att Landstingsdirektören får i uppdrag att utreda möjligheten att införa rTMS som behandlingsmetod inom landstinget Blekinge för vård vid depression och ångestsyndrom

att Landstingsdirektören får i uppdrag att utreda möjligheten att införa rTMS som behandlingsmetod inom landstinget Blekinge för vård vid tillstånd där metoden är lämplig att använda

Björn T Nurhadi (SD)

Camilla Karlman (SD)

Tommy Strannemalm (SD)