

SAMMANTRÄDESHANDLINGAR
REGIONSTYRELSEN
27-28 APRIL 2016

Månadsrapport mars 2016 Region Jämtland Härjedalen

Sammanfattning Region Jämtland Härjedalens verksamhet per mars 2016

Månadsrapport mars är den första av de förenklade månadsrapporter som enligt tidplanen för 2016 kommer att lämnas för mars, juni, september och november. Rapporten utarbetas i regionstaben och baseras inte på inlämnade rapporter från områdena. Fokus ligger på regionens ekonomi och faktorer som påverkar ekonomin.

Prognostiserat resultat för 2016 på -238 miljoner kronor, som redovisades i månadsrapport februari, är oförändrat.

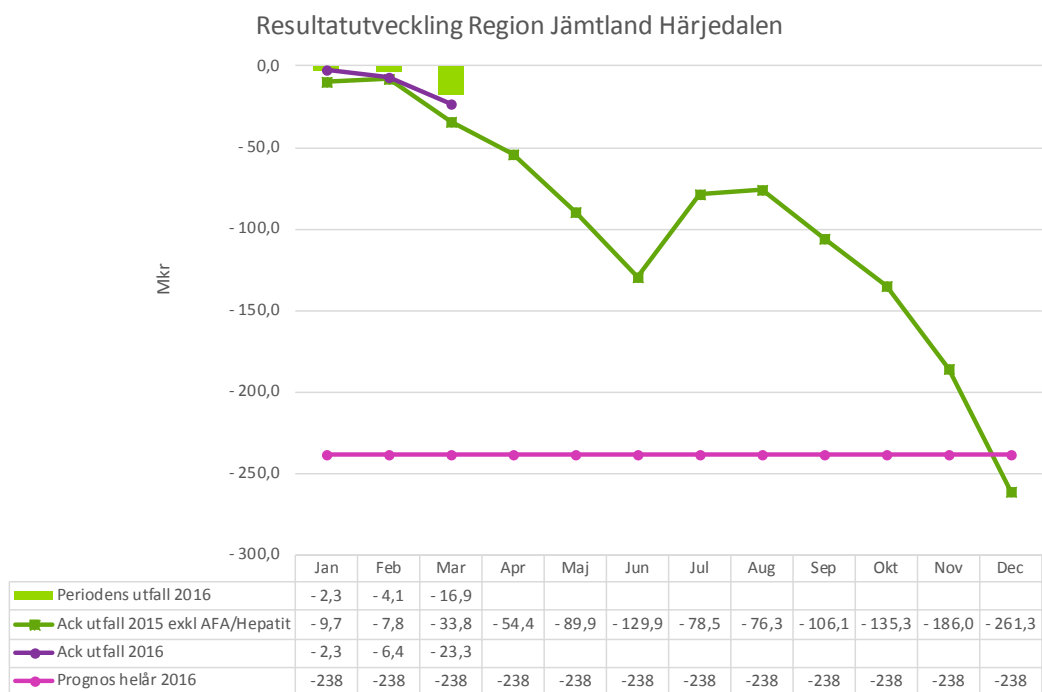
Det ackumulerade resultatet per mars 2016 var -23,3 miljoner kronor.

Det första kvartalet präglas av en inbromsning av nettokostnadsutvecklingen som framför allt kan förklaras med färre arbetade timmar, motsvarande ca 40-50 årsarbetare omräknat till helår, samt högre intäkter på grund av en utbetalning från Migrationsverket avseende fjärde kvartalet 2015. Samtidigt fortsatte kostnaderna för bemanningsföretag att öka kraftigt. Jämfört med 2015 steg de med ca 33 procent. Kostnader för riks- och regionvård, som för första året på länge minskade ifjol, ökade åter under första kvartalet med 9,2 procent. Detsamma gäller läkemedelskostnaderna som steg med 10,7 procent.

Vid sidan om den säsongsmässiga minskningen av likviditeten, då förra årets intjänade pensionspremie betalades ut i mars, fortsatte likviditeten att minska som en följd av negativa resultat. Men det skedde i en något långsammare takt.

Tillgängligheten inom akutvården låg på i stort sett oförändrad nivå och målen uppnåddes inte. Tillgängligheten till specialistvården vad gäller besök och behandling förbättrades något, men målen uppnåddes inte. Det var stora variationer mellan olika hälsocentraler ifråga om tillgänglighet.

Resultatutveckling

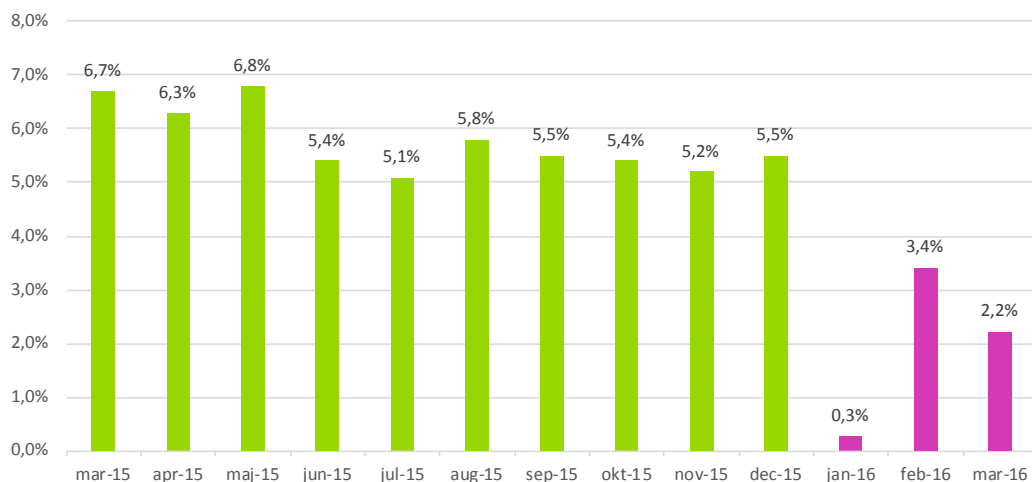


Det ackumulerade resultatet efter mars månad var -23,3 miljoner kronor. Resultatet för samma period 2015 var -4,8 miljoner kronor. I det resultatet ingick en engångsåterbetalning från AFA på 22 mkr och ett statsbidrag för Hepatit C på 7 mkr som avsåg 2014. Korrigerat för dessa jämförelsestörande poster hamnade resultatet t o m mars 2015 på -33,8 mkr. Även om regionens resultat per mars 2016 var negativt, innebär det att resultatet således är något mindre negativt jämfört med 2015.

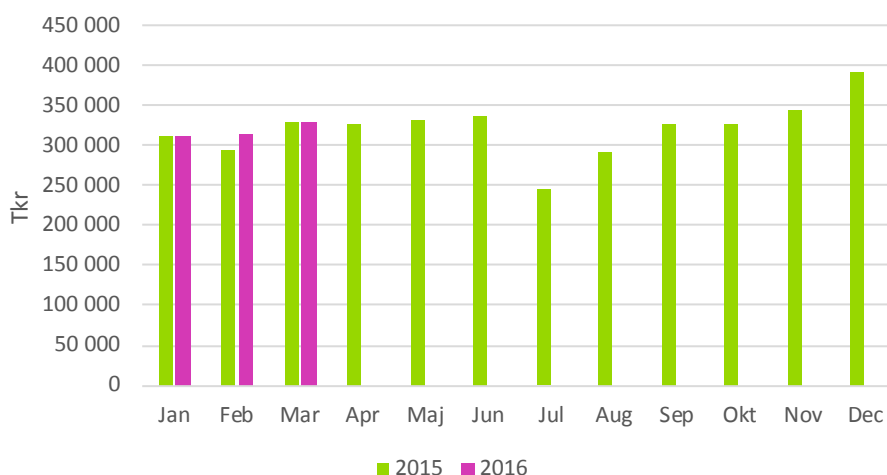
Nettokostnadsutveckling

Nettokostnadsutvecklingen t o m mars 2016 har bromsats upp jämfört med samma period 2015.

Nettokostnadsutveckling exkl AFA och hepatitbidrag 2015



Nettokostnad per månad i tkr



Den viktigaste förklaringen till den lägre ökningstakten för nettokostnaderna är att de arbetade timmarna har minskat. Registreringen av arbetstid sker normalt med viss fördröjning, varför siffrorna för mars månad inte bedöms vara riktigt tillförlitliga. Utförd tid rapporteras därför med en månads eftersläpning. Utförd tid för februari visar på en minskning motsvarande ca 40-50 heltidstjänster om timmarna omräknas till helårseffekt. De minskade timmarna utförd tid kan framför allt kopplas till yrkeskategorierna specialister/överläkare, undersköterskor, samt administratörer. Under perioden januari-februari förra året förklarades en del av ökningen av arbetade timmar med omfattande förberedelser för införande av det nya vårdsystemet Cosmic.

En uppdelning visar på skillnader mellan regionens olika verksamheter. Hälso- och sjukvården hade den största nettokostnadsökningen, men den var lägre än siffran per februari 2016, då den låg på 7 procent.

Nettokostnadsökning totalt exkl AFA o Hepatitbidrag	2,2%
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	4,5%
Regionala utvecklingsförvaltningen	-2,8%
Regionstaben	-5,3%
Övrigt Exkl AFA o hepatitbidrag	0,0%

Utveckling av kostnader och intäkter

Regionens totala kostnader ökade med 3,7 procent första kvartalet 2016 jämfört med första kvartalet 2015. Vid en närmare analys av kostnaderna visar det sig att personalkostnaderna exklusive pensioner ökade med endast 0,9 procent, vilket speglar minskningen i utförd tid. Riks- och regionvårdskostnaderna ökade med 9,2 procent och läkemedelskostnaderna med 10,7 procent under samma period, vilket är en mycket hög takt.

Jämförelse perioden jan mars	2015	2016	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt	1 096,3	1 137,1	40,8	3,7%
Varav personalkostn exkl pensioner	523,6	528,1	4,5	0,9%
Varav pensionskostn	70,1	74,0	3,9	5,5%
Varav riks- och regionvård	72,4	79,0	6,7	9,2%
Varav läkemedel	90,5	100,3	9,7	10,7%

Den kraftiga ökningen av kostnader för inhyrd personal har fortsatt under första kvartalet 2016. Beslut om förändrad jourorganisation i primärvården förväntas bromsa ökningen. Det pågår ett omfattande arbete med olika åtgärder i syfte att minska kostnaderna för bemanningsföretag, såväl inom primärvård som inom somatisk vård.

Jämförelse perioden jan mars	2015	2016	Förändring i Mkr	i %
Inh pers f verkshankn tj	1,0	1,4	0,4	41%
Inh läk f verkshankn tjänst	21,6	29,0	7,4	34%
Inh sjuksk f verkshankn tjänst	3,2	4,0	0,8	25%
Summa hyrpersonal	25,8	34,5	8,7	33%

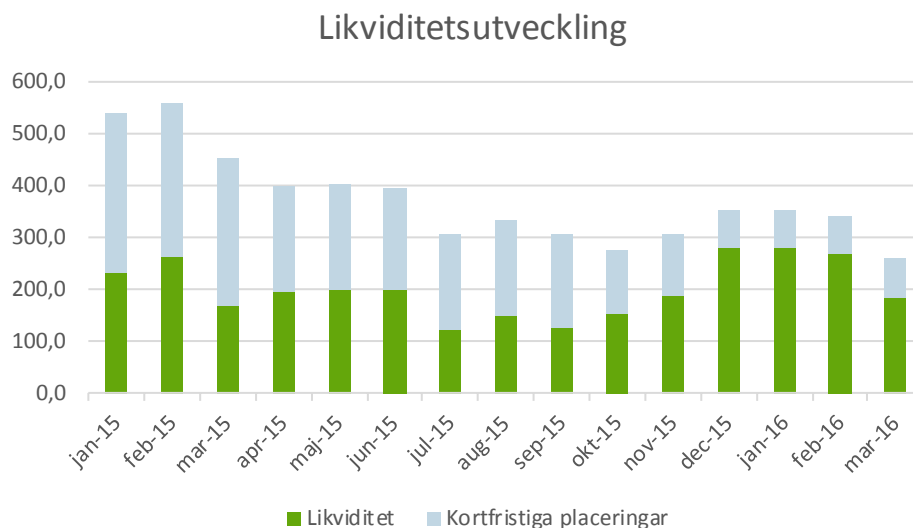
Verksamhetens intäkter minskade jämfört med samma period 2015. I mars 2015 fick Regionen tillbaka pengar från AFA och statsbidrag för hepatit c som avsåg 2014. Om dessa jämförelsestörande poster tas bort, har intäkterna istället ökat med 12,6 procent (+ 20 mkr). Patientavgifter för primärvård och tandvård samt ersättningar från Försäkringskassan för tandvård har minskat sedan förra året, vilket kan kopplas till ökningen av vård och tandvård till asylsökande. Folktandvårdens intäktsminskning kan också direkt kopplas till färre arbetade timmar. Den stora ökningen förklaras framför allt av en betalning på 15,8 miljoner kronor från Migrationsverket för hälsovård till asylsökande. Betalningen avser fjärde kvartalet 2015. Beloppets storlek speglar den stora ökningen av asylsökande i länet under hösten 2015 och kompenserar således för minskade patientintäkter. Enligt folktandvården kräver dock tandvården till asylsökande längre tid, vilket innebär att bidragen från Migrationsverket inte ger folktandvården full kostnadstäckning.

Den beslutade höjningen av patientavgifterna syns inte ännu i siffrorna eftersom den inte trädde i kraft förrän den första april i år.

Jämförelse perioden jan mars	2015	2016	Förändring	i %
Verksamhetens Intäkter totalt	188,4	179,4	-9,0	-4,8%
Verksamhetens Intäkter totalt exkl AFA o hepatitbidrag	159,4	179,4	20,0	12,6%
Varav patientavgifter/tandvård	37,0	34,7	-2,3	-6,2%

Likviditetsutveckling

Likviditeten, mätt som medel i kassa och på bank samt kortfristiga placeringar, minskade med ca 10 miljoner kronor under de första månaderna för att i mars minska med ytterligare 83,6 miljoner kronor. Den stora minskningen i mars beror på utbetalning av den pensionspremie som regionens anställda tjänade in under 2015 och som de anställda själva förvaltar. Inklusive löneskatt på pensioner uppgick premien till 71,7 miljoner kronor.



Vid sidan om den säsongsmässiga minskningen p g a pensionspremieutbetalningen, fortsatte likviditeten att minska det första kvartalet, men i en något långsammare takt.

Tillgänglighet - specialistvården

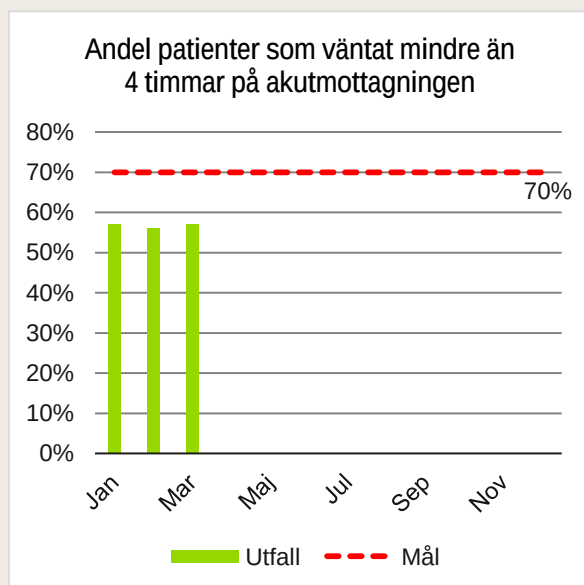
Väntetider inom specialistvårdens akutmottagning

<https://jllvdiver/diveport#page=a0656>

Lokalt är målet att 70 % av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar.

För mars månad är 57 % klara inom 4 tim.

Kvinnor 55 % och män 58 %.

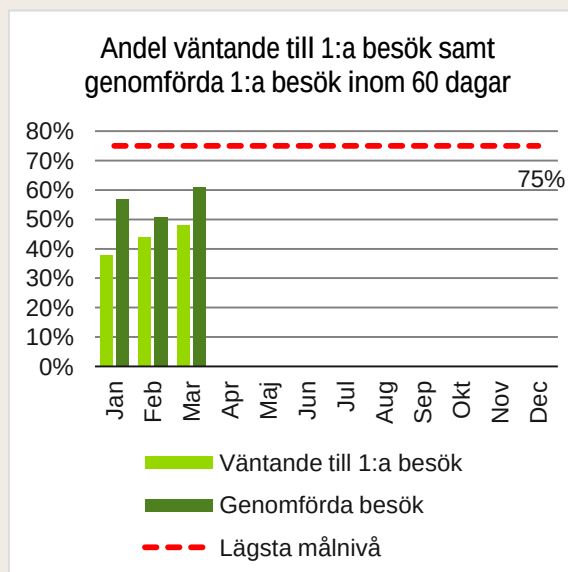


Tillgänglighet besök och behandling specialiserad vård

<https://jllvdiver/diveport#page=a0842>

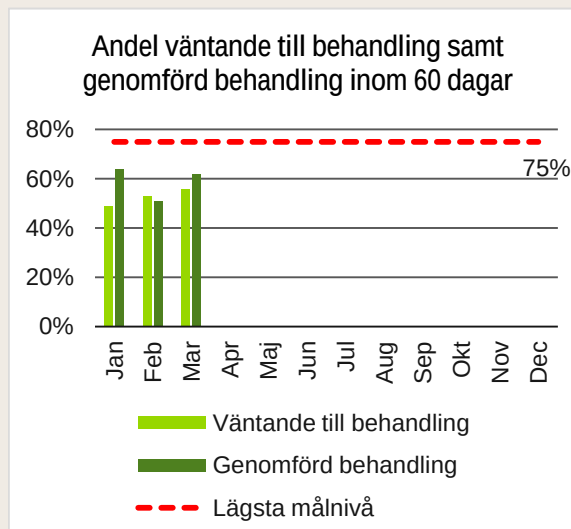
Första besök:

Samtliga verksamheter har fortsatt svårt att uppnå målet för nybesök.



Behandling:

Samtliga verksamheter har fortsatt svårt att uppnå målet för behandling..



Tillgänglighet – primärvården

Läkarbesök inom 7 dagar – 7:an. Mål 100 %.
<https://jllvdiver/diveport#page=a0838>

Tillgänglighetmålet uppnåddes inte för mars månad.
 Måluppfyllelsen för hela primärvården var 77 %

Tillgängligheteten i den regiondrivna primärvården
 för besök inom 7 dagar varierade mellan 66 -99 %

I den privata primärvården varierade
 besökstillgängligheten mellan 69 – 100 %

7:an	
	Mars
Myrvikens hc	79
Svenstavik hc	94
Bräcke hc	66
Kälarne hc	80
Funäsdalens hc	99
Sveg hc	90
Föllinge hc	90
Krokoms hc	80
H-strands hc	71
Backe hc	95
S-sunds hc	95
Hallens hc	80
Järpens hc	86
Åre hc	99
Brunflo hc	77
Frösö hc	74
Lits hc	84
Lugnviks hc	84
O-sala hc	94
Z-gränds hc	74
Fjällhälsan	97
Offerdals hc	69
Nya Närvården	81
Närvård Frostviken	100



**Regionstyrelsens uppföljning 2016 av långsiktig
utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning**

Version: 1

Beslutsinstans: Regionstyrelsen



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

1 BAKGRUND

År 2014 upprättades en Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2025 (LUP Ekonomi). Syftet var att ta fram strategier för hur regionen ska kunna genomföra mer långsiktiga strukturförändringar för att nå en god ekonomisk hushållning. Genom strukturåtgärder, satsningar på vissa områden och vardagsrationaliseringar var målet att sänka nettokostnaderna, höja intäkterna, samt bromsa nettokostnadsökningen. Planen reviderades vid fullmäktigemötet juni 2015 och består därefter av 15 så kallade paket, som innehåller förslag till utredningar och genomförande av förändringar inom ett antal olika områden i regionens verksamhet. Vissa av paketen har helt eller delvis utretts och håller nu på att genomföras. Andra har av olika skäl ännu inte startats. Realiserade kostnadsminskningar och intäktsökningar till följd av åtgärder i LUP ekonomi uppgick till 24,2 miljoner kronor 2015.

2 GENOMGÅNG STRUKTURPAKET

I de fall där det står 2015 under *Måltidpunkt* i tabellen har resultatförbättringen redan realiserats.

Paket/deluppdrag	Status	Ekonomiskt mål (i mkr) helårseffekt år 1	Måltidpunkt
1 Akut omhändertagande			
Genomlysning/utredning av akut omhändertagande	En kartläggning av patientinflödet till akutmottagningen genomförd.	-	
Beräkning av kostnader för införande av akutläkarorganisation	Förordat på omorganisation och personalförändringar som, åtminstone temporärt, minskat tillgängliga utredningsresurser.	0	
Uppbyggnad PCI	Genomfört 2015	5	2016
Genomlysning av ambulanshelikopter-verksamheten	En analys av för och nackdelar med att vara med i kommunalförbundet Värmland/ Dalarnas drift av helikopter i egen regi gjordes sommaren 2015. Samtidigt fick regionen ett avtalsförslag från nuvarande leverantör om förlängning av avtalet inkl ny helikopter. Analysen visade ekonomiska fördelar med att förlänga befintligt avtal som nu gäller till 2021. Erfarenheter från kommunalförbundet angående helikopterverksamheten kommer att följas under tiden, så att ny ställning kan tas i god tid innan nuvarande avtal går ut.	Ny helikopter utan ökad kostnad	2016
2 Genomlysning/ utredning av sjukresor			
Bättre följsamhet mot sjukresoregler genom kvalitetssäkring av intygsutfärdande och resebeställningar	Införande pågår	5	2016



Paket/deluppdrag	Status	Ekonomiskt mål (i mkr) helårseffekt år 1	Måltidpunkt
Utredning av sjuktransporter i egen regi	Försenat p g a omorganisation och personalförändringar som, åtminstone temporärt, minskat tillgängliga utredningsresurser.	5	2018
Översyn av riktlinjer för sekundärtransporter	Förberedelser gjorda. Bedömning av ekonomisk potential pågår.	?	2017
3 Poliklinisering	Paketet borttaget vid revidering av LUP ekonomi juni 2015		
4 Effektivisera lokal/resursutnyttjande inom sjukhuset	Det har inte kommit fram fler utredningsförslag än nedanstående.	2	2018
Eventuell flytt av någon/några verksamheter från Remonthagen till sjukhuset	Utredning av eventuell flytt är nästan klar. Det som återstår är beräkningar av ekonomiska konsekvenser. Utförs 2016.	?	2019
5 Analys av metoder/utbud i vården	Paketet borttaget vid revidering av LUP ekonomi juni 2015. Utveckling av metoder/utbud pågår kontinuerligt i dagligt arbete		
6 Förändra strukturen för primärvården	Genomförande av förslagen i rapporten från september 2015 pågår.	2-30	2016-2019
7 Förändra strukturen för folktandvården	Förändringsförslag godkänt av fullmäktige april 2015. Kliniker nedlagda och införande av en ny standard inom folktandvården pågår.	5	2016
8 Minskning av administrativa och regionövergripande kostnader	Avslut av flera avtal genomfört, enligt beslut. Minskning pågår av ett antal tjänster i central förvaltning när medarbetare slutar.	1,3 + 10,8	2015-2016
9 Översyn av regionens externa intäkter förutom skatt			
Översyn av patientavgifterna	Beslut fattat 2016. Nya avgifter har börjat gälla. Översyn pågår av möjlighet att höja andra avgifter.	23	2016
Översyn av prislistan för utomlänspatienter	Prislistan för utomlänspatienter förändrades under 2015.	20	2015
Översyn av vilka verksamheter i regionen som kan sälja vård till regioner/landsting	Några verksamheter har börjat sälja vissa vårdåtgärder, bl a PCI.	?	2016
Hälso- och sjukvården och regional utveckling undersöker möjligheter att finna externa medel för forskning och utveckling	Regionen har lyckats väl med att söka externa medel för forskning och utveckling. Ett aktuellt exempel är att Regionen blivit partner i ett projekt som beviljats medel från den europeiska forsknings- och utvecklingsfonden Horizon 2020 för ett projekt som rör ICT Information Communication Technology. Regionen kommer att vara testbäddsarena för personligt skräddarsydda vårdguider		2015

Paket/deluppdrag	Status	Ekonomiskt mål (i mkr) helårseffekt år 1	Måltidpunkt
	för multisjuka patienter. En interregansökan och en ERUFansökan inlämnad feb-mars 2016, beslut väntas sommaren 2016.		
10 Förhindra inläggning och minska antalet färdigbehandlade på vårdavdelning. Målet är en minskning av antalet vårdplatser med 10 stycken.	Inom ramen för det samarbete mellan kommuner och regionen som kallas Ledningskraft pågår ett arbete med att börja vårda de mest sjuka äldre i delar av länet med hjälp av mobila team, inspirerat av den modell med närsjukvårdsteam och hemsjukvårdsläkare som använts i Skaraborg. Detta kan antingen medföra att behovet minskar av beslutsstöd för att förhindra inläggning eller också kan beslutstödet komma att bli en del av teamens arbete. Arbetet på sjukhuset med att förbättra utskrivningsprocessen fortsätter.	10	2017-07
11 Genomlysning/utredning av vårdflöden inom vård för psykisk ohälsa	Arbetet pågår. Avrapportering planerad till sommaren 2016.	2	2017
12 Läkemedelshantering	En förstudie gjordes 2015 och nu pågår en fördjupad analys. Förändringar som beräknas ge 1,6 mkr 2016 redan genomförda.	1,6 + 5	2016, 2018-04
13 Hemtagning av riks- och regionvård	En utredning om uppbyggnad av egen onkologiverksamhet har gjorts. Den innebär även en viss hemtagning av vård. Förslag har lämnats om ytterligare hemtagningar. Utredningar om genomförande och möjlig resultatförbättring till följd av dessa är ännu ej klara	?	2018
14 Samverkan med kommunerna om gemensamma funktioner	Förslaget i LUP ekonomi avsåg en vidareutveckling av den "supercentra-utredning" som länets kommuner gjorde 2014. Sedan dess har kommunerna och regionen satsat på att framför allt utveckla regional samverkan i offentlig verksamhet inom e- och it-området i Jämtland Härjedalen. En slutrapport presenterades på RUN i mars och projektet att utveckla samverkan fortsätter.	?	2017
15 Samverkan med landstinget Västernorrland om t ex administrativa funktioner	Inget arbete påbörjat, då landstinget Västernorrland varit upptagna med att genomföra stora förändringar inom den egna organisationen. Ifall beslut om	10	2018

Paket/deluppdrag	Status	Ekonomiskt mål (i mkr) helårseffekt år 1	Måltidpunkt
	regionbildning 2019 mellan norrlandstingen fattas, förväntas detta arbete ersättas av ett gemensamt arbete mellan norrlandstingen, med syfte att organisera den här sortens funktioner för samtliga 4 landsting. Ett samarbetsavtal för otokirurgi inom öronsjukvården har tecknats mars 2016.		
16 Samarbete kring labverksamhet	Idén var att starta samarbete med andra norrlandsting kring inköp, utveckling av medicinteknisk apparatur, bemanning av analysverksamhet mm. Intresset bland landstingen har varit lågt för denna idé varför inget arbete startats. En eventuell regionbildning kommer åter att aktualisera frågan. För övrigt pågår undersökningar om labpaketet kan omarbetas till att istället omfatta införande av s k PNA <i>patientnära analyser</i> . Vid HS-förvaltningens ledningsgrupp i mars var en professor i klinisk kemi från Region Östergötland inbjuden att berätta om deras arbete med PNA.	2-4	2016
17 Minskad sjukskrivning (LUP sjukskrivning)	Arbete pågår inom projektet LUP sjukskrivning. Förutom åtgärder som riktar sig mot hela länets befolkning handlar det bl a om att utveckla det hälsofrämjande ledarskapet i den egna organisationen.	2	2017

N/A
Anna Granevärn
Tfn:
E-post:

2016-04-15

RS/968/2015

LUP ekonomi paket 6, primärvårdsstruktur – delrapport 1 uppföljning av pågående genomförande av aktiviteter

Inledning

Under hösten 2015 beslutades om LUP paket 6, primärvårdsstruktur. Denna första delrapportering innehåller en beskrivning av var primärvården befinner sig i de olika förändringsarbeten och processer som påbörjats.

- Minst en fullskalig hälsocentral ska finnas i varje kommun. På de orter runt om i regionen, där någon form av primärvård bedrivs, ska verksamheten utformas så att tillgången till tider hos olika yrkeskategorier anpassas efter befolkningens behov, upprättade flödesscheman, samt produktions- och kapacitetsplanering.
- Bland förslagen i bilagda rapport, ska utvecklingen av flera alternativa vägar för patienter att ta kontakt med vården prioriteras.
- I syfte att förbättra tillgängligheten till primärvården i Östersund och bidra till färre besök på akutmottagningen, ska varje vardag en hälsocentral i Östersundsområdet ha öppet från kl 7.00 på morgonen och en hälsocentral ha öppet till kl. 19.00 på kvällen.
- En hälsocentral i Östersundsområdet ska vara ett kompetenscentrum för primärvården ifråga om anpassat bemötande av personer med funktionsnedsättningar.
- Minst en hälsocentral i regionen ska ha ett särskilt uppdrag med ansvar för utbildning, utveckling och forskning.
- På försök, som ett pilotprojekt på en eller två hälsocentraler, föreslås primärvården bli styrande i vården. Projektet ska sedan utvärderas, innan beslut kan fattas om införande i hela hälso- och sjukvården.
- I enlighet med förslagen i bilagda rapport, får regionstyrelsen i uppdrag att genomföra förändringar av arbetssätt, vidta åtgärder för att åstadkomma en bättre arbetsmiljö och underlätta rekryteringar, samt att anpassa primärvården i enlighet med ovan.

Primärvården har sorterat beslutspunkterna från rapporten under ett antal rubriker där förändringsarbete planeras eller pågår med en eller flera underaktiviteter.

- Primärvårdens organisation
- Ledningsstruktur/resursfördelning
- Vårdkontakter
- Ansvarig HC funktionsnedsättningar
- Lättakut/snabbspår
- Produktions- och kapacitetsplanering
- Vem gör vad i vården
- Distansoberoende teknik
- Patienten i fokus
- Primärvården styrande i vården
- LUP kompetensförsörjning
- Attraktiv arbetsgivare
- Arbetsmiljö
- Bemanning/rekrytering
- Kompetensutveckling
- Standardiserade vårdförlopp

Primärvårdens organisation

Regiondriven primärvård – en utförare inom hälsovalet

I LUP PV uttrycks att den regiondrivna primärvården ska ha minst en fullskalig hälsocentral i varje kommun/närvårdsområde.

Det finns ett antal hälsocentraler inom regiondriven primärvård som är svåra att bemanna med egen personal och där det finns mer än en hälsocentral i regionens regi inom närvårdsområdet. När det inte finns fast läkarbemanning och detta ersätts med inhyrda läkare blir det svårt att matcha kostnaderna med den budget som genereras genom tilldelningen i hälsovalet. Privata utförare har möjlighet att finansiera upp sin verksamhet genom att bedriva annan affärsverksamhet parallellt med hälsovalsuppdraget. Denna möjlighet finns inte för den regiondrivna primärvården som därmed till största del har att arbeta med åtgärder för att minska kostnader.

Östersund utgör det största närvårdsområdet med ett befolkningsunderlag motsvarande hälften av den totala befolkningen i Jämtland och Härjedalen. Större delen befinner sig inom tätbebyggda områden. Med de förutsättningarna som präglar Östersund finns sannolikt potential att samarbeta i större utsträckning och samnyttja resurser inom regiondriven primärvård. I Östersund finns fem hälsocentraler och två filialer.

I Åre finns två hälsocentraler, Åre och Järpen, en filial i Hallen och en distriktsköterskemottagning i Mörsil. Under högsäsong när det är mycket turister i området finns ytterligare en filial inne i Åre.

I Krokom finns två hälsocentraler, Krokom och Föllinge, samt en distriktssköterskemottagning i Ås. I området finns även en privat hälsocentral i Änge. För Föllinge konstateras minskat befolkningsunderlag och därmed kan verksamhetens nivå behöva anpassas till ändrade förutsättningar.

I Berg finns två hälsocentraler, Svenstavik och Myrviken, samt en distriktssköterskemottagning vid Storsjö kapell. Svenstavik är bemannat med fasta läkare, i Myrviken har det nyligen uppstått läkarbrist. Om rekryteringsarbetet inte ger framgång finns anledning att se över verksamhetens drift utifrån de förutsättningar som finns.

I Strömsund finns två hälsocentraler, Strömsund och Backe. Det finns även en privat utförare med hälsocentraler i Strömsund, Hoting och Hammerdal. I Strömsund är den fasta läkarbemanningen låg och rekrytering av fasta läkare är prioriterat för att verksamheten ska kunna bedrivas inom budget.

I Ragunda finns en hälsocentral i Hammarstrand och en filial i Stugun där det även finns ett virtuellt hälsorum. Det finns en distriktssköterskemottagning i Bispgården. Hammarstrand saknar fasta läkare och har under en lång period försökt rekrytera utan framgång. Verksamheten har därför svårigheter att bedrivas inom budget.

I Bräcke finns en hälsocentral i Bräcke och en i Kälarne samt en distriktssköterskemottagning och ett virtuellt hälsorum i Gällö. Fast läkarbemannning finns till större delen men kommande pensionsavgångar innebär att rekrytering av läkare behöver påbörjas.

I Härjedalen finns två hälsocentraler, en i Sveg och en i Funäsdalen samt en privat hälsocentral i Hede. Det finns en distriktssköterskemottagning i Ytterhogdal och en filial på Vemdalskalet som bedriver verksamhet under turistsäsongen och drivs i samverkan med Fjällhälsan. I Härjedalen finns ett behov av att rekrytera fasta läkare till Sveg som i nuläget bemannas med inhyrd personal och har svårigheter att bedriva verksamheten inom budget. Under året flyttar två holländska läkare till området och introduceras på hälsocentralen i Sveg under hösten. Behov finns av att rekrytera ytterligare fasta läkare.

I Härjedalen har ett arbete startats upp gemensamt med kommunen där fokus ligger på att förbättra tillgängligheten till sjukvård genom ökat samarbete och gemensam syn på båda huvudmännens resurser. Från regionens sida ingår förutom hälsocentralerna även 1177 och ambulansverksamheten.

Anslagsfinansierad verksamhet inom primärvården

I Strömsund finns en närvårdsavdelning.

Ungdomsmottagningen finns med verksamhet i Östersund och en filial i Härjedalen.

I Sveg finns obs-platser i kommunens drift som köps av regionen. Avtalet är uppsagt för omförhandling.

Inom primärvårdens verksamhetsområde finns även Sjukvårdsrådgivningen 1177

Ledningsstruktur – Resursfördelning

Primärvården har en organisatorisk tillhörighet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen men till skillnad från sjukhusets områden är primärvården tills största finansierad via hälsovalet. Primärvårdens uppdrag regleras i hälsovalets förfrågningsunderlag som revideras och tas upp för politiskt beslut årligen. Alla utförare i hälsovalet ska ha samma ekonomiska förutsättningar och tilldelningen av medel ska ske på lika villkor.

Vårdkontakter

Det finns olika kontaktvägar in till primärvården, men den vanligaste är kontakt per telefon. I syfte att förbättra telefontillgängligheten har verksamheten arbetat aktivt med att anpassa telefonisystemet utifrån hälsocentralens förutsättningar. Beroende på hur stor hälsocentralen är, hur många samtal som hanteras vilka dagar och tider, kan olika åtgärder genomföras. På mindre hälsocentraler fungerar det bättre att inte avsätta för mycket personalresurs till att passa telefonen, med färre samtal som rings in så fungerar det bättre att personalen arbetar mer med patientbesök och ringer upp efterhand som patienter har ringt in. Andra åtgärder som ses över är om vi har rätt valmöjligheter i telefonkön. Om patienter i kön får möjlighet att med knappval välja sjukvårdsrådgivning och då komma till 1177 kan fler samtal styras om vilket underlättar för de som behöver komma i kontakt med hälsocentralen.

En del patienter väljer att kontakta sin hälsocentral via e-tjänster. Det bör vara möjligt för fler att välja denna kontaktväg.

För att fler patienter ska välja att kontakta 1177 för sjukvårdsrådgivning samt för att få fler att använda e-tjänster behöver information om detta spridas.

På hälsocentraler ute i glesbygd och på turistorterna tas patienter i större utsträckning emot utan att ha bokat tid. På övriga hälsocentraler pågår arbete med att se över den typen av arbetssätt som innefattar öppen mottagning och triage för att fördela patienter till rätt vårdnivå och snabbare kunna ta hand om patienterna. Arbetssätt kommer sannolikt att behöva anpassas till lokala förutsättningar.

SOU 2016:2 innehåller förslag som förändrar förutsättningarna gällande tillgängligheten då uppföljning av tillgänglighet inte enbart kommer att baseras på telefoni och läkarbesök. Förslaget förordar att alla ska få en medicinsk bedömning inom tre dagar istället för läkarbesök inom sju dagar.

Ansvarig HC funktionsnedsättningar

I nuläget har ännu ingen hälsocentral utsetts för detta område.

Lättakut/snabbspår

Flera av hälsocentralerna har påbörjat arbete med att utöka tillgängligheten för akuta ärenden genom att i större utsträckning ta emot patienter utan tidsbokning på så kallade öppna mottagningar, vilket även beskrivs under avsnittet vårdkontakter. I Funäsdalen och Åre finns redan detta arbetssätt i verksamheten. Övriga hälsocentraler ser över arbetssätt och utvecklar liknande rutiner. Genom att öppna upp fler möjligheter för patienterna att söka sjukvård lättar trycket på telefonin och distriktssköterskorna kan i större utsträckning arbeta med patienter på plats.

En annan förändring som pågår är den nya jour- och beredskapsorganisationen där fyra områden slås ihop till ett samtidigt som en förstärkning görs på primärvårdsjouren genom att jourläkaren inte samtidigt har beredskapsärendena. Primärvårdsjouren kan anpassas efter behov och förstärkas med ytterligare läkar- eller distriktssköterskeresurs om det behövs, exempelvis under semesterperioden när tillgänglighet till läkartider minskar på hälsocentralerna.

Flera av hälsocentralerna i Östersund diskuterar öppettider och tillgänglighet. Hur primärvårdsjouren används och i hur stor utsträckning patienter styrs dit påverkar vilket typ av ärenden och i vilken omfattning hälsocentralerna ska ha öppet.

Produktions- och kapacitetsplanering, tidbokning

Det finns ett stort intresse för att börja arbeta mer strukturerat med produktions- och kapacitetsplanering. Verksamhetsutvecklare har studerat andra landsting och tagit del av avancerade planeringsmodeller. Olika förslag på pilotstudier diskuteras och planeras prövas antingen på en hälsocentral eller för en funktion på flera hälsocentraler.

Bedömningen är att det finns stora arbetsmiljövinster att hämta hem med en mer strukturerad och systematisk planering av verksamheten. Sannolikt bidrar det även till en förbättrad tillgänglighet.

När det gäller tidbokning har flera landsting börjat införa möjlighet för patienter att själva boka tider inom primärvården, dock inte till läkare. Det vanligaste är att man själv kan boka tid för provtagning. Omvärldsbevakning fortgår och diskussioner pågår om att pröva i någon del av verksamheten.

Vem gör vad i vården

Inventering av nuläge och förändringsarbeten där arbetsuppgifter flyttats mellan yrkesgrupper genomförs via verksamhetsutvecklare och dokumenteras löpande. Dokumentation sker direkt i en rapport som alla medarbetare i primärvården har tillgång till.

Parallellt med inventeringen pågår förändringar som ska bidra till att nyttja alla kompetenser fullt ut. Exempel:

- Projekt: Fysioterapeuter (sjukgymnaster) ska kunna skriva remisser till röntgen för skelettundersökningar. Prövas av tolv sjukgymnaster på sex olika hälsocentraler.
- Undersköterska tar över samordnad hantering av PSA-kontroller efter canceroperation.

- Sjukskrivning andra veckan görs av andra yrkesgrupper än läkare. Har testats i Brunflo med goda resultat och är inom kort färdigt att implementera på övriga hälsocentraler.

Distansoberoende teknik – patienten i fokus

Primärvården befinner sig i en intensiv utvecklingsfas vad gäller distansoberoende teknik. De åtgärder som pågår är:

- Videoutrustning ska finnas på alla hälsocentraler efter sommaren
- Jour- och beredskapsverksamhet är ett prioriterat område för teknikutveckling. I Härjedalen pågår utveckling av virtuella jourrum för att kunna bedriva jourverksamhet med läkare på distans och sköterskekompetens på plats. I det nya jourområdet som bildas för Östersund, Berg, Krokom, Ragunda och Bräcke kommer beredskapsläkaren att utrustas för att kunna arbeta distansoberoende i så stor utsträckning som möjlig.
- Uppföljning och vidareutveckling av de två virtuella hälsorummen. Målsättningen är att tekniken ska vara så enkel att använda att det inte ens behövs en manual. Samma enkla teknik ska utvecklas för övriga distanslösningar med möten mellan vårdpersonal och/eller patienter i olika sammanhang.
- Ultraljud på hälsocentralerna i Backe, Funäsdalen, Järpen, Kälarne, Lit – Åre har sedan tidigare. Läkarna har fått utbildning och har börjat använda ultraljudet som ett komplement till den vanliga undersökningen. Möjlighet att vidareutveckla användandet i dialog med sjukhuset. Kan bidra till att patienter slipper resa till Östersund.

Primärvården styrande i vården

Förslaget i LUP innebär att två hälsocentraler kan utses som piloter. Flera intresserade finns men formerna för piloten behöver konkretiseras. En viktig effekt är att flytta vården närmare patienten och då behöver resurser förflyttas. Det kan handla om att andra kompetenser behöver finnas i primärvården eller att genom ökat användande av distansoberoende teknik möta patienten lokalt och göra en större del av vården utanför sjukhuset, även med sjukhusets specialiserade vård. Diskussioner pågår om vilka kompetenser som redan nu skulle kunna införas i primärvården. I andra landsting har incitament för att anställa andra specifika kompetenser skapats genom att i ersättningssystemet kompensera de enheter som gör detta. Omvärldsbevakning pågår och många landsting står inför samma frågeställningar i den förändringsprocess som ska genomföras. För att kunna definiera vilka förändringar som kan genomföras kan det vara lämpligt att arbeta mer intensivt med någon form av ”Vem gör vad i vården” på totalnivå mellan primärvården och övriga områden inom sjukhusvården med processkartläggningar för att identifiera möjliga fysiska, organisatoriska eller virtuella gränssnittsförflyttningar. Det görs redan i nuläget gemensamma arbeten mellan primärvården och sjukhuset kring detta, men med svårigheterna att bemanna med fasta läkare är det också svårt att hitta resurser för att genomföra dessa arbeten.

LUP Kompetensförsörjning, Bemanning-Rekrytering, Attraktiv arbetsgivare, Arbetsmiljö

En ny strategi för läkarbemanning har tagits fram med stort fokus på att förbättra läkarnas arbetsmiljö och tydlig satsning på fortbildning, verksamhetsutveckling, utbildning och forskning. Målsättningen är att öka andelen fast anställda läkare i primärvården genom att bibehålla befintliga, återrekrytera tidigare anställda, rekrytera nya och satsa på att utöka antalet ST.

En viktig del i att uppnå en förbättrad arbetsmiljö handlar om bemanningen och eftersom problemet är just att det inte finns en tillräcklig bemanning behöver åtgärder finnas för att säkra upp arbetsmiljön för de läkare som finns i verksamheten. En del av åtgärderna kan då vara produktions- och kapacitetsplanering för att uppnå rimliga arbetsdagar för läkarna, att arbeta vidare med vem gör var för att flytta de arbetsuppgifter som inte kräver läkarkompetens till andra yrkesgrupper. En annan viktig del av strategierna är att erbjuda goda utvecklingsmöjligheter med tid avsatt för fortbildning och verksamhetsutveckling.

Kompetensutveckling

Distriktsläkare från ett antal hälsocentraler har deltagit i Glesbygdsmedicinskt centrum's första Ultraljudskurs för allmänläkare den 11-14 januari 2016. Föreläsare och instruktörer från England och Skottland med många års erfarenhet av ultraljudsutbildningar för allmänläkare. Kursen var särskilt anpassad till svenska förhållanden och de särskilda behov som finns här i glesbygden.

Avancerad specialistsjuksköterska är intressant för primärvårdens utveckling och en möjligheterna att vidareutbilda befintlig personal och nyrekrytera denna kompetens kommer att ses över under våren.

Standardiserade vårdförlopp

En arbetsgrupp har bildats för de kommande vårdförloppen med processledare inom primärvården. Arbete pågår med informationsinsatser ute på hälsocentralerna. En checklista för PV har skapats, för att underlätta arbetet. Uppföljning och utvärdering av arbetet sker kontinuerligt. Flödet av remisserna följs.

Regionstaben

Fastighetschef Jan-Åke Lindroth

Tfn: 063-14 72 20, 070-595 80 97

E-post: jan-ake.lindroth@regionjh.se

Uppföljning av fastighet och lokaler

Syftet med den här rapporten är att redovisa en uppföljning av området fastighet och lokaler i enlighet med styrelsens uppföljningsplan för 2016.

Fastighetsdriften har fungerat utan större driftstörningar under året och verksamheten har, förutom daglig drift, utfört många underhållsarbeten under året inom tilldelad budget.

Underhåll av fastighetsbeståndet

Underhåll av fastighetsbeståndet pågår kontinuerligt. Exempel på några genomförda åtgärder:

Åtgärd	Syfte
Ombyggnad och utökning av samtliga gasuttag på lungavdelningen.	Att varje patient skall ha eget uttag och därmed öka patientsäkerheten effektivisera verksamheten
Renovering av tre hissar, en på hälsocentralen i Bräcke, hiss 41 på sjukhuset samt kökshissen i Bäckedal	Säkerställa fortsatt drift av hissarna
Uppgradering samt utbyte av personsökaranläggningen på lasarettet.	Befintliga anläggningar är mycket gamla och reservdelar saknas och anläggningen behöver bytas för att säkerställa patientsäkerheten
Målning och byte av mattor på många ytor samt ett antal patientrum i höghuset.	Återställning av slitna ytskikt.
Ombyggnad av fjärrvärmecentral i Hede inklusive ny styranläggning	Optimera driften
Byte av belysning till ledteknik pågår kontinuerligt.	Byta till modern och energisnål belysning med bättre ljusåtergivning.
Anläggningarna har driftoptimerats ytterligare.	Att minska energianvändningen med 0,5% i förhållande till föregående år och det målet klarades med god marginal. Det är viktigt att fortsätta med arbetet för att kunna nå de nationella energimålen.

Investeringsplan 2015

Under 2015 avsattes ca 35 miljoner kronor för fastighetsinvesteringar fördelade på olika objekt och verksamheten har i huvudsak genomförts som planerats. Under året har ett flertal fastighetsinvesteringsprojekt färdigställts vars investeringsutrymme beslutats i årets och tidigare års investeringsplaner samtidigt som det i några av årets beslutade projekt är i uppstartsfas och i ringa omfattning belastat 2015 års investeringsbudget. Sammanlagt färdigställdes under året projekt för 58 miljoner kronor varav samtliga följer investeringsramarna. Många av projekten som färdigställts har beslutad tidigare års investeringsplaner bland annat 2013 då projekt för 10 miljoner färdigställdes men 40 miljoner avsattes. Region Jämtland Härjedalen har en relativt liten investeringsvolym för fastigheter i förhållande till andra liknade verksamheter i landet.

Projekt	Syfte/kommentar
Installation av sprinkelcentral och huvudledningar för att kunna sprinkla samtliga vårdtytor som nybyggs eller byggs om har genomförts med en grundinstallation som det går att ansluta till vartefter ombyggnader sker inom respektive yta.	Myndighetskrav
Byte till effektivare belysning på många ställen	Energieffektivisering
Byte till effektivare fläktar för plan 7-14 i höghuset	Att energieffektivisera anläggningen samt att få en betydligt bättre redundans.
Byte av ångpanna	Att få en mindre och effektivare som passar dagens behov och stora energiförluster har därmed kunna elimineras i rörsystemet.
Olika förbättringsåtgärder för fysisk tillgänglighet pågår kontinuerligt och under året har anpassningar bland annat skett på folkhögskolan i Bäckedal i receptionen för primärvården i Krokom mm. Under året har även en inventering utförts av våra lokaler.	Att ständigt förbättra tillgängligheten
Ombyggnad av hisspaketet i höghuset projekteras.	Att säkerställa vertikala transporter i höghuset. Hisspaketet på sex hissar är en av landets hårdast belastade hissar och i grunden är nuvarande hissar från när husets byggdes. En mer omfattande renovering utfördes i början av 1990-talet. Idag är hissarna i stort behov av utbyte och en större driftstörning skulle innebära stora olägenheter för verksamheten
På plan 3 har färdigställts lokaler för sjukhusapoteket, nya omklädningsrum som ersätter röntgenavdelningens omklädningsrum som revs i samband med	Ingår i plan 6-projektet som syftar till bättre anpassade lokaler för mottagningsverksamheten på plan 6

Projekt	Syfte/kommentar
bygget av PCI-labbet samt några nya kontor för röntgenenheten av samma anledning. I projektet har även Zefyrens lokaler flyttats och uppdaterats som låg i vägen för sjukhusapoteket.	
På plan 12 har lokaler för tillverkningsapoteket färdigställts	Ingår i plan 6 projektet. Apoteket ligger numer i direkt anslutning till den största brukaren onkologverksamheten på samma plan.
Medicinska bibliotekets tidigare lokaler har byggts om för Uroterapi och Cystoskopi och biblioteket har fått nya lokaler på plan 1.	Ingår i plan 6 projektet och syftar till att samla mottagningsverksamhet på plan 6
I lokalerna som de olika apoteksverksamheterna lämnat på plan 5 pågår byggnation	Att skapa lokaler för administrativ verksamhet som skall ge förutsättningar för ombyggnaden för mottagningarna på plan 6.
Nya lokaler för forskningssköterskan är färdigställda på plan 6.	Att skapa lokaler som ligger med bra tillgänglighet i entréplan för patienter
Ombyggnad av två operationssalar samt anpassning av entrédelen	Att skapa bättre flöde i operationsprocessen och för bättre möten vid patienternas ankomst till operation
Inga ombyggnader för FOUU har skett i väntan på flytt under 2016.	Att skapa en bättre akademisk miljö vilket planeras under 2016
Ombyggnad av Odensala hälsocentral har genomförts	Att skapa bättre flöde samt att använda ytor som tandvården lämnade i och med deras flytt till Campus.
I Funäsdalens hälsocentral har ytan ökat med en tillfällig paviljonglösning och. anpassningar i mindre omfattning har utförts inne i befintliga byggnaden. Under året har även samtal förts med Härjedalens kommun som är fastighetsägare om olika permanenta lösningsalternativ.	Förbättra patientflödet och att möjliggöra förutsättningarna för verksamheten som expanderar. För att kunna byta röntgenutrustning så måste en större anpassning ske med lokaler som har större takhöjd.
Stuguns hälsocentralen har flyttats till nya lokaler där även ett virtuellt hälsorum skapats.	Skapa ändamålsenliga lokaler
En operationssal med tillhörande biutrymmen för PCI-verksamhet har färdigställts	Att ta hem vård från Umeå och att öka patientsäkerheten
Längs Fältjägargränd påbörjades ett bygge för cykelförvaring för personal. På grund av yttre förutsättningar är projektet försenat och	Att skapa bättre och säkrare cykelförvaring för personal och uppmuntra till att cykla mer. Är både hälsobefrämjande och minskar

Projekt	Syfte/kommentar
kommer att färdigställas under 2016.	behovet av bilparkeringsytor.
Planeringen för den nya donationsoperationssalen har pågått.	Att skapa en speciell och anpassad operationssal för den verksamheten. Projektet är i huvudsak finansierat med statliga medel.
Projektet med klimatkyla i höghuset är färdigställt.	Att skapa bättre inomhusklimat i höghuset sommartid.
Installation av trådlöst nätverk inom hela sjukhuskvarteren har genomförts.	Att kunna arbeta med trådlösa enheter inom vården samt att förbättra möjligheten till trådlös talkommunikation
Renovering av södra elevhemmet i Bäckedal	Att modernisera otidsenliga lokaler från 50-talet med bland annat gemensamma toaletter och duschutrymmen

Sammanfattning

Fastighetsverksamheten har i huvudsak följt plan. Ett problem är dock den generella lokalbristen och de ekonomiska förutsättningarna som inte möjliggör att anpassa lokalerna till vårdens utveckling på ett bra sätt.

2016-03-21

Dnr RS/137/2016
S2015/07487/FS

Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård

103 33 Stockholm

Svar på remiss SOU 2015:98 Träning ger färdighet - Koncentrera vården för patientens bästa, S2015/07487/FS

Landstinget Västernorrland, Norrbottens läns landsting, Region Jämtland Härjedalen och Västerbottens läns landsting har samrått och står gemensamt bakom följande synpunkter på förslagen i utredningen om högspecialiserad vård ”Träning ger färdighet” (SOU 2015:98).

Sammanfattning

Landstingen i Norra regionen delar utredningens uppfattning om:

- Att en nivåstrukturerad vård är en förutsättning för fortsatt kvalitetsutveckling och jämlik vård.
- Att adekvata patientvolymen är en förutsättning för både denna kvalitetsutveckling men även för forskning och utbildning.
- Att landet behöver en nationell enhet som svarar för kunskap och beslutsstrukturen för högspecialiserad vård i framtiden.
- Att kvalitetsdata på enhetsnivå ska vara tillgängliga för allmänhet och omgivning.
- Att en vidareutveckling och standardisering av telemedicinska verktyg och IT-system är nödvändigt inom svensk sjukvård.

Vi efterfrågar att:

- Att regeringen i ett kommande förslag tar väsentlig hänsyn till de varierade förutsättningarna mellan tätbefolkade delar av landet och de mycket stora områdena i norra Sverige. Alla innevånare i landet behöver ges tillgång till högkvalitativ akutsjukvård inom rimlig tid.

Patientens bästa är utgångspunkten

Landstingen i norra regionen delar utgångspunkten att den enskilde patienten har rätt till den högsta vårdkvaliteten oberoende av var personen bor i landet.

Vi delar också uppfattningen att nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp, möjliggör att ett samarbete mellan den högspecialiserade enheten och

övriga enheter. Det kan resultera i att eftervård och uppföljning kan ske närmare patientens hemort, men ansvaret måste alltid ligga på den högspecialiserade enheten. Det är dock värt att beakta att kompetensen att ta hand om eventuella komplikationer efter högspecialiserad vård kan komma att reduceras vid många enheter, där sådan vård inte kommer att utföras.

Vi anser i likhet med utredningen att en ytterligare utveckling av området eHälsa och telemedicinska verktyg kommer att underlätta välutvecklade samarbeten, inte bara mellan olika högspecialiserade enheter utan också mellan högspecialiserad enheter och enheter nära patientens hemort. Det håller också kostnaderna nere och stärker kontinuitet och samordning i vården. Telemedicin och it-bundna verktyg kan också användas för att överföra kompetens och följa upp patienter vilket kan öka delaktighet och säkerhet.

Ökad koncentration leder till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna

Vi delar uppfattningen att relevanta patientvolymen är en grundförutsättning för att uppnå en god kvalitet, men att volymen långt ifrån är den enda faktorn. Det finns många andra faktorer som har betydelse för kvaliteten. Sådana faktorer kan exempelvis vara akademisk kompetens, ledarskap, organisation, utvecklat samarbete, kompetens bland övrig personal, teamets betydelse, rehabiliteringsmöjligheter, utvecklat utbildningssystem, etc.

Det är också viktigt att betona att utredningen fokuserar väldigt mycket på antalet av specifika diagnoser. Det är dock värt att poängtera att framför allt inom de kirurgiska disciplinerna krävs en viss volym av baskirurgi under hela det professionella livet för att ha kompetensen att utföra den högspecialiserade kirurgin. Övriga komplikationer och händelser under ett kirurgiskt ingrepp inom en högspecialiserad diagnos kan kräva en manuell kompetens, utöver den som förväntas för just den specifika diagnosen. Om inte denna grundvolymträning finns som bas äventyras även kompetensen inom den högspecialiserade vården. Det är alltså nödvändigt att sjukhusen behåller en kirurgisk baskompetens. Vårdkedjan måste ses i ett helhetsperspektiv och kompetens behövs också för utredning, eftervård och palliativ vård. Det är också viktigt att det finns en tillräcklig bredd för att bedriva nödvändig ST-utbildning och för att täcka behovet av kompetensutveckling. Liknande resonemang bör genomföras på alla vårdnivåer och en särskild aspekt i Norrland är de stora avstånden. Vård ska ges på den nivå där det ger störst fördel vilket gör att särskild tonvikt bör läggas på att det lokala sjukhuset besitter tillräcklig kompetens för att ta hand om patienterna där det ger störst medicinsk fördel.

Vi är också tveksamma till att cirka 500 dödfall skulle kunna reduceras årligen om man skulle öka ingreppen till cirka 100 per år av en viss diagnos. En beräkning med en sådan precis numerär i form av sparade liv måste anses som mycket osäker. Här är det värt att påminna om att antalet ingrepp som behövs för att hålla en god högspecialiserad vårdkvalitet torde kunna variera beroende på ingreppets natur.

För ett land som Sverige skulle även en numerär på 100 vara orealistiskt för diagnoser som hjärttransplantationer, missbildningskirurgi, viss tumörkirurgi etc. där de flesta enheter idag, trots att vi har en koncentration t.ex. vid rikssjukvård, inte på något sätt

närmar sig det antalet. Trots detta anser vi att kvaliteten inom den högspecialiserade vården i Sverige idag håller mycket hög internationell kvalitet.

Att kvaliteten i den kliniska forskningen också skulle förbättras med större patientvolym är en osäker slutsats. Stora patientvolym, genom ett gott samarbete mellan olika enheter, uppnås redan idag, och för att erhålla patientvolym som ger statistisk signifikans tvingas vi ju också ofta samarbeta med andra länder. Att forskningsintresserad personal och stimulerande forskningsmiljöer skulle vara direkt proportionellt mot antalet utförda ingrepp är också det en mycket osäker slutsats. Skapandet av stimulerande forskningsmiljöer kräver betydligt många fler faktorer än en viss volym av en diagnos.

Det behövs en ny nationell kunskaps- och beslutsstruktur

Vi delar utredningens slutsats att det behövs en ny kunskaps- och beslutsstruktur för att arbeta med den högspecialiserade vården. Idag ser vi flera parallella system och utredningar i form av rikssjukvård, utredning om högspecialiserad vård, utredning om universitetssjukvård samt en organisation kring cancervården. Dessa skulle på ett mycket tydligare sätt kunna utbyta erfarenheter och bygga upp en framtida kunskaps- och beslutsstruktur.

Definiera begreppet högspecialiserad vård

Indelningen i nationell respektive regional högspecialiserad vård är bra. Vi saknar dock en konsekvensbeskrivning av universitetssjukvårdens förutsättningar att med bästa kvalitet utveckla de tre uppdragen vård, forskning och utbildning. Det finns en risk att volymkravet och antalet ställen som nationell högspecialiserad vård ska bedrivas på tillämpas alltför dogmatiskt och selektivt.

Vår utgångspunkt är att samtliga specialiteter som ingår i läkarutbildningens ämnen måste finnas på varje universitetssjukhus för att kunna uppfylla förmågan att utveckla de tre uppdragen. Det måste finnas en gräns för hur många och vilka diagnoser som kan omfördelas till andra nivåer innan denna förmåga upphör. Vi anser därför slutsatsen att ”nationellt högspecialiserad vård inte ska finnas i varje sjukvårdsregion” är alltför kategorisk.

Begreppet nationellt högspecialiserad vård kommer att variera beroende på diagnos. Liksom för rikssjukvårdens uppdrag hittills, ser vi hur antalet ingrepp kan variera väldigt mycket även inom de områden som idag definieras som rikssjukvård. Jämför till exempel områden som brännskador och retinala tumörer. Därför måste det nationella organet som bildas enligt ovan ta hänsyn till flera faktorer som antal/volym, komplexitet och behov av infrastruktur, etc.

På lång sikt är kvaliteten inom de tre områdena - utbildning, forskning och sjukvård – en grundförutsättning för att Sverige ska behålla sin internationella position, även när det gäller god kvalitet inom högspecialiserad vård inkluderande nationellt högspecialiserad vård.

Ge Socialstyrelsen ansvaret för kunskaps- och beslutsstrukturen

Vi stödjer förslaget att en statlig myndighet får ansvaret för att besluta om och kvalitetssäkra den högspecialiserade vården. Att lägga denna under Socialstyrelsen ter sig rimligt om inte en separat enhet måste bildas. Strukturen och arbetsformerna för en sådan enhet, fristående eller inom Socialstyrelsen, måste förankras och förutsätter ett regionalt inflytande.

Tillsätt ett antal sakkunniggrupper som tar fram underlag

Vi stödjer förslaget om sakkunniggrupper som tar fram underlag. Vi ser dock svårigheter att bemanna de grupper som krävs för att inom rimlig tid inventera all specialiserad hälso- och sjukvård. Om det är möjligt bör man därför knyta an till redan befintliga strukturer eller grupperingar. Det är också viktigt att säkerställa representation från mindre landsting och sjukhus.

Låt Socialstyrelsen ansvara för den nationella högspecialiserade vården och landstingen för den regionala högspecialiserade vården

Vi stödjer förslaget att dela ansvaret för nationell- och regionaliserad högspecialiserad vård mellan Socialstyrelsen och landstingen. Konstruktionen med en av landsting eller regioner sammansatt nämnd är ett rimligt beslutsorgan för att utveckla ett arbetssätt med ökad effektivitet. Vi saknar en beskrivning över hur Socialstyrelsen eller fristående enhet ska ta ett större ansvar för kravställning av kvalitetsutveckling.

Nivåstrukturering utvecklar hälso- och sjukvården

Vi delar uppfattningen att en inventering av all specialiserad hälso- och sjukvård kan bidra till en nationell plan för en nivåstruktur och arbetsfördelningen i vilken även akutsjukvården måste inbegripas. Detta ger en gynnsam utgångspunkt för kvalitetsutveckling och kunskapsstyrning via nationella vårdprogram. En god kvalitet genom specialisering behöver inte, som utredningen också påpekar, alltid lokaliseras till det stora sjukhuset; det kan vara en användbar modell för att stödja de glest placerade mindre sjukhusen i sitt basala uppdrag. Vi vill också betona att en ökad nivåstrukturering med flera huvudmän ställer större krav för att säkerställa kontinuiteten vården.

Kvalitetsdata bör vara tillgängliga för allmänheten

Vi stödjer en öppen redovisning av kvalitetsdata från alla enheter som ger vård men efterfrågar också ett system som krävställer tillräcklig kvalitet för att få bedriva högspecialiserad vård. Öppen redovisning av kvalitetsdata är viktigt för att remitterande kliniker ska känna tillit till mottagande kliniker. Kvalitetsregistren är en viktig källa till information om vårdens resultat och det är därför viktigt att fortsättningsvis stödja registren på nationell nivå.

En öppenhet för allmänheten ska vara självklar när det gäller enhetsnivå för att omgivningen ska kunna studera volymer, kvalitet och utförande, men det är en helt annan sak när allmänheten/omgivningen ska kunna studera dessa faktorer på individnivå. Det åligger den medicinska chefen att studera och registrera detta och se till att erforderlig kompetens finns tillgänglig vid enheten för att utföra en högkvalitativ vård.

Nationella prisöverenskommelser behövs för den högspecialiserade vården

Vi delar utredningens slutsats att det bör ske en översyn av prisöverenskommelser mellan landsting. I det arbetet behöver det exempelvis tas hänsyn till att landsting med stora avstånd får högre kostnader för resa och logi.

Nivåstrukturering av akutsjukvården behöver utredas

I betänkandet föreslås att regeringen tillsätter en särskild utredning för att se över akutsjukvården, dess uppdrag och konsekvenserna av regional koncentration av högspecialiserad vård. Vi anser att en sådan utredning inte bara är angelägen, utan också nödvändig – för att utredningens förslag ska kunna genomföras på ett bra sätt.

Det gäller att inte underskatta de svårigheter som följer av en koncentration av den regionala högspecialiserade vården. Ett exempel är de särskilda förhållanden som råder i norra Sverige, där långa avstånd och sämre transportmöjligheter kräver mycket genomarbetade underlag vid beslut om förändringar som påverkar akutuppdraget.

Regeringen bör därför snabbt utreda de ovan nämnda frågorna. Ikraftträdandet för de förslag som den nu aktuella utredningen föreslår – den 1 januari 2018 – kan eventuellt behövas skjutas fram i tid, för att få fram det kompletterande underlag som krävs.

Nationella enhetliga standarder behövs för kommunikationslösningar för telemedicinska verktyg

Vi delar utredningens slutsatser att stimulera en utbyggnad och standardisering av teknik som underlättar och möjliggör kommunikation. Detta är närmast en grundförutsättning för att svensk sjukvård inklusive högspecialiserad vård ska fungera väl i framtiden. Utveckling av distansteknik är viktigt för att utveckla och stärka vårdkedjor över huvudmannagränser.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2016-01-14

S2015/07487/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2016 -01- 1-8

Dnr...../...../20.....

SOU 2015:98 Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Justitiekanslern (JK)
3. Riksrevisionen
4. Förvaltningsrätten i Stockholm
5. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)
6. Datainspektionen
7. Kommerskollegium
8. Socialstyrelsen
9. E-hälsomyndigheten
10. Folkhälsomyndigheten
11. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
12. Läkemedelsverket
13. Myndigheten för delaktighet
14. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
15. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
16. Statens medicinsk-etiska råd (SMER)
17. Statens institutionsstyrelse (SiS)
18. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
19. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
20. Uppsala universitet
21. Lunds universitet
22. Göteborgs universitet
23. Umeå universitet
24. Linköpings universitet
25. Karolinska institutet (KI)
26. Örebro universitet

27. Vetenskapsrådet
28. Konkurrensverket
29. Verket för innovationssystem (Vinnova)
30. Regelrådet
31. Riksarkivet
32. Statskontoret
33. Ekonomistyrningsverket (ESV)
34. Försvarsmakten
35. Akademiska sjukhuset
36. Skånes Universitetssjukhus
37. Norrlands Universitetssjukhus
38. Karolinska universitetssjukhuset
39. Universitetssjukhuset i Örebro
40. Sahlgrenska Universitetssjukhuset
41. Universitetssjukhuset i Linköping
42. Stockholms läns landsting
43. Uppsala läns landsting
44. Södermanlands läns landsting
45. Östergötlands läns landsting
46. Jönköpings läns landsting
47. Kronobergs läns landsting
48. Kalmar läns landsting
49. Blekinge läns landsting
50. Skåne läns landsting
51. Hallands läns landsting
52. Västra Götalands läns landsting
53. Värmlands läns landsting
54. Örebro läns landsting
55. Västmanlands läns landsting
56. Dalarnas läns landsting
57. Gävleborgs läns landsting
58. Västernorrlands läns landsting
59. Jämtlands läns landsting
60. Västerbottens läns landsting
61. Norrbottens läns landsting
62. Gotlands kommun
63. Akademikerförbundet SSR
64. Apotekarsocieteten (APS)
65. Distriktssköterskeföreningen
66. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
67. Fysioterapeuterna
68. Kommunal
69. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
70. Svenska Läkaresällskapet

71. Sveriges Farmaceuter
72. Sveriges läkarförbund
73. Sveriges Psykologförbund
74. Privattandläkarna
75. Sveriges Tandläkarförbund
76. VISION
77. Vårdförbundet
78. Handikappförbunden (HSO)
79. Nätverket mot cancer
80. Lika Unika
81. Cancerfonden
82. Regionala cancercentrum i samverkan
83. Prostatacancerförbundet
84. Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation (BRO)
85. Neuroförbundet
86. Njurförbundet
87. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
88. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)
89. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
90. SPF Seniorerna
91. Reumatikerförbundet
92. Riksförbundet HjärtLung
93. Svenska Diabetesförbundet
94. Aleris
95. Apoteket AB
96. Capio
97. FAMNA
98. Inera AB
99. IT & Telekomföretagen
100. Kronans Droghandel Apotek AB
101. Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
102. Stiftelsen Nätverk för läkemedelsepidemiologi (NEPI)
103. Sveriges Apoteksförening
104. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
105. Swedish Medtech
106. Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **den 15 april 2016**. Vi vill att ni enbart skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se.

I remissvaret ska Socialdepartementets diarienummer **S2015/07487/FS** anges.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Frågor under remisstiden besvaras av Åsa Elffors, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, telefon 072-232 05 14, eller asa.elffors@regeringskansliet.se



Torkel Nyman
Departementsråd

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

2016-04-05

RS/137/2016

Sammanfattning av remiss Remiss: SOU 2015:98 Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa

[Remiss: SOU 2015:98 Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa](#)

Utredningen om högspecialiserad vård har i uppdrag att föreslå hur den högspecialiserade vården kan utvecklas för att patienterna ska få tillgång till en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård. Vi föreslår hur detta kan möjliggöras genom en ökad nationell styrning. I detta betänkande presenterar vi också ny statistik som visar på att hundratals liv kan räddas varje år om den högspecialiserade vården koncentreras.

Patientens bästa är utgångspunkten

Patientens rätt till en högspecialiserad vård av hög kvalitet oberoende av var personen bor i landet är utgångspunkten för vårt utredningsarbete och våra förslag.

Om patienterna fick bestämma hade en mycket större andel av den högspecialiserade vården redan varit koncentrerad till färre vårdenheter än vad som gäller i nuläget. Patienterna betonar dock att hela vårdkedjan måste beaktas. De anser att en koncentration är nödvändig för att kvaliteten, patientsäkerheten och likvärdigheten i hälso- och sjukvården ska kunna upprätthållas. Detta framgår av både enkätundersökningar och de möten som utredningen haft med patientföreträdare.

Vi ser inget motsatsförhållande mellan att nivåstrukturera den högspecialiserade vården med nationella och regionala enheter och att samordna vårdkedjan där så mycket som möjligt av vården ges lokalt nära hemmet. Bristen på helhetsansvar för patienterna är en akilleshäl inom svensk hälso- och sjukvård. Nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården kan skapa goda förutsättningar för framtagande av nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp.

Telemedicinska verktyg så som diagnostik och behandling på distans samt fast vårdkontakt och multidisciplinära konferenser är ytterligare verktyg som bör användas i högre utsträckning än i dag för att förenkla patientens väg genom vården.

Ökad koncentration leder till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna

Utvecklingen går långsamt, trots att det finns konsensus på generell nivå om fördelarna med och behovet av en mer omfattande nivåstrukturering av den högspecialiserade vården. Utredningens egna analyser visar att högspecialiserad vård har koncentrerats i liten omfattning de senaste 14 åren. Som ett exempel gjordes år 2000 14,6 procent av komplicerade operationer på sjukhus som gjorde färre än 20 operationer per år av dessa

ingrepp. År 2013 var motsvarande andel 13 procent. Statistiken visar därmed att ungefär lika många sjukhus som 14 år tidigare utför ett fåtal mycket komplicerade operationer.

Vi har dock uppfattat att det hos landstingen finns en önskan om goda argument för en ökad koncentration och hjälp med att prioritera och styra i denna riktning. Utredningen vill framföra följande skäl till varför den högspecialiserade vården behöver nivåstruktureras ytterligare.

- Kvaliteten och patientsäkerheten i hälso- och sjukvården förbättras med ökade patientvolym per vårdenhet och per behandlare. Detta framgår av samtliga systematiska översikter av den vetenskapliga litteraturen och våra egna analyser av svenska hälso- och sjukvårdsdata.
- Träning ger färdighet och läkare och andra professioner behöver upprätthålla sin kompetens för bästa möjliga resultat för patienten. Detta förutsätter högre patientvolym än vad som är möjligt i dagens svenska sjukvårdsorganisation.
- Den vetenskapliga litteraturen och våra egna beräkningar pekar på att cirka 500 dödsfall skulle kunna undvikas årligen, antal komplikationer minskas och vårdtider kortas om patientvolymerna skulle öka till minst 100 ingrepp av en viss typ av åtgärd på svenska sjukhus. Eftersom situationen varit likartad länge, innebär det att tusentals patienter drabbats under det senaste decenniet. Vi föreslår därför att volymriktmärken för sjukhus bör vara minst inom intervallet 50–100 åtgärder per år och att varje individ eller team bör göra cirka 30 åtgärder per år för att uppnå god kvalitet.
- Kvaliteten i den kliniska forskningen förbättras också med större patientvolym. Det behövs även en kritisk massa av forskningsintresserad sjukvårdspersonal och andra forskningskompetenser för att skapa en stimulerande forskningsmiljö, något som inte alltid finns på sjukhus med mindre volym.

Huvudförslag:

Det behövs en ny nationell kunskaps- och beslutsstruktur

Vi föreslår en ny kunskaps- och beslutsstruktur för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården. Med nivåstrukturering menar vi en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen mellan olika vårdenheter.

Syftet är att vårt förslag ska ersätta dagens rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Berednings- och beslutsprocessen för rikssjukvården har varit tidskrävande och ineffektiv i förhållande till antalet beslutade tillstånd. Bristen på helhetsperspektiv har bidragit till denna ineffektivitet. Även den nationella cancersamordningen har visat sig vara begränsad och relativt trögrörlig där bl.a. ett gemensamt nationellt beslutsorgan för landstingen saknas. Ur ett styrningsperspektiv är det olyckligt att rikssjukvården och cancersamordningen har utvecklats som två separata spår.

Definiera begreppet högspecialiserad vård

En viktig del i det nya förslaget är den definition av högspecialiserad vård som utredningen föreslår.

Högspecialiserad vård är komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting och som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens, samt i förekommande fall stora investeringar eller höga kostnader för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas och ett effektivt

utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser uppnås. Högspecialiserad vård indelas i nationell respektive regional högspecialiserad vård.

Nationell högspecialiserad vård ska bedrivas nationellt, men inte i varje sjukvårdsregion. Vi gör bedömningen att den nationella högspecialiserade vården omfattar cirka 4–5 procent av sjukhusvården. Regional högspecialiserad vård ska bedrivas i varje sjukvårdsregion, men på ett begränsat antal enheter och omfattar upp till 10–15 procent av sjukhusvården.

Vi har valt att inkludera den regionala nivån i definitionen eftersom vi gör bedömningen att det är mer än den mest avancerade hälso- och sjukvården som gynnas av en koncentration och därmed av en ökad samordning och styrning.

Ge Socialstyrelsen ansvaret för kunskaps- och beslutsstrukturen

Vi föreslår att Socialstyrelsen får ett tydligare ansvar än vad myndigheten har i dag för att driva, samordna och besluta om vilken hälso- och sjukvård som behöver koncentreras. Det krävs en nationell arena och en samordnande och drivande kraft med beslutsbefogenheter för att möjliggöra en ökad koncentration av den högspecialiserade vården.

Motsvarande analys delas av många av de företrädare för landstingen och sjukhusen samt patient- och professionsföreträdare som vi har träffat under utredningsarbetets gång.

Tillsätt ett antal sakkunniggrupper som tar fram underlag

Den inledande kunskapsinsamlade fasen är avgörande för hur omfattande nivåstruktureringen blir. Där tas underlag fram avseende vilken hälso- och sjukvård som behöver koncentreras. En systematisk genomgång av all specialiserad hälso- och sjukvård skapar förutsättningar för ett helhetsgrepp kring hälso- och sjukvården. Därmed säkerställs att hänsyn tas till bl.a. akutsjukvården, forskning och utbildning samt att vårdkedjorna samordnas.

Professions- och patientföreträdare har bäst kompetens att bedöma vilken hälso- och sjukvård som behöver koncentreras. Vi föreslår därför att så kallade sakkunniggrupper bestående av professions- och patientföreträdare tillsätts. Under en begränsad tid ska de inventera all specialiserad hälso- och sjukvård och bedöma vilken vård som behöver koncentreras på nationell och regional nivå. Utgångspunkten ska vara den definition av högspecialiserad vård som presenteras ovan.

Låt Socialstyrelsen ansvara för den nationella högspecialiserade vården och landstingen för den regionala högspecialiserade vården

Vi föreslår att Socialstyrelsen får ansvar att besluta om vilken hälso- och sjukvård som är att betrakta som nationell högspecialiserad vård. Socialstyrelsen ansvarar därefter för den fortsatta koncentrationsprocessen för den nationella högspecialiserade vården genom att inbjuda landstingen att ansöka om att bedriva denna vård.

Ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen, Nämnden för nationell högspecialiserad vård, beslutar avslutningsvis vilka huvudmän som ska få tillstånd att bedriva viss nationell högspecialiserad vård. Nämnden består av företrädare för landstingen.

Socialstyrelsen överlämnar sakkunniggruppernas kunskapsunderlag om den regionala högspecialiserade vården som rekommendationer till landstingen. Dessa rekommendationer ska bl.a. belysa vilka patientvolym och särskild kompetens som krävs för den högspecialiserade vård som behöver koncentreras i respektive sjukvårdsregion. Landstingen ansvarar för den regionala nivåstruktureringen och därmed hur dessa rekommendationer ska omsättas lokalt och regionalt.

Socialstyrelsen ska även ansvara för uppföljningen av nationell och regional högspecialiserad vård. Egenrapportering och offentlig publicering av kvalitetsdata för den högspecialiserade vården på en gemensam webbplats blir centrala verktyg.

Vi föreslår att vårt huvudförslag genomförs genom förändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), en ny förordning om högspecialiserad vård samt ändringar i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen med ikraftträdande den 1 januari 2018.

Nivåstrukturerings utvecklar hälso- och sjukvården

Nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården ska inte ses som en isolerad åtgärd utan bör i stället hanteras som en central del av kunskapsstyrningen och även en möjliggörare för att få till en förändrad läns- och landstingsindelning samt andra nödvändiga strukturförändringar.

Den inledande inventeringen av all specialiserad hälso- och sjukvård som ska göras av sakkunniggrupper skapar goda förutsättningar att bedriva en bättre, säkrare och mer sammanhållen hälso- och sjukvård. Arbetsfördelningen mellan olika vårdenheter blir tydligare och underlagen kan bl.a. ligga till grund för nationella vårdprogram.

Vår definition av högspecialiserad vård sätter fokus på behovet av starka sjukvårdsregioner eller större och färre sjukvårdshuvudmän som ska kunna bedriva och utveckla den regionala högspecialiserade vården. En ökad koncentration av den högspecialiserade vården skapar dessutom motiv och förutsättningar att se över andra befintliga sjukvårdsstrukturer, i synnerhet inom akutsjukvården.

Övriga förslag från utredningen

Utöver vårt huvudförslag om en ny nationell kunskaps- och beslutsstruktur för den högspecialiserade vården, finns det flera insatser som skulle förenkla koncentrationen av den högspecialiserade vården och förbättra samordningen av patientens väg genom vården. Vi anser bl.a. att

- *Färre sjukvårdshuvudmän i form av storregioner ger bättre förutsättningar att klara nivåstruktureringen av den regionala högspecialiserade vården.* Den pågående Indelningskommittén som har till uppgift att föreslå en ny läns- och landstingsindelning kan underlätta nivåstruktureringen i hälso- och sjukvården och ge huvudmännen möjlighet att klara den regionala högspecialiserade vården på egen hand.

- *Kvalitetsdata bör vara tillgänglig för allmänheten.* En öppen redovisning av volymer och medicinsk kvalitetsdata för den högspecialiserade vården anser vi bör utvecklas skyndsamt för att såväl patienter och medborgare som professioner ges tillgänglig information om dess kvalitet och effektivitet. Data om volymer kopplade till åtgärder eller behandlingar per enhet bör alltid redovisas. Det bör även införas en uppgift över hur många åtgärder av en viss typ varje behandlare har gjort i de patientadministrativa systemen eller i kvalitetsregister. Det borde också generellt vara så att verksamhetschefen har möjlighet att följa upp alla behandlares resultat på individnivå i kvalitetsregistren i form av dödlighet och komplikationer.
 - *Nationella prisöverenskommelser behövs för den högspecialiserade vården.* Landstingen bör samordna priserna för den högspecialiserade vården för att koncentrationen ska fungera och falla väl ut för patienterna. De nuvarande ersättningssystemen och regionala prisöverenskommelserna tycks varken tillmötesgå säljar- eller köparlandstingen. Detta faktum försvårar nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården och patientrörligheten över landstingsgränserna och därmed patienternas tillgång till bästa möjliga behandling.
 - *Nivåstrukturering av akutsjukvården behöver utredas.* Vi anser det angeläget att en särskild utredning tillsätts för att belysa behovet av och föreslå hur akutsjukvården kan nivåstruktureras. Det är viktigt att den högspecialiserade vården organiseras så att även akutuppdraget klaras av. Vi kan konstatera att en ökad koncentration av den högspecialiserade vården, främst på regional nivå, får konsekvenser för akutuppdraget. När enskilda sjukhus som en konsekvens av nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården inte längre utför vissa behandlingar, förlorar sjukhuset bl.a. viss kompetens. Beroende på i vilken omfattning det lokala sjukhusets vårdutbud ändras, påverkas därmed också dess förmåga att behandla de akuta patienter som kommer till akutmottagningen.
- Det kan bli svårt att säkra akutuppdraget om ingen hänsyn tas till akutuppdraget vid nivåstruktureringen av den regionala högspecialiserade vården. Detta kan i sig bli ett hinder för en ökad koncentration av den högspecialiserade vården. Samtidigt visar den vetenskapliga litteraturen att även akutsjukvården behöver tillräckliga patientvolymer för att kunna bedrivas med hög kvalitet och patientsäkerhet.
- *Nationella enhetliga standarder behövs för kommunikationslösningar för telemedicinska verktyg.* Vi stödjer E-hälsokommitténs ambition att få till nationella enhetliga standarder och tekniska krav som underlättar möjligheterna att kommunicera mellan landsting och mellan vårdenheter. Genom telemedicinska verktyg såsom video och andra tekniska hjälpmedel, kan avancerad vård bedrivas på distans utan att flytta på varken patienten eller specialistteamet och ändå upprätthålla tillräckliga patientvolymer. Men för att fördelarna med telemedicin ska kunna realiseras fullt ut, behöver det finnas en teknisk infrastruktur som är likvärdig och som kan kommunicera mellan vårdgivare och mellan landsting. I dagsläget använder sig landstingen av olika tekniska lösningar, vilket begränsar användningen över landstingsgränserna.

Maria Omberg
Område Patientsäkerhet
Tfn: 063-154303
E-post: maria.omberg@regionjh.se

2016-03-30

Dnr RS/138/2016

Socialdepartementet
s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs.regeringskansliet.se

Remissvar SOU 2015:102 Fråga Patienten! Nya perspektiv i klagomål och tillsyn (Dnr S2015/08100/FS)

Region Jämtland Härjedalen ställer sig positiv till slutbetänkandet och att utredningen har sitt fokus på att klagomålshanteringen utgår från patienternas behov och att patienternas erfarenheter effektivare ska tas till vara för att stärka hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet.

Region Jämtland Härjedalen delar utredningens bedömning att en viktig förutsättning för att klagomålssystemet ska bli mer ändamålsenligt är att hälso- och sjukvården blir mer patientcentrerad. Såväl kultur som arbetssätt behöver utvecklas så att klagomålshandling i ses som en given del i vårdens kvalitetsarbete och en drivkraft i verksamhetsutveckling.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordföranden

Björn Eriksson
Regiondirektör

Patientsäkerhet
Maria Omberg
Tfn:
E-post:

2016-03-30

RS/138/2016

Bilaga 1. Remissvar SOU 2015:102 Fråga Patienten! Nya perspektiv i klagomål och tillsyn (Dnr S2015/08100/FS)

Utredningens förslag

Patientens ställning stärks

Patientens klagomål hamnar rätt

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att det i patientsäkerhetslagen (2010:659) införs en bestämmelse som anger att om ett klagomål bör hanteras av en annan vårdgivare än den som mottagit klagomålet, bör mottagaren skyndsamt överlämna handlingar till rätt instans för den fortsatta hanteringen.

Information till patienten vid vårdskador

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att vårdgivaren ska vid vårdskador ha skyldighet att informera patienten om möjligheten att framställa klagomål och synpunkter och hur klagomålssystemet är uppbyggt. Vårdgivaren ska också informera om patientnämnden uppgift att hjälpa enskilda patienter att framföra klagomål och få svar av vårdgivaren. Patientsäkerhetslagen ska ändras så att detta framgår.

Ny lag om stöd vid klagomål

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att en ny lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården införs. I lagen ska anges att nämnderna ska hjälpa enskilda patienter att få svar av vårdgivaren samt hjälpa patienter att få den information som behövs för att kunna tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården och vända sig till rätt myndighet. Nämnderna ska även främja kontakter mellan patienter och vårdpersonal. Patientnämnderna ska kommunicera med patienter så som det är lämpligt med hänsyn till frågans eller klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information.

Vårdgivaren är skyldig att svara patientnämnden

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att det i patientsäkerhetslagen ska anges att om klagomål från patienter framförs genom nämnden är vårdgivaren skyldig att bistå nämnden i den utsträckning som behövs.

Särskilt stöd till barn

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att det i lagen om stöd vid klagomål ska anges att nämnden, om patienten är ett barn, särskilt ska beakta barnets bästa.

Patientnämnderna ska ha en självständig ställning

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag. Utredningen anser att det är viktigt att patienterna uppfattar patientnämnden som en självständig funktion som organisatoriskt sett är åtskild från vårdgivarna och från landstingets/regionens ledning. Det ökar legitimiteten och skapar trygghet för patienter att framföra synpunkter utan att riskera att få en sämre vård.

Patientklagomål ska bidra till vårdens utveckling

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att i lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården ska anges att nämnderna ska bidra till patientcentrering och hög patientsäkerhet genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma landsting/regionen och kommunen på riskområden och hinder för en patientcentrerad och säker vård.

Inget utökat stöd till grupper som inte omfattas av patientnämndens uppdrag

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag och delar utredningens bedömning att det inte finns skäl för att föreslå ett utökat stöd till de grupper som idag inte omfattas av patientnämndens uppdrag.

En patientcentrerad tillsyn

Vissa inspektioner ska vara oanmälda

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att det i patientsäkerhetslagen tydliggörs att inspektioner kan vara anmälda och oanmälda. Genom oanmälda inspektioner ges möjlighet att granska hur vården fungerar vid ett slumpvis valt tillfälle utan att några förberedelser har kunnat göras av verksamhetens ledning.

Patienterfarenheter ska ligga till grund för riskanalyser

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att det i patientsäkerhetslagen införs en bestämmelse som anger att IVO ska säkerställa att patienterfarenheter fortlöpande används som underlag för beslut om tillsynens inriktning och att myndigheten ska samverka med patientnämnden.

Patienter ska höras i tillsynen

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att det införs en bestämmelse i patientsäkerhetslagen som reglerar att IVO inom ramen för sin tillsyn ska höra patienter och närstående om de förhållanden som tillsynen rör, om detta inte är olämpligt eller obehövt.

Tillsyn över klagomålshanteringen

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att IVO bör sedan klagomålssystemet trätt i kraft genomföra en särskild tillsynsinsats för att granska vårdgivarnas klagomålshantering

Patientcentrerad utveckling av tillsynen

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att regeringen bör ge IVO i uppdrag att utveckla en patientcentrerad tillsyn

IVO:s utredningsskyldighet begränsas till vissa ärendetyper

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att det av patientsäkerhetslagen ska framgå att det inte finns någon begränsning för vilka klagomål IVO har möjlighet att utreda. IVO:s skyldighet att utreda ska begränsas till vissa ärendetyper och infalla först om berörd vårdgivare fått möjlighet att besvara klagomålet. Det rör sig om fall där patienten fått en sjukdom eller skada som uppkommit i samband med vård och som är bestående och inte ringa eller har lett till väsentligt ökat vårdbehov eller att patienten avlidit. Klagomål från patienter som är föremål för tvångsvård ska alltid utredas om klagomålet inte är uppenbart obefogat eller om det rör ett beslut som går att överklaga i domstol. IVO får avstå från att utreda klagomål om händelsen ligger mer än två år tillbaka i tiden.

IVO ska ta ställning till om ett handlande varit felaktigt eller inte

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att det ska anges att om ett klagomål har utretts ska IVO uttala sig om huruvida en åtgärd eller underlåtenhet av vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal strider mot lag eller annan föreskrift eller är olämplig med hänsyn till patientsäkerheten

IVO kan överlämna klagomål som inte först besvarats av vårdgivaren

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag att det i patientsäkerhetslagen anges att IVO får överlämna ett klagomål till vårdgivaren eller berörd patientnämnd om vårdgivaren inte fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

IVO behöver endast kommunicera handlingar i ärenden som utreds

Region Jämtland Härjedalen stöder utredningens förslag.

Utredningens bedömningar

Hälso- och sjukvården behöver bli mer patientcentrerad

Region Jämtland Härjedalen delar utredningens bedömning att en viktig förutsättning för att klagomålssystemet ska bli mer ändamålsenligt är att hälso- och sjukvården blir mer patientcentrerad. Såväl kultur som arbetssätt behöver utvecklas så att klagomålshantering i ses som en given del i vårdens kvalitetsarbete och en drivkraft i verksamhetsutveckling.



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2016-01-13

S2015/08100/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2016 -01- 18

Dnr...../...../20.....

**Remiss: Fråga patienten – Nya perspektiv i klagomål och tillsyn
(SOU 2015:102)**

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Justitiekanslern (JK)
3. Kammarrätten i Jönköping
4. Regelrådet
5. Riksrevisionen
6. Statskontoret
7. Barnombudsmannen
8. Folkhälsomyndigheten
9. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
10. Inspektionen för vård och omsorg
11. Myndigheten för delaktighet
12. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
13. Socialstyrelsen
14. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
15. Blekinge läns landsting
16. Dalarnas läns landsting
17. Gotlands kommun
18. Gävleborgs läns landsting
19. Hallands läns landsting
20. Jämtlands läns landsting
21. Jönköpings läns landsting
22. Kalmar läns landsting
23. Kronobergs läns landsting
24. Norrbottens läns landsting
25. Skåne läns landsting
26. Stockholms läns landsting
27. Södermanlands läns landsting
28. Uppsala läns landsting
29. Värmlands läns landsting

30. Västerbottens läns landsting
31. Västernorrlands läns landsting
32. Västmanlands läns landsting
33. Västra Götalands läns landsting
34. Örebro läns landsting
35. Östergötlands läns landsting
36. Patientnämnden i Blekinge läns landsting
37. Patientnämnden i Dalarnas läns landsting
38. Patientnämnden i Gotlands kommun
39. Patientnämnden i Gävleborgs läns landsting
40. Patientnämnden i Hallands läns landsting
41. Patientnämnden i Jämtlands läns landsting
42. Patientnämnden i Jönköpings läns landsting
43. Patientnämnden i Kalmar läns landsting
44. Patientnämnden i Kronobergs läns landsting
45. Patientnämnden i Norrbottens läns landsting
46. Patientnämnden i Skåne läns landsting
47. Patientnämnden i Stockholms läns landsting
48. Patientnämnden i Södermanlands läns landsting
49. Patientnämnden i Uppsala läns landsting
50. Patientnämnden i Värmlands läns landsting
51. Patientnämnden i Västerbottens läns landsting
52. Patientnämnden i Västernorrlands läns landsting
53. Patientnämnden i Västmanlands läns landsting
54. Patientnämnden i Västra Götalands läns landsting
55. Patientnämnden i Örebro läns landsting
56. Patientnämnden i Östergötlands läns landsting
57. Arvika kommun
58. Avesta kommun
59. Bergs kommun
60. Bjuvs kommun
61. Bodens kommun
62. Borlänge kommun
63. Dals-Eds kommun
64. Degerfors kommun
65. Ekerö kommun
66. Eslövs kommun
67. Gävle kommun
68. Hudiksvalls kommun
69. Härnösands kommun
70. Jönköpings kommun
71. Kalmar kommun
72. Landskrona kommun
73. Ljungby kommun
74. Malmö kommun
75. Skellefteå kommun
76. Piteå kommun
77. Skövde kommun

78. Sundsvalls kommun
79. Uddevalla kommun
80. Umeå kommun
81. Uppsala kommun
82. Vansbro kommun
83. Årjängs kommun
84. Örebro kommun
85. Östersunds kommun
86. Famna
87. Handikappförbunden
88. Kommunal
89. Lika Unika
90. Läkemedelsförsäkringen
91. Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
92. Nationellt kompetenscentrum för anhöriga
93. Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård (Nobab)
94. Nätverket unga för tillgänglighet
95. Patientförsäkringen LÖF
96. Praktikertjänst
97. PRO
98. Privattandläkarna
99. SPF Seniorerna
100. SACO
101. Svenska Läkaresällskapet
102. Svenska barnläkarföreningen
103. Svensk Förening för Allmänmedicin
104. Svensk sjuksköterskeförening
105. Svenskt Näringsliv
106. Sveriges folktandvårdsförening
107. Sveriges Kommuner och Landsting
108. Sveriges Konsumenter
109. Sveriges läkarförbund
110. Sveriges Tandläkarförbund
111. Vision
112. Vårdförbundet
113. Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha inkommit till Socialdepartementet **senast den 15 april 2016**. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se

I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer **S2015/08100/FS åberopas**.

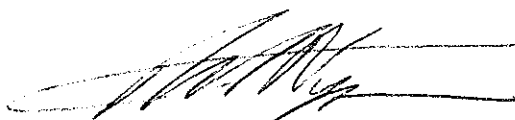
I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslaget eller materialet i rapporten. Om remissen är begränsad till en viss del av rapporten, anges detta inom parantes efter remissinstansens namn i remisslista. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcket det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens broschyr "*Svara på remiss. Hur och varför?*" Broschyren kan laddas ner från Regeringskansliets hemsida
<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/3652>

Frågor under remisstiden besvaras av Klara Granat, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, 08-405 17 38 eller klara.granat@regeringskansliet.se



Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

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

2016-04-05

RS/138/2016

Sammanfattning av Remiss Fråga patienten - Nya perspektiv i klagomål och tillsyn (SOU 2015:102)

[Länk till hela remissen](#)

Klagomålsutredningens uppdrag är att ge förslag på hur hanteringen av klagomål mot hälso- och sjukvården kan bli mer ändamålsenlig. Med ändamålsenlig menar vi att klagomålshanteringen utgår från patienternas behov, bidrar till ökad patientsäkerhet och är resurs-effektiv.

Brister i klagomålssystemet i dag

Klagomål mot hälso- och sjukvården kan framställas till vårdgivare, till patientnämnd i landsting eller kommun eller anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Utredningens kartläggning visar att de olika funktionerna i dagens klagomålssystem är otydliga för patienterna och att det inte är klart vart man ska vända sig för olika ändamål. Patienternas förväntningar överensstämmer inte heller med de olika aktörernas uppdrag, vilket leder till besvikelse och frustration. Det finns också brister och stor variation i vårdens bemötande av patienter som klagar.

När en patient anmäler fel i vården till IVO, tar det lång tid innan patienten får svar på sina frågor, och patientens perspektiv är ofta inte synligt i myndighetens beslut. Dagens klagomålssystem tar en betydande del av IVO:s resurser i anspråk. Av IVO:s totala kostnader går 28 procent till hanteringen av klagomål mot hälso- och sjukvården. Av de resurser som avsätts för tillsyn inom hälso- och sjukvårdsområdet går 60 procent till klagomålshanteringen. Detta minskar myndighetens möjlighet att bedriva en patientcentrerad tillsyn som är riskbaserad. Utredningen anser även att IVO gör för få inspektioner, och att det är en brist att patienterna inte intervjuas eller på andra sätt får komma till tals i samband med att en verksamhet granskas. Insamlandet av patienterfarenheter behöver även utvecklas i IVO:s riskanalys, och samarbetet med patientnämnderna fördjupas.

Utredningen drar också slutsatsen att det inte finns någon tradition i vården som innebär att man i tillräckligt hög grad ser värdet i patienternas synpunkter och reaktioner på den vård som ges. Det finns därför ingen systematisk användning av patienters erfarenheter i vårdens kvalitets- och patientsäkerhetsutveckling.

Utredningens uppfattning är att patientens svaga ställning i klagomålssystemet inte bara beror på ansvars- och resursfördelning utan i hög grad på kultur och värderingar. Det

behövs därför kultur-förändringar såväl i hälso- och sjukvården som hos IVO, som bidrar till att klagomålssystemet utgår från patientens perspektiv.

Vinster för patienten

Det klagomålssystem som utredningen föreslår bör, om det genom-förs, utvärderas utifrån om det bidragit till de vinster för patienterna som är syftet med förändringen. Utredningen ser följande vinster.

- Patienten får svar snabbare.
- Svaren från vårdgivaren till patienten är tydligare och ger förklaringar av vad som hänt.
- Det blir lättare för patienter att förstå vart man ska vända sig med klagomål.
- Det bedrivs en patientcentrerad tillsyn.
- IVO gör tydliga ställningstaganden huruvida en vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal har handlat felaktigt eller inte.
- Patienternas synpunkter, erfarenheter och klagomål används i utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Ett ändamålsenligt klagomålssystem

För att skapa ett ändamålsenligt klagomålssystem konstaterar utredningen att det krävs tre typer av åtgärder: förändrad och förtydligad ansvarsfördelning, förändrad resursfördelning samt kulturförändringar för en mer patientcentrerad vård. **SOU**

Patienten får svar

Patienten måste veta vart man ska vända sig med klagomål och syn-punkter och vem som har vilket ansvar. I delbetänkandet föreslog vi därför att det ska tas fram enhetlig nationell information om hur man gör för att klaga på vården, vart man ska vända sig och vilka förväntningar man kan ha.

I det nya klagomålssystem som vi föreslår ska patienten i första hand vända sig till vårdgivaren. Det är vårdgivaren som kan förklara vad som har hänt och som har möjlighet att vidta åtgärder som gör att patienterna får sina behov tillgodosedda, exempelvis genom upp-följande besök eller nya kontaktvägar. Vårdgivaren kan också bättre än någon annan beskriva vad som görs för att en negativ händelse inte ska inträffa igen samt vid behov ge patienten en ursäkt. Utredningen föreslog därför i delbetänkandet en bestämmelse som ger vård-givaren en preciserad skyldighet att hantera patienters klagomål. I detta betänkande föreslår vi att den som tar emot ett klagomål från patienten ska se till att det hamnar hos rätt vårdgivare.

Eftersom patienten är i beroendeställning gentemot vårdgivaren, måste ett fungerande klagomålssystem även innehålla en instans vars uppgift är att stödja patienten och verka för att vårdgivaren ger svar och förklaringar till det som inträffat. Vi har gjort bedömningen att patientnämnden ska ha den funktionen och föreslår en ny lag som ska reglera verksamheten. Av lagen framgår att nämndernas huvud-uppgift ska vara att hjälpa och stödja enskilda patienter att få svar av vårdgivaren. Patientnämnderna ska kommunicera med patienter så som det är lämpligt med hänsyn till frågans eller klagomålets art. Nämnderna ska, om patienten är ett barn, särskilt beakta barnets bästa. Vi menar att patientnämnden ska ha en självständig ställning som organisatoriskt sett är

åtskild från vårdgivarna och från lands-tingets ledning för att patienterna ska känna trygghet att framföra synpunkter utan att riskera att få en sämre vård.

Patientnämnden utgör tillsammans med vårdgivaren första linjen i det föreslagna systemet. Dessa aktörer kan i de flesta fall tillgodose patientens behov genom en snabb, personlig och informell hantering.

Vi föreslår också att nämnderna ska bidra till patientcentrering och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter. Riskområden och hinder för en säker och patientcentrerad vård som framkommit i analysen ska kommuniceras till landstinget eller kommunen. Dessa ska därför organisera sin verksamhet på ett sådant sätt att slutsatserna av de analyser som nämnderna gör tas om hand, och bidrar till att patienterfarenheterna tas till vara i hälso- och sjukvårdens utveckling.

Patientcentrerad tillsyn

IVO:s roll i klagomålssystemet är att pröva patienters klagomål och uttala sig om huruvida en åtgärd eller underlåtenhet av vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal strider mot lag eller annan före-skrift eller är olämplig med hänsyn till patientsäkerheten. IVO måste på ett tydligt sätt ta ställning till om ett handlande varit författnings-enligt eller inte.

Vi anser också att IVO ska bedriva en patientcentrerad tillsyn. Med patientcentrerad tillsyn menar utredningen en tillsyn som för det första är riskbaserad och förebyggande på ett sätt som bidrar till att förhindra vårdskador och kan leda till kvalitetsförbättringar ur patientens perspektiv. IVO ska prioritera insatser mot missförhållanden som bedöms få en påtaglig betydelse för patienters säkerhet. På motsvarande vis ska tillsynen i lägre grad inriktas på områden där sådana risker inte förekommer eller där de är små. En patientcentrerad tillsyn ser också till vårdens sammanlagda resultat för patienten och granskar inte bara ledningssystem eller egenkontroll hos en vårdgivare i taget. En patientcentrerad tillsyn förutsätter vidare att patientens erfarenheter, kunskap och iakttagelser får stor plats både när tillsynen planeras och när den genomförs. Vi menar även att tillsyn i mycket högre grad ska bedrivas där vård utförs, exempelvis på sjukhus och vårdcentraler, och bygga på direkt-kontakter med patienter, vårdpersonal och ledning – inte främst på skriftliga underlag. Utredningen föreslår att regeringen ger IVO i uppdrag att utveckla en patientcentrerad tillsyn.

En förutsättning för att IVO:s tillsyn ska utvecklas i en sådan riktning är emellertid att resurserna omfördelas. Detta är också en förutsättning för att patientnämndens roll ska kunna utvecklas på det sätt som beskrivits ovan. Omfördelningen av resurser ska ske genom att IVO:s utredningsskyldighet begränsas. Vi har noga övervägt förslaget eftersom det innebär en begränsning av patientens rättighet att få en oberoende prövning av en händelse i vården. Begränsningen är dock nödvändig, eftersom ett nytt klagomålssystem, som i högre grad utgår från patienternas behov, förutsätter att resurserna i systemet fördelas på ett annat sätt. I dag går över 60 procent av IVO:s resurser för tillsyn av hälso- och sjukvården till hand-läggningen av klagomål medan endast 9 procent används för att på eget initiativ granska verksamheter i hälso- och sjukvården.

Vi har i våra beräkningar visat att en begränsad utrednings-skyldighet för IVO frigör cirka 75 miljoner kronor. Delar av dessa medel menar vi ska användas för att förstärka patientnämnderna, så att de kan hjälpa patienterna att få svar från vårdgivaren och så att analyser av brister och risker ur ett patientperspektiv kan göras. Vi anser emellertid att merparten av resurserna ska vara kvar på IVO i syfte att ge utrymme för en patientcentrerad tillsyn. Våra beräkningar visar att den föreslagna förändringen ger utrymme för exempelvis 813 fler inspektioner per år samtidigt som patientnämnderna för-stärks. Detta ska jämföras med knappt 300 inspektioner som genom-fördes år 2014. Den begränsade utredningsskyldigheten innebär att IVO ska ha skyldighet att pröva klagomål först när vissa förutsättningar är uppfyllda. Den första är att vårdgivaren ska ha givits möjlighet att besvara klagomålet. Den andra är att klagomålet är av en viss allvarlighetsgrad. IVO ska vara skyldig att utreda ärenden där patienten i samband med hälso- och sjukvård har fått en sjukdom eller skada som är bestående och inte ringa, eller har lett till ett väsentligt ökat vårdbehov eller att patienten avlidit. Klagomål från patienter som är föremål för viss tvångsvård ska alltid utredas om de inte är uppenbart obefogade eller rör beslut som kan överklagas till domstol. Utredningsskyldigheten omfattar även händelser i vården som påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning. IVO får avstå från att utreda klagomål om händelsen ligger mer än två år tillbaka i tiden.

Patientcentrerad vård

Utredningen anser att författningsändringar inte kommer att vara tillräckliga för att skapa ett ändamålsenligt klagomålssystem som tillgodoser patienternas behov. Myndigheten för vård- och omsorgs-analys undersökningar har visat att många författningar, som i vissa fall gällt i mer än 30 år, inte följs fullt ut av vården. En tolkning av detta är att lagstiftning har sina begränsningar som metod för att skapa förändring i hälso- och sjukvården. Vi menar därför att en ändamålsenlig klagomålshantering även förutsätter att vårdens kultur och arbetssätt utvecklas mot en patientcentrerad vård. De attityder som krävs när en patient eller närstående klagar måste utgå från patientens upplevelse av en händelse för att vårdgivaren ska kunna bemöta klagomålet på ett adekvat sätt. Vidare måste synpunkter och klagomål i större utsträckning användas som en kunskapskälla och drivkraft för verksamhetsutveckling.

Utredningen har i betänkandet valt att använda begreppet patientcentrerad vård men anser dock att en utveckling mot både en patientcentrerad- och en personcentrerad hälso- och sjukvård skapar förutsättningar för en ändamålsenlig klagomålshantering. För att åstadkomma en sådan utveckling krävs förändringar på systemnivå. Enligt vår uppfattning handlar detta om

- styrning,
- ledarskap,
- utrymmet för att använda professionell kunskap, samt
- patientinvolvering.

Vi anser därför att varje sjukvårdshuvudman och vårdgivare bör utveckla sin verksamhet mot en mer patientcentrerad hälso- och sjukvård med fokus på ovanstående områden. Om regeringen avser att stimulera utvecklingen mot en patientcentrerad vård bör inriktningen koncentreras på dessa områden.

Patientnämndens kansli
Agneta Ingvarsson
Tel 063-147584
E-post: agneta.ingvarsson@regionjh.se

2016-03-13

Dnr **2016-7A**

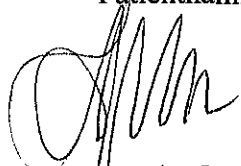
Socialdepartementet
s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Remissvar angående SOU 2015:102 Fråga patienten! Nya perspektiv i klagomål och tillsyn (Dnr S2015/08100/FS)

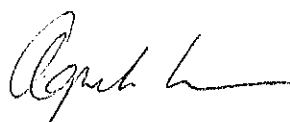
Patientnämnden i Region Jämtland Härjedalen ser positivt på att initiativ tagits för att arbeta fram en ändamålsenlig hantering av klagomål på hälso- och sjukvården och är nöjd med de förslag som presenteras. Det är mycket bra med ett tydligt fokus på patient och närståendes behov samt att klagomålshanteringen ska vara resurseffektiv och bidra till en ökad patientsäkerhet.

Nämnden delar utredningens bedömning att en viktig förutsättning för att klagomålssystemet ska bli ändamålsenligt är att hela hälso- och sjukvården blir mer patientcentrerad. Nämnden samtycker till utredningens alla förslag med ett undantag: Nämnden håller fast vid sin uppfattning att den föreslagna begränsningen av utredningsskyldigheten för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) innebär en alltför stor inskränkning av patienternas rätt att kunna få en oberoende granskning av sitt ärende.

Patientnämnden i Region Jämtland-Härjedalen



Harriet Jorderud
Ordförande



Agneta Ingvarsson
Kanslichef

För kännedom till:
Regionfullmäktiges presidium
Regionstyrelsen

Ekonomi- och personalavdelningen
Lena Larsson
Tfn: 063-14 77 28
E-post: lena.larsson@regionjh.se

2016-04-05

RS/353/2016

Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Svar till regionens revisorer på granskning av upphandling av konsulttjänster

Region Jämtlands Härjedalens verksamheter ska drivas på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Upphandling ska genomföras i enlighet med gällande lagstiftning och regelverk och ge god hushållning med organisationens resurser.

Revisionsrapporten gällande granskning av upphandling av konsulttjänster har visat på förbättringsmöjligheter gällande tydlighet avseende ansvarsfördelning i upphandlingsprocessen samt uppföljning av fakturor och avtal.

Det konstateras även att det finns ett behov av en tydligare kommunikation av regler och riktlinjer i organisationen.

Upphandlingsenheten kommer att genomföra förbättringar i enlighet med revisionsrapportens bedömning och rekommendation.

Dokumentet Riktlinjer för direktupphandling kommer att uppdateras för att vara aktuellt och följa regiondirektörens och regionala utvecklingsnämndens gällande delegationsbestämmelser. Planen är att dokumentet ska vara uppdaterat 2015-05-31.

Upphandlingsenheten kommer under 2016 att arbeta med att ta fram en kommunikationsplan för att säkerställa kommunikationsvägar av information innan och efter upphandling.

Under 2015 beslutades att tillsätta en ny tjänst som avtalscontroller på upphandlingsenheten. Tjänsten är tillsatt från och med maj 2016. I avtalscontrollerns arbetsuppgifter ingår bland annat att informera om avtal i organisationen och att ta fram arbetsmetoder för att säkerställa avtalsuppföljning.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

Regionens revisorer

2016-02-15

Dnr: REV/28/2015

Revisionsdirektör Leif Gabrielsson
Tfn: 063-147528

Regionstyrelsen

Granskning av upphandling av konsulttjänster

På vårt uppdrag har revisionskontoret genomfört en granskning av konsulttjänster. Granskningens syfte har varit att svara på om den interna kontrollen vid upphandling av konsulter är säkerställd avseende rutiner, ansvar och uppföljning. Granskningen har inte omfattat vårdpersonal.

I granskningen har framkommit att det finns ett behov av att tydliggöra styrningen av när och av vem upphandling ska ske. Som exempel hänvisar riktlinjen för direktupphandling till en befogenhetsplan som inte längre gäller och riktlinjen saknar en koppling till vad den regionala utvecklingsnämnden har att förhålla sig till.

Vi har även noterat brister i kommunikationen av bestämmelserna för upphandling, både mellan regionstaben och verksamheterna och även inom regionstaben. Regiondirektören har fattat ett delegationsbeslut om att regionens avtal ovillkorligen ska följas, att avtalsuppföljning ska ske och att varor och tjänster som saknar avtal ska upphandlas på rätt sätt i samråd med upphandlingsenheten. Beslutet är tämligen okänt och granskningen har visat att uppföljning av fakturor mot avtal inte genomförs av alla vilket innebär att det finns en risk att regionen inte har kontroll över vad man betalar för.

Resultatet av granskningen i sin helhet redovisas i bifogad revisionsrapport och de delar vi revisorer särskilt vill lyfta fram i rapportsammandraget. Vi emotser senast **den 2 maj 2016** en redovisning av vilka åtgärder regionstyrelsen vidtagit eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Region Jämtland Härjedalens revisorer


Annelie Bengtsson
Ordförande


Bernt Söderman
Vice ordförande

Bilaga

Revisionsrapport "Granskning av upphandling av konsulttjänster"
Rapportsammandrag "Granskning av upphandling av konsulttjänster"

Kopia till

Regionala utvecklingsnämnden
Regiondirektören
Bitr. regiondirektören
Upphandlingschef



REVISIONSRAPPORT
**Granskning av
upphandling av konsulter**

Ansvarig: Therese Norrbelius

Innehållsförteckning

1	INLEDNING/BAKGRUND	3
1.1	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	3
1.2	REVISIONSKRITERIER.....	3
1.3	METOD	4
1.4	DISPOSITION	4
2	RESULTAT.....	4
2.1	RIKTLINJER OCH REGLER.....	4
2.1.1	Iakttagelser	5
2.2	RUTINER I UPPHANDLINGSPROCESSEN	5
2.2.1	Rutiner för initiering av upphandling	6
2.2.2	Uppdragsbeskrivning	6
2.2.3	Ekonomidirektörens godkännande	6
2.2.4	Ny tjänst ska kartlägga regionens behov	6
2.2.5	Bedömning	6
2.3	TYDLIGA KRAV I UPPHANDLINGARNA	7
2.3.1	Juridiska mallar säkerställer att lagar och krav efterlevs.....	7
2.3.2	Varierande tydlighet i förfrågningsunderlaget.....	7
2.3.3	Urval och transparens.....	7
2.3.4	Bedömning	7
2.4	ANSVARSFÖRDELNINGEN I UPPHANDLINGSPROCESSEN	8
2.4.1	Något otydligt men beskrivningarna är enhetliga.....	8
2.4.2	Bevakning av avtalens löptider	8
2.4.3	Upphandlingsenheten är en "flaskhals".....	8
2.4.4	Bedömning	9
2.5	FÖLJSAMHET TILL POLICY OCH REGIONDIREKTÖRENS DELEGATIONSBeslut	9
2.5.1	Uppföljning för att säkerställa att avtal följs.....	9
2.5.2	Bedömning	10
2.6	UTVÄRDERING AV UPPHANDLAD KONSULT	11
2.6.1	Insamling av synpunkter sker inför ny förlängning	11
2.6.2	Bedömning	11
2.7	SVAR PÅ REVISIONSFRÅGOR.....	11
2.7.1	Bedömning och rekommendation.....	12
3	ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE	12

1 INLEDNING/BAKGRUND

En ändamålsenlig upphandlingsprocess är grundläggande för att tillgodose att resurserna inom Region Jämtland Härjedalen nyttjas rätt. Om den interna kontrollen inte är säkerställd i processen finns en risk för att det som upphandlas har kvalitetsbrister och att konkurrensen inte nyttjats.

Revisorerna har i tidigare granskning¹ noterat brister avseende uppföljningen av avtal inför förlängning eller ny upphandling, då det bl.a. framkom att rutiner saknades för insamling av enheternas synpunkter och erfarenheter på gällande avtal. Revisorernas verifieringsgranskning har även visat att det förekommer otydligheter i fakturaunderlag avseende upphandlade konsulttjänster vilket försvårar kontrollen av att ingångna avtal följs.

Regionens revisorer har utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en granskning av regionens upphandling av konsulttjänster. Granskningen ingår i revisionsplan för år 2015.

1.1 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningens syfte är att svara på om regionstyrelsen har säkerställt den interna kontrollen avseende upphandling av konsulter.

Revisionsfrågor

För att uppnå granskningens syfte ska följande revisionsfrågor besvaras:

- Har styrelsen säkerställt att riktlinjer och rutiner följs för att uppnå en tillfredställande kontroll av att regionens behov av konsulttjänster tillgodoses?
- Finns rutiner för att säkerställa att tydliga och adekvata krav ställs i upphandlingarna?
- Är ansvarsfördelningen i upphandlingsprocessen tydlig?
- Görs uppföljning av att avtal och fakturering överensstämmer med det som upphandlats?
- Görs utvärderingar av upphandlade konsulter?

Avgränsning

Granskningen är avgränsad till år 2015 och avser konsulttjänster som upphandlats av regionen inom IT, fastighet och regionala utvecklingsnämndens verksamhet. Upphandling av vårdpersonal har inte ingått i granskningen.

1.2 REVISIONSKRITERIER

Uppfylls kraven på:

- Kommunallag (1991:900) 6 kap. 7 §
- Lag (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU)
- Regionplan 2015-2017 (LS/1811/2013)
- Jämtlands läns landstings upphandlingspolicy (LS/1509/2012)
- Riktlinjer för direktupphandling (LS/1007/2014)

¹ REV/14/2011

1.3 METOD

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och analys av stickprov. Substansgranskning har gjorts i erforderligt utsträckning för att verifiera gjorda utsagor.

Intervjuer har gjorts med regionens upphandlingschef, fastighetschef, IT-chef samt områdeschef och ekonomichef för regionala utvecklingsnämnden. Syftet med intervjuerna har varit att kartlägga hur rutinerna för upphandling av konsulttjänster ser ut och hur uppföljning av dessa avtal genomförs. De intervjuade har getts möjlighet att faktagranska ett utkast av rapporten.

Stickprov av fakturor har gjorts för att kontrollera om gällande avtal finns. Namngiven fakturareferens har per mail eller telefon beskrivit rutinen för uppföljning av faktura mot avtal.

1.4 DISPOSITION

Rapportens resultat inleds med en översiktlig beskrivning av regionens bestämmelser för upphandling. Därefter presenteras granskningens iakttagelser och vår bedömning för respektive revisionsfråga. Rapportens resultat med svar på revisionsfrågorna, vår bedömning och lämnade rekommendationer presenteras i kapitel 2.7.

2 RESULTAT

2.1 RIKTLINJER OCH REGLER

Upphandlingspolicy

Enligt regionens upphandlingspolicy (LS/1509/2015) ska allt som regionen betalar för upphandlas och samtliga verksamheter ska tillämpa gällande avtal.

Riktlinjer för direktupphandling

Av riktlinjer för direktupphandling (LS/1007/2014) framgår att direktupphandling ska genomföras affärsmässigt och med utnyttjande av de konkurrensmöjligheter som finns. Vid varje direktupphandling ska det övervägas på vilket sätt konkurrensen bäst kan tas tillvara. Innan beslut om direktupphandling ska följande åtgärder vidtas:

- ❖ Kontroll av att tjänsten inte redan finns på ramavtal
- ❖ Kontroll av om andra verksamheter har samma behov
- ❖ Uppskatta värdet av det som ska upphandlas
- ❖ Säkerställa att upphandlingens värde inte är högre än gränsvärdet för direktupphandling

Gränsvärdet för offentlig upphandling var vid granskningens genomförande² 505 800 kr. Om behovet är återkommande ska värdet beräknas på fyra år.

Regiondirektörens delegationsbestämmelser

Riktlinjer för direktupphandling är beslutade av fullmäktige och hänvisar till landstingsdirektörens befogenhetsplan som efter beslut 2015-08-15 ersatts av

² År 2015

regiondirektörens delegationsbestämmelser. Enligt regiondirektörens bestämmelser³ ska samråd med upphandlingsenheten ske vid all upphandling, förutom vid för direktupphandling av tjänster där upphandlingens värde understiger 2 prisbasbelopp⁴.

Vidare ska upphandlingar över 250 tkr godkännas av ekonomidirektören i samråd med upphandlingsenheten. Beslut om upphandling av konsulttjänster under 250 tkr, är delegerat till respektive centrumchef eller stabschef.

Regionala utvecklingsnämndens delegationsbestämmelser

Regionala utvecklingsnämnden har en egen delegationsbestämmelse (RUN/6/2015). Enligt den får områdeschef genomföra direktupphandling upp till ett respektive två prisbasbelopp och upphandling upp till tröskelvärdet 505 800 kr. Förvaltningschefen får upphandla tjänster utan övre gräns med undantag för sådana tjänster som ska vara föremål för politiska beslut.

Regiondirektörens delegationsbeslut

2015-02-23 beslutade regiondirektören att:

- ❖ Regionens avtal ovillkorligen ska följas
- ❖ Undantag kan endast göras vid synnerliga skäl. Vid avsteg ska detta alltid tillstyrkas av överordnad chef samt godkännas av ekonomidirektören.
- ❖ Om avtal inte finns för tjänsten ska ett upphandlingsuppdrag lämnas till upphandlingsenheten.
- ❖ Varor och tjänster som saknar gällande avtal ska upphandlas på rätt sätt och ett upphandlingsuppdrag ska upprättas och lämnas på upphandlingsenheten.

I ärendebeskrivningen framgår att regionens samtliga verksamheter ska tillämpa gällande avtal och all upphandling ska ske enligt gällande regler, även vid direktupphandling.

2.1.1 Iakttagelser

- ✓ Riktlinjer för direktupphandling hänvisar till ett dokument som inte längre gäller. Landstingsdirektörens befogenhetsplan ersattes 2015-08-15 av regiondirektörens delegationsbestämmelser och har tillsammans med de tidigare delegationsbestämmelserna arbetats samman till ett och samma dokument.
- ✓ Det saknas hänvisning i riktlinjerna vad regionala utvecklingsnämnden ska förhålla sig till.
- ✓ Landstingsdirektörens befogenhetsplan fanns kvar i ledningssystemet. Samordningskansliet har efter att vi påtalat detta tagit bort det gamla dokumentet.
- ✓ Enligt regionala utvecklingsnämndens arbetsutskotts protokoll kommer nämndens delegationsbestämmelser att revideras och utskottet har i den nya versionen föreslagit att samråd ska ske vid upphandling över ett respektive två prisbasbelopp, upp till tröskelvärdet.

2.2 RUTINER I UPPHANDLINGSPROCESSEN

Revisionsfråga: Har styrelsen säkerställt att riktlinjer och rutiner följs för att uppnå en tillfredställande kontroll av att regionens behov av konsulttjänster tillgodoses?

³ RS/235/2015

⁴ Ett prisbasbelopp är 44 500 kr år 2015 (gränsen var därmed 89 000kr år 2015)

2.2.1 Rutiner för initiering av upphandling

Regionens behov av konsulttjänster identifieras på olika sätt.

Fastighetsenheten intervjuar verksamheterna under året för att identifiera deras behov och önskemål. Ett investeringsråd⁵ tar utifrån det insamlade underlaget fram en plan för fastighetsinvesteringar som slutligen godkänns av fullmäktige. Investeringsplanen ligger till grund för vilka tjänster som krävs förutom interna resurser.

Regionala utvecklingsnämndens behov av konsulttjänster uppkommer oftast i de projekt som startas och pågår under en begränsad tid. Om tjänsten då kostnadsberäknas till över 2 prisbasbelopp, eller om man misstänker att någon annan inom regionen har behov av motsvarande tjänst, uppges att rutinen är att upphandlingsenheten kontaktas.

Vissa konstnärliga tjänster upphandlas dock inte, t.ex. vid anlitan av en specifik manusförfattare eller dirigent. Ett sådant uppdrag kan uppgå till 100 tkr, dvs. över 2 prisbasbelopp. Enligt riktlinjerna för direktupphandling, som grundar sig i LOU, är denna typ av direktupphandling tillåten i tillämplig omfattning om det på grund av konstnärliga skäl bara kan fullgöras av en viss leverantör⁶.

2.2.2 Uppdragsbeskrivning

Alla upphandlingsuppdrag till upphandlingsenheten kräver en uppdragsbeskrivning formulerad av verksamheten. Upphandlingschefen uppger att alla tjänster vars värde överstiger 2 prisbasbelopp kräver detta. Beskrivningen skickas till upphandlingsenheten där en ansvarig upphandlare utses.

2.2.3 Ekonomidirektörens godkännande

Enligt de delegationsbestämmelser⁷ som beslutades 2015-08-15 ska alla upphandlingar över 250 tkr godkännas av ekonomidirektören i samråd med upphandlingsenheten. Detta har inte skett. Anledningen uppges vara att varken upphandlingschefen eller ekonomidirektören informerats om att delegationsbestämmelserna förändrats.

2.2.4 Ny tjänst ska kartlägga regionens behov

För att inventera regionens befintliga avtal och övergripande kartlägga behovet av vad som behöver upphandlas kommer en controller att anställas hos upphandlingsenheten under 2016. På sikt kommer kontrollern följa upp utvalda avtal mer ingående för att se till att regionen upphandlar rätt saker och att upphandling sker på ett ändamålsenligt sätt.

2.2.5 Bedömning

Vi bedömer att det finns rutiner för att identifiera regionens behov och initiera upphandling och ser positivt på att det skapas bättre förutsättningar för identifiera regionens behov i och med att en controllerfunktion kommer att inrättats.

Vi ser dock ett behov av en tydligare styrning och kommunikation om vilka bestämmelser som gäller, både inom regionstaben och mellan regionala utvecklingsnämndens verksamhet och regionstaben.

⁵ Tidigare fanns en "lokalgrupp" bestående av bl.a. centrumcheferna vars tjänster i och med omorganisationen upphör.

⁶ LOU 4 kap. 5 §

⁷ RS/235/2015 3.1.8.3 Övrig upphandling

2.3 TYDLIGA KRAV I UPPHANDLINGARNA

Revisionsfråga: Finns rutiner för att säkerställa att tydliga och adekvata krav ställs i upphandlingarna?

2.3.1 Juridiska mallar säkerställer att lagar och krav efterlevs

I regionens upphandlingspolicy framgår att upphandling ska ske med krav och villkor i tillämpliga delar med hänsyn till ekonomi, funktion, kvalitet, patient- och personalsäkerhet, miljö, jämställdhet, tillgänglighet, icke-diskriminering samt sociala hänsyn.

För att kontrollera att regionens regler och gällande lagar följs tillämpas, enligt uppgift, juridiska mallar i regionens upphandlingsverktyg Avantra. Mallarnas aktualitet säkerställs genom löpande genomgång och uppdatering av upphandlingsenheten tillsammans med regionens jurist.

2.3.2 Varierande tydlighet i förfrågningsunderlaget

När det gäller konsultupphandlingar varierar kraven och tydligheten beroende på vilken sorts upphandling det rör sig om. Vid specifika konsultupphandlingar t.ex. IT-stabens upphandling av vårdsystem, var förfrågningsunderlaget mycket tydligt. En sådan omfattande upphandling kräver, enligt uppgift, mycket planering, framförhållning och stora personalresurser. Stora delar av verksamheterna involverades för att säkerställa att ändamålsenliga funktionskrav ställs i förfrågningsunderlagets kravbilagor och framtagandet av förfrågningsunderlaget genomfördes i flera delprojekt.

Enligt uppgift är det vid tjänsteupphandlingar svårt att ställa tydliga krav på kvalitet utan att diskriminera någon enligt lagen om offentlig upphandling. Även om man har goda erfarenheter av en leverantör får inte förfrågningsunderlaget utformas så att det gynnar denna framför andra.

2.3.3 Urval och transparens

Vid upphandlingen av vårdsystem krävdes ett omfattande arbete med att vikta urvalskriterierna och att beskriva vad som krävs av entreprenören för att uppnå de olika kraven. Det förfrågningsunderlag som togs fram uppges har klargjort vad som gällde vid bedömningen av inkomna anbud och underlättade bedömningen.

En tydlig transparens vid tilldelningen är, enligt uppgift, prioriterad för att inte riskera att upphandlingen överklagas. En av de intervjuade beskriver att deras rutin är att bjuda in alla anbudsgivare till genomgång av alla krav och viktningar som gjorts i utvärderingen, vilket enligt uppgift, varit uppskattat av leverantörerna.

2.3.4 Bedömning

Vi bedömer att kombinationen av stabernas specialistkunskaper, verksamheternas krav på funktion, den juridiska kompetens som finns att tillgå inom regionen och upphandlingsenhetens kunskap ger goda förutsättningar att de krav som ställs i upphandlingarna är ändamålsenliga.

Den eftersträvan av transparens som beskrivits ger förutsättningar för anbudsgivarna att dels förstå gjorda bedömningar, dels ge underlag för överprövning om de anser att fel begåtts.

2.4 ANSVARSFÖRDELNINGEN I UPPHANDLINGSPROCESSEN

Revisionsfråga: Är ansvarsfördelningen i upphandlingsprocessen tydlig?

2.4.1 Något otydligt men beskrivningarna är enhetliga

Den som delegerats att genomföra regiongemensamma upphandlingar av varor och tjänster ansvarar för att upphandlingsenheten tillses rätt kompetens och är den som undertecknar tilldelningsbeslut och avtal⁸.

Ansaret i upphandlingsprocessen är enligt några av de intervjuade inte helt tydligt, men samtliga har beskrivit en enhetlig bild av hur de uppfattat sitt ansvar. Beställarna ser sig själva som ytterst ansvarig i alla delar, från att följa LOU till att det som upphandlats faktiskt är det regionen behöver. De ansvarar för att inventera och beskriva behovet och ser upphandlingsenheten som ett stöd för att genomföra upphandlingen på ett ändamålsenligt sätt fram till tilldelningsbeslut fattats.

Vid behov kan ansaret i processen tydliggöras i en *Överenskommelse om upphandlingsuppdrag*, ett dokument framtaget av upphandlingsenheten. Vanligen har verksamheterna ett bra samarbete med upphandlarna och har klart för sig hur fördelningen ser ut.

2.4.2 Bevakning av avtalens löptider

Bevakning av avtalstider för regiongemensamma upphandlingar av varor och tjänster hanteras av upphandlingsenheten⁹. För övriga upphandlingar ligger ansaret på den som ingått avtal. Upphandlingsenheten är dock ett stöd i bevakningen under förutsättning att avtalet registrerats i regionens upphandlingssystem Avantra där bevakningen sker.

Ett år innan avtalet löper ut skickar systemet en påminnelse, och rutinen är då enligt uppgift att upphandlingsenheten tar kontakt med beställaren för att stämma av om förlängning ska ske eller om en ny upphandling behöver initieras. Om förlängning ska ske kan systemet påminna tre månader innan löptiden går ut.

Vi har noterat att alla ramavtal inte är registrerade i Avantra, detta är dock inget krav. Enligt uppgift tillämpar t.ex. fastighetsenheten en egen bevakning av sina avtal via Insidan¹⁰. Vid intervjun uppgavs att det vid något enstaka tillfälle glömts att initiera ny upphandling när befintligt avtal löpt ut. Detta uppges dock röra sig om mindre belopp.

IT-staben bevakar inte sina avtal på något formellt sätt utöver Avantra. Det ingår i det dagliga arbetet att följa upp dessa. Utöver IT-chefen finns ytterligare minst en medarbetare som är praktiskt ansvarig var varje avtal. De stora avtalen måste även planeras in i verksamheten redan året innan det är aktuellt för att säkra att resurser finns, vilket uppges minimera risken att förbise löptiderna.

Vid regionala utvecklingsnämnden är de flesta upphandlade konsulterna kopplade till projekt vilket innebär att förlängningar eller nya upphandlingar av samma tjänst sällan krävs.

2.4.3 Upphandlingsenheten är en "flaskhals"

Upphandlingsenheten anser sig inte vara tillräckligt bemannad för att hinna med sina uppdrag. De intervjuade vid verksamheterna beskriver enheten som en "flaskhals" och det förekommer ibland att avtal måste "nödförlängas" med anledning av detta.

⁸ Delegationsbestämmelser för regiondirektören i Region Jämtland Härjedalen RS/235/2015

⁹ Delegationsbestämmelser för regiondirektören i Region Jämtland Härjedalen RS/235/2015

¹⁰ Insidan är regionens internetstartside för anställda

Vid regionens upphandling av vårdsystemet, som tidigare nämndes, var den ordinarie upphandlaren sjukskriven vilket innebar att extern konsult med expertkunskaper anlätades för att klara av hela processen. Annonsering och formalia gjordes av upphandlingschefen, men förfrågningsunderlaget, utvärderingen och förhandlingar avseende avtalet handhades av konsulten.

2.4.4 Bedömning

Ansvaret är inte formellt klarlagt, men utifrån de beskrivningar vi fått är vår bedömning att de verksamhetsansvariga har en god bild av ansvaret och fördelningen av arbetet i upphandlingsprocessen.

Upphandlingsenhetens bristande möjligheter att hjälpa verksamheterna uppges vara ett problem. Med anledning av att de nya delegationsbestämmelserna och direktörens beslut som hänvisar till att samråd ska ske med upphandlingsenheten bör enhetens förutsättningar ses över.

2.5 FÖLJSAMHET TILL POLICY OCH REGIONDIREKTÖRENS DELEGATIONSBeslut

Av regionens upphandlingspolicy framgår bl.a. följande punkter:

- ❖ Upphandling ska genomföras i enlighet med gällande lagstiftning och regelverk och med iakttagande av regionens politiska beslut, inriktningsdokument och policy.
- ❖ Allt som regionen betalar för ska upphandlas. Vissa undantag nämns.

I regiondirektörens delegationsbeslut¹¹ framgår att:

- ❖ Regionens avtal ovillkorligen ska följas
- ❖ Undantag kan endast göras vid synnerliga skäl. Vid avsteg ska detta alltid tillstyrkas av överordnad chef samt godkännas av ekonomidirektören.
- ❖ Om avtal inte finns för tjänsten ska ett upphandlingsuppdrag lämnas till upphandlingsenheten.
- ❖ Varor och tjänster som saknar gällande avtal ska upphandlas på rätt sätt och ett upphandlingsuppdrag ska upprättas och lämnas på upphandlingsenheten.

Enligt upphandlingschefen gäller ovanstående när värdet överstiger ett prisbasbelopp för varor och två prisbasbelopp för tjänster¹². I delegationsbestämmelserna¹³ framgår att kostnadsställeansvarig får direktupphandla enstaka konsulttjänster upp till gränsvärdet.

Vidare uppges att det inte finns något krav på att avtal ska tecknas för dessa tjänster, men att man från upphandlingsenheten uppmuntrar till detta för att säkerställa att konsultens uppdrag genomförs enligt överenskommelse.

Syftet med beslutet är enligt upphandlingschefen att allt ska över prisbasbeloppsgränserna ska upphandlas och det som inte redan är upphandlat ska upphandlas genom att involvera upphandlingsenheten.

2.5.1 Uppföljning för att säkerställa att avtal följs

Revisionsfråga: Görs uppföljning av att avtal och fakturering överensstämmer med det som upphandlats?

¹¹ RS/440/2015

¹² Prisbasbelopp 44 500 kr år 2015

¹³ Delegationsbestämmelser för regiondirektören i Region Jämtland Härjedalen RS/235/2015

De intervjuade cheferna inom regiondirektörens förvaltning känner till direktörens delegationsbeslut, och uppger att rutin för detta följs. De intervjuade vid regionala utvecklingsnämnden kände inte till beslutet, men uppgav de att det finns rutiner för att avstämning sker. Enligt uppgift har över 70 % av nämndens tjänsteupphandlingar koppling till projektverksamhet vilket i sin tur ställer höga krav på denna typ av uppföljning för att projektmedel ska erhållas.

Uppföljningen uppges genomföras löpande av den som är närmast berörd av arbetet dvs. den som avropat tjänsten, är avtalsansvarig eller projektledare. Om fakturan inte innehåller det som avtalats ska den skickas tillbaka för tydligare specificering eller korrigering.

Stickprov för kontroll av att avtal finns och om uppföljning görs

För att få en indikation över huruvida regionens avtal tillämpas har vi gjort en mindre stickprovskontroll av tio fakturor på tre konton där konsulttjänster bokförs.

Utifrån de stickprov som gjorts har de som står som regionens referens tillfrågats om och hur de säkerställer att fakturan överensstämmer med vad som avtalats.

Fyra av fem leverantörer är upphandlade

Fem av de tio fakturornas leverantörer har ett sammanlagt värde på över 2 prisbasbelopp, vilket innebär att upphandling ska ske i samråd upphandlingsenheten. Av dessa fem finns avtal med fyra. Anledningen till att den femte leverantören inte upphandlats är, enligt uppgift, att den konsult som först upphandlats för tjänsten inte uppfyllde sina åtaganden vilket ledde till att avtalet bröts. Istället för att upphandla på nytt vände man sig till en leverantör man haft avtal med tidigare och hade goda erfarenheter av. Inget avtal har slutit med leverantören. En ny upphandling av tjänsten är dock aktuell.

Litar på leverantören

Den samlade bilden utifrån våra iakttagelser av stickprovsanalysen är att de flesta gör en avstämning mellan avtal och faktura på ett eller annat sätt. Vi har dock noterat att avstämning inte genomförs av alla.

En av de som i analysen står som referens på två fakturor menar att man litar på att de leverantörer regionen har ramavtal med följer det man kommit överens om. En av fakturorna som personen godkänt har regionen dock inte något giltigt avtal med. Det löpte ut för tre år sedan¹⁴ och av olika omständigheter har ingen ny upphandling eller förlängning gjorts sedan dess.

Regiondirektörens beslut är tämligen okänt av de som ska följa upp

Endast en av de tillfrågade fakturareferenserna uppger med säkerhet att den känner till regiondirektörens beslut om uppmaning till avtalsuppföljning med fakturagranskning. Merparten av de tillfrågade uppger dock att beslutet inte innebär någon ny rutin då de redan innan haft som rutin att göra denna avstämning.

2.5.2 Bedömning

Vi har noterat att regionen betalar för konsulttjänster över det fastställda gränsvärdet som inte har upphandlats enligt bestämmelserna. De omständigheter som beskrivits för tjänsten kan dock ses som "synnerliga skäl" till att upphandling inte gjorts. Det är dock en brist att inget avtal har slutits finns med leverantören.

Att avstämning av fakturor mot avtal inte genomförs av alla medför en risk till att regionen inte har kontroll över vad man betalar för.

¹⁴ 2013-01-31

2.6 UTVÄRDERING AV UPPHANDLAD KONSULT

Revisionsfråga: Görs utvärderingar av upphandlade konsulter?

2.6.1 Insamling av synpunkter sker inför ny förlängning

I 2011 års granskning¹⁵ framkom att det var otydligt hur och till vem synpunkter på gällande avtal ska lämnas och tillvaratas. Efter detta har en materialkonsulent tillsatts som bl.a. fått i uppgift att samla in sådana synpunkter avseende förbrukningsmaterial. Den nya kontrollern ska, enligt uppgift, bl.a. vara ett verktyg för att identifiera och framföra verksamheternas behov avseende konsulttjänster.

Insamling av synpunkter avseende tjänsteupphandlingar sker inför beslut om förlängning eller ny upphandling från respektive beställare. Om avtalet inte är återkommande ligger ansvaret för uppföljning hos beställaren, vilket enligt uppgift, klargörs muntligt vid avtalsöverlämnandet.

De konsulter som upphandlas inom regionala utvecklingsnämndens projekt följs upp och utvärderas inom projektet.

Det förekommer även att löpande möten mellan beställare och leverantör hålls för uppföljning och utvärdering. Vissa leverantörer gör själva kundundersökningar som beställaren får ta del av.

2.6.2 Bedömning

Återredovisning av verksamheternas synpunkter på avtal och upphandlingar till upphandlingsenheten sker sporadiskt, vanligen i samband med att en ny upphandling är aktuell. Vår bedömning är att det finns potential att utveckla kommunikationen mellan beställarna och upphandlingsenheten i och med den nya kontrollerns uppdrag.

2.7 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGOR

Granskningens syfte har varit att på om regionstyrelsen har säkerställt den interna kontrollen avseende upphandling av konsulter.

Revisionsfrågorna besvaras och kommenteras i tabellen nedan.

Revisionsfråga	Svar
Har styrelsen säkerställt att riktlinjer och rutiner följs för att uppnå en tillfredställande kontroll av att regionens behov av konsulttjänster tillgodoses?	Ja. Det finns rutiner som ger förutsättningar till att identifiera regionens behov. Vi ser dock ett behov av en tydligare styrning och kommunikation av vilka regler och riktlinjer som gäller.
Finns rutiner för att säkerställa att tydliga och adekvata krav ställs i upphandlingarna?	Ja. Den beskrivning som lämnats avseende kompetenser och tillvägagångssätt ger en bild av att tydliga och adekvata krav ställs i den mån lagen tillåter.
Är ansvarsfördelningen i upphandlingsprocessen tydlig?	Delvis. Uppfattas inte som helt tydligt, men givna beskrivningar ger en enhetlig bild av ansvarsfördelningen.

¹⁵ REV/14/2011

Görs uppföljning av att avtal och fakturering överensstämmer med det som upphandlats?	Delvis. Granskningen visar att rutiner för detta finns på de flesta håll men inte hos alla. Få ansvariga känner till regiondirektörens beslut om att detta ska ske.
Görs utvärderingar av upphandlade konsulter?	Ja, mer eller mindre. Vanligen vid ny upphandling eller förlängning, men kan även ske via löpande möten mellan beställare och utförare. Den nya kontrollernas uppdrag kan innebära bättre förutsättningar till att kommunicera iakttagelserna med upphandlingsenheten.

2.7.1 Bedömning och rekommendation

Vår samlade bedömning är att den interna kontrollen i stora delar är säkerställd och att det finns potential att utveckla kommunikationen mellan verksamheterna och upphandlingsenheten i och med den nya kontrollernas uppdrag.

Vi ser dock förbättringsmöjligheter inom följande:

- Riktlinjer och bestämmelser bör ses över och tydliggöras så att de är aktuella och att det tydliggörs vilka regler som gäller för hela organisationen.
- Regiondirektörens beslut om att fakturor ska följas upp mot avtal är tämligen okänt och behöver kommuniceras. Om avstämning av fakturor mot avtal inte genomförs av alla finns en risk att regionen inte har kontroll över vad man betalar för.
- Upphandlingsenhetens bristande möjligheter att hjälpa verksamheterna uppges vara ett problem. Med anledning av att de nya delegationsbestämmelserna och regiondirektörens beslut som hänvisar till att samråd ska ske med upphandlingsenheten bör enhetens förutsättningar ses över.

Vi rekommenderar att bestämmelserna för upphandling samt uppföljning av fakturor mot avtal tydliggörs och kommuniceras för att säkerställa en ändamålsenlig rutin för upphandling och kontroll av fakturor.

3 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare¹⁶:



Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor

Kvalitetssäkring¹⁷:



Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

¹⁶ Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

¹⁷ Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

INITIATIVÄRENDE

INKOM

2016 -01- 19

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2016 -01- 19

Dnr. RS 148 /2016...



Försäljning av Landstingsbostäder

Landstingsbostäders huvudsakliga syfte är att - genom att garantera bostad - underlätta nyrekrytering av medarbetare för Region Jämtland Härjedalen, och numera även underlätta antagning av egna studenter till den regionaliserade läkarutbildningen i Östersund.

Landstingsbostäder har genom åren förvaltat och underhållit sitt fastighetsbestånd mycket väl. Man har däremot inte lyckats genomföra någon nybyggnation trots olika ansatser. Det bör därför bara vara en tidsfråga innan behovet av lägenheter är större än tillgången, om man inte redan idag står inför fullbordat faktum.

Det är mycket problematiskt om bostadsfrågan blir en begränsande faktor för att attrahera potentiella medarbetare och läkarstudenter till vår region. Det innebär också att Landstingsbostäder inte kan uppfylla sitt syfte.

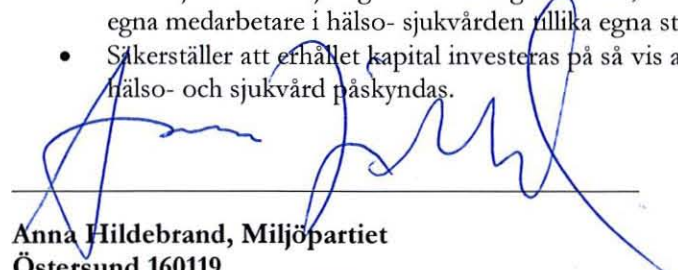
Samtidigt står Region Jämtland Härjedalen inför en omfattande omstrukturering av hälso- och sjukvården, som förutsätter stora investeringar. Det handlar om alltifrån telemedicinsk infrastruktur, högteknologisk utrustning, och mobila enheter - till fortsatta ombyggnationer på sjukhuset, utbyggnad av sjukhusområdet, och forskningsmiljöer inom primärvården.

Av den anledningen vore en försäljning av Landstingsbostäder strategiskt korrekt, då frigörande av kapital möjliggör en snabbare omställning till mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård. Det är för närvarande också ett gynnsamt läge för försäljning av bostäder.

Dessa olika ovan nämnda skäl gör att vi i Miljöpartiet ser att det varken är ekonomiskt- eller samhällspolitiskt försvarbart att Region Jämtland Härjedalen äger och driver ett bolag vars egentliga ändamål inte kommer kunna uppnås. Avgörande är dock att man vid en försäljning kan garantera att bostäderna kvarstår som hyresrätter, plus att bostadsgarantin för våra egna medarbetare tillika studenter i Region Jämtland Härjedalen behålls.

Utifrån ovanstående resonemang yrkar jag att Regionstyrelsen;

- Uppdrar åt Regiondirektören att utreda en försäljning av Landstingsbostäder där hyresrättsformen säkerställs,
- Fullföljer en försäljning av Landstingsbostäder, där det säkerställs att bostadsgarantin behålls för egna medarbetare i hälso- sjukvården tillika egna studenter, och
- Säkerställer att erhållet kapital investeras på så vis att omställningen till en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård påskyndas.


Anna Hildebrand, Miljöpartiet
Östersund 160119

2016 -03- 23

Dnr. RS 607 /2016

INITIATIVÄRENDE

Vid sammanträdet för Norrlandstingens regionförbund (NRF) förbundsdirection i Örnsköldsvik 2-3 mars, presenterade ordförande för förbundsdirectionen Maria Stenberg, ett förslag att NRF skulle påbörja arbetet med att bilda region ett så kallat "Stornorrland". Förslaget gavs muntligt på sittande möte med en enkel bild som beskrev organisationsschema för förslaget. Förslaget har sedan redovisats tydligare genom e-post den 10 mars 2016 till förbundsdirectionen samt samtliga representerade partier ifrån de fyra länens landsting/region med möjlighet lämna synpunkter.

På det aktuella sammanträdet lämnade jag följande protokollsanteckning:

Protokollsanteckning § 26 Informationer:

Finner det mycket oklart om det är Norrlandstingens regionförbunds uppdrag enligt Förbundsordning att påbörja arbetet med förbereda för regionbildning och utvidga arbetsutskottet med arbetsgrupper.

Efter kontakt med Region Jämtland Härjedalens jurist för rådgivning att tolka förbundsordningen framkom det att sammanläggning och förberedelser för regionsbildning av landsting/regioner inte är en fråga för förbundet utan att den uppgiften lämnas till förbundet av medlemmarna. Det kräver enighet och en ändring i förbundsordningen för ett sådant arbete. Det är möjligt att ett inledande arbete som rör samverkan inom sjukvården skulle kunna rymmas inom 3 § Övrigt, andra punkten. Men det avser då endast hälso- och sjukvård, inte övriga frågor som berörs av en sammanläggning.

Med anledning av det framkomna föreslår jag;

Att Region Jämtland Härjedalen inte deltar vid i det förslag till organisation inom NRF för att påbörja regionsbildning och att information gå ut till de partier som finns i vår region att frågan att påbörja regionsbildande bland de fyra nordligaste länen inte går aktualisera i den nu varande förbundsordningen för Norrlandstingens regionförbund.

Östersund 23 mars 2016



Elin Lemon (C)
Regionstyrelsens 2:e vice ordförande

2016-02-18

Utskottet för ekonomi

§ 14 Strategiska fastighetsinvesteringar (inkl. krav i upphandlingar) och långsiktig utvecklingsplan för sjukhus 2025

Jan-Åke Lindroth, fastighetschef, informerar om framtida strategiska fastighetsinvesteringar. Fastighetsenheten arbetar nu med strategiska frågor om fastighetsförändringar som ska stämma med den långsiktiga utvecklingen av kvarteret där sjukhuset står. Jan-Åke Lindroth visar tankar och idéer kring utbyggnad av befintliga fastigheter inklusive omflyttning och koncentration av befintliga verksamheter.

Strategiska framtidsområden torde vara operation, luft(transport) och forskning.

UTSKOTTET FÖR EKONOMIS BESLUT

Utskottet har tagit del av information och konstaterar att framtida strategiska framtidsområden inom fastighet torde vara operation, luft(transport) och forskning

1. Fastighetschef får i uppdrag att ta fram en fastighetsutvecklingsplan inkl. skiss på processen samt tidsplan.
2. Utskottet föreslår att regionstyrelsen besöker St-Olavs Universitetssykehus.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

2016-03-01

Regionala utvecklingsnämnden

§ 46 Begäran om undantag från modervarumärkesstrategin - FoU Jämt (RUN/84/2016)

Ärendebeskrivning

FoU Jämt är ett regionalt kunskapscentrum för länets kommuner som genom forskarstöd och praktikinära forsknings och utvecklingsinsatser ska bidra till en långsiktig kunskapsuppbyggnad inom socialtjänstens alla verksamhetsområden.

Verksamheten finansieras och ägs till 100 % av kommunerna och styrs genom FoU-rådet, med representation från länets samtliga kommuner samt tre fakulteter vid Mittuniversitetet.

Beslutsunderlag

Skrivelse från kommunernas representation i FoU-rådet ”Ang. begäran om undantag från modervarumärkesstrategin”.

Arbetsutskottet 2016-02-16, § 49.

Förvaltningschefens förslag

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen

Undantag från modervarumärkesstrategin medges.

ARBETSUTSKOTTETS BESLUT

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen

Undantag från modervarumärkesstrategin medges.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS BESLUT

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen

Undantag från modervarumärkesstrategin medges.

Utdrag till

Regionstyrelsen; FoU Jämt; Områdeschef Attraktion och livsmiljö

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

RUN/84/2016



Regionstyrelsen

Region Jämtland Härjedalen

Ang. begäran om undantag från modervarumärkesstrategin

Bakgrund

FoU Jämt är ett regionalt kunskapscentrum som genom forskarstöd och praktisknära forsknings- och utvecklingsinsatser ska bidra till en långsiktig kunskapsuppbyggnad inom socialtjänstens samtliga verksamhetsområden, det vill säga individ- och familjeomsorg, omsorg om personer med funktionsnedsättning, äldreomsorg samt kommunal hälso- och sjukvård.

Finansiering

Dåvarande Kommunförbundet i Jämtlands län ansökte 1999-05-27 för kommunernas räkning, om statliga medel för tillskapande av en regional FoU-miljö. Med stöd av dessa bildades FoU Jämt år 2000. Efter tre år med statlig finansiering övertog länets samtliga kommuner den huvudsakliga finansieringen av FoU Jämt. Fram till och med 2012 bidrog även dåvarande institutionen för socialt arbete vid Mittuniversitetet till FoU-enhetens finansiering i form av lokalkostnader och vissa OH-kostnader. Från och med 2013-01-01 finansieras FoU Jämt till hundra procent av kommunala medel.

Organisering

Under våren 2013 flyttade FoU Jämt från lokalerna på Campusområdet för att inordnas med övriga verksamheter på Österäng inom dåvarande Regionförbundet Jämtlands län. Från och med regionbildningen 2015-01-01 organiseras FoU Jämt inom Region Jämtland Härjedalens förvaltning för regional utveckling och sorterar under enheten attraktion och livsmiljö. Hälso- och sjukvårdens FoU-miljö – FoUU, sorterar däremot under regionens hälso- och sjukvårdsförvaltning.

Styrgrupp

Styrgrupp för FoU Jämt är det så kallade FoU-rådet. I detta ingår representanter (*i huvudsak förvaltningschefer*) från länets samtliga kommuner. Eftersom kommunerna är finansörer har de också störst inflytande i FoU-rådet.

Förutom den kommunala representationen ingår verksamma från de tre avdelningar vid fakulteten för humanvetenskap, Mittuniversitet som FoU Jämt samverkar med; - socialt arbete, - omvårdnad respektive – hälsovetenskap. Från regionens FoUU ingår en adjungerad representant.

Uppdrag

FoU Jämt: s uppdrag och verksamhet utgår från kommunernas behov. En betydande del av verksamheten är att stödja kommunerna med implementering av evidensbaserad praktik (EBP) inom

socialtjänsten och angränsande hälso- och sjukvård. Som exempel kan nämnas det regionala arbetet med öppna jämförelser, erbjudande om lokala EBP-cirklar samt stöd i utvecklingen av kunskapsbaserat arbete.

FoU-rådet avsätter och fördelar årligen medel för lokala, praktisknära utvecklingsprojekt. Forskningsledare vid FoU Jämt handleder och ger metodstöd till de projektansvariga under hela processen – från ansökan till genomförande. På kommunernas uppdrag görs även uppföljningar och utvärderingar. FoU Jämt har även en viktig funktion i att ge stöd till kommunerna genom att utgöra en länk till den vetenskapliga forskning som finns kring socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

Varumärket FoU Jämt

Varumärket FoU Jämt omfattar; - logotyp, - hemsida, - sociala medier, - diverse mallar med mera.

I dagsläget är ingen kartläggning gjord om hur den kommunala socialtjänsten uppfattar FoU Jämt som varumärke. Inte heller i vilken grad varumärke, färgsättning och/eller logotyp är kända bland nämnda målgrupp. 2012 genomgick FoU Jämt en form av "nystart" då enhetens tre tjänster blev tillsatta efter nyrekrytering. Från nämnda nystart till och med 2015 kan en markant ökning av antalet lokala och regionala uppdrag konstateras. Ökningen kan möjligen förklaras med att FoU Jämt i högre grad blivit synliga ute i verksamheterna och att det finns en viss igenkänningsfaktor i logotyp, hemsida och publicerat material.

Slutord

Sammanfattningsvis och som skäl för bevarande av FoU Jämt: s logotyp vill kommunernas representanter i FoU-rådet framföra följande;

- FoU Jämt finansieras och ägs till hundra procent av kommunerna
- FoU Jämt ingår endast rent organisatoriskt i Region Jämtland Härjedalen och regionen har därmed inget inflytande över FoU Jämt. Detta är skäl för regionstyrelsen att medge undantag från modervarumärkesstrategin.
- Det bör ses som en självklarhet att logotypen anknyter till enhetens uppdrag gentemot kommunerna
- Bevarande av FoU Jämt: s logotyp bidrar till att särskilja regionens två FoU-miljöer
- Byte av logotyp medför kostnader som inte ryms inom befintlig budget för FoU Jämt

2016-01-29

Kommunernas representation i FoU-rådet



genom Helen Rikardsson, Bergs kommun
ordförande i FoU-rådet

Stadgar för Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris "Årets Folkhälsoinsats" (LS 365/2009)

§1

Region Jämtland Härjedalens folkhälsopris "Årets folkhälsoinsats" är avsett att tilldelas personer, organisationer, sammanslutningar eller offentlig verksamhet som på ett föredömligt och aktivt sätt tagit initiativ till åtgärder som positivt påverkar folkhälsan inom Jämtlands län.

Priset delas ut för att uppmärksamma och uppmuntra förtjänstfulla insatser inom området folkhälsa utifrån folkhälsopolicyns utvecklingsområden. Med insatser för en bättre folkhälsa menas insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Insatser ska bidra till ett socialt, fysiskt och psykiskt välbefinnande samt öka den jämlika hälsan mellan olika grupper i samhället.

§2

Priset utgör 10 000 kronor och delas ut en gång per år till en eller flera pristagare. Regionstyrelsen beslutar om pristagare.

Priset "Årets folkhälsoinsats" delas ut av regionfullmäktiges ordförande vid tillfälle som regionstyrelsen beslutar, vanligtvis vid fullmäktiges junisammanträde.

§3

Priset ska utlysas genom annons i ortstidningarna, på regionens hemsida eller på annat lämpligt sätt, under januari månad.

Förslag eller ansökan lämnas in före utgången av februari månad.

Priset utdelas efter ansökningar eller förslag. Var och en som så önskar har rätt att lämna in förslag eller ansökan, där beskrivning av genomfört arbete, hur det bidragit till länets folkhälsopolicy och motivering ska bifogas.

Förslag eller ansökan ska i första hand avse insatser som utförts under närmast föregående kalenderår.



Avgiftshandbok Region Jämtland Härjedalen 2016-04-18

Version: 0.2

Beslutsinstans: Regionstyrelsen

Ekonomistaben

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
0.1	2016-04-01	Preliminär avgiftshandbok	
0.2	2016-04-18	Reviderad version till regionstyrelsen	
1	2016-04-		Regionstyrelsen

1	INLEDNING	5
1.1	Hur är avgiftshandboken uppbyggd?	5
1.2	Vilka vårdgivare ska följa regelverket?	5
1.3	Vilka patienter och vilken vård gäller regelverket för?	5
1.4	Ersättning för inställt besök eller behandling	7
2	ÖPPEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	7
2.1	Patientavgifter inom öppen hälso- och sjukvård.....	7
2.1.1	Enhetstaxa 300 kr	7
2.1.2	Undantag från enhetstaxa.....	8
2.1.3	Ingen avgift	9
2.2	Förlängning av sjukintyg per telefon/elektroniskt.....	9
2.3	Vad är högkostnadsskyddet inom öppenvård?	9
2.4	Särskilda egenavgifter	10
2.5	Avgiftsfri öppen hälso- och sjukvård	10
2.5.1	Besök på grund av smittsam sjukdom	11
2.6	Ambulanstransporter	11
2.6.1	Avgiftsfri ambulanstransport	11
2.7	Uteblivet besök	11
2.8	Återbetalning av patientavgift vid väntetid	12
3	SLUTENVÅRD.....	12
3.1	Avgifter för slutenvård	12
3.2	Avgiftsfri slutenvård.....	12
4	UNDERSÖKNINGAR OCH ÅTGÄRDER UTAN SJUKDOM.....	13
4.1	Riktade hälsokontroller	13
4.2	Vaccination	14
4.3	Vaccination - undantag	14
4.3.1	Säsongsinfluensa.....	14
4.3.2	Resevaccination	15
4.3.3	Övriga undantag	15
4.4	Hälsokontroller och intyg	15
5	HJÄLPMEDEL	16
5.1	Besök för utprovning och anpassning	17
5.2	Ordinationsavgift för hörapparat.....	17

Ekonomistaben

5.3	Avgifter för vissa andra hörselhjälpmedel.....	17
5.4	Avgifter och bidrag för vissa synhjälpmedel.....	17
5.5	Övriga avgiftskategorier synhjälpmedel.....	17
5.6	Ortopedtekniska hjälpmedel.....	18
6	SJUKRESOR	18
6.1	Inledning	18
6.2	Förteckning över resor som landstingen ersätter	19
6.3	Resersättning till/från vård inom landstinget.....	20
6.4	Resor till/från vård utanför landstinget.....	21
6.5	Egenavgifter, ersättningsnivåer, högkostnadsskydd	22
6.6	Omprovning	23
7	LÄKEMEDEL	24
7.1	Högekostnadsskydd för läkemedel.....	24
8	AVGIFTER TANDVÅRD	24
9	AVGIFTER KOPIOR.....	25
10	TRANSPORT AV AVLIDEN	25
11	BILAGOR.....	26

1 INLEDNING

1.1 Hur är avgiftshandboken uppbyggd?

Avgiftshandboken innehåller information om vad patienten ska betala för vård i Region Jämtland Härjedalen.

Regionfullmäktige har beslutat om mer enhetliga avgifter för den öppna vården, som gäller från den 1 april 2016.¹

Inga avsteg får göras från beslutade avgifter.

Avgiftshandboken innehåller länkar till nationella regler, 1177 Vårdguiden etc.

Kontaktperson/ansvarig för avgiftshandboken (ändringar och kompletteringar): **NN**

1.2 Vilka vårdgivare ska följa regelverket?

Reglerna gäller för den vård som drivs av Region Jämtland Härjedalen samt för de privata vårdgivarna som ska följa reglerna, enligt avtal.

Via länken framgår vilka privata vårdgivare som har avtal med Region Jämtland Härjedalen.

<http://www.regionjh.se/folkhalsasjukochvandvard/privatavardgivare.4.519b6aa912b1a6ac0308000334.html>

1.3 Vilka patienter och vilken vård gäller regelverket för?

En patient som är folkbokförd i Jämtland Härjedalen och vårdas inom regionen betalar avgifter enligt detta regelverk.

Patienter från andra landsting

Generellt gäller att en person som är bosatt i Sverige betalar samma avgift och har rätt till högkostnadsskydd enligt samma villkor som bosatta i landstinget. Det som kan skilja sig åt är bland annat att det krävs remiss för rätten till viss vård. Riksavtalet för utomlänsvård reglerar vad som gäller i dessa fall. Utöver detta har Region Jämtland Härjedalen avtal med andra landsting.

Riksavtalet: <http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/utomlansvardriksavtal.943.html>

Avtal om regionvård i norra sjukvårdsregionen: http://www.norrandstingen.se/wp-content/uploads/2016/01/Regionvardsavtal-20161228_webnr1.pdf

¹ RS/200/2015

Ekonomistaben

Patienter från andra länder

Patienter från andra EU/EES-länder som är försäkrade för vårdförmåner har rätt till nödvändig eller planerad vård mot uppvisande av rätt intyg.

Sverige har även avtal med vissa länder vilket innebär att patienter bosatta i dessa länder har rätt till vissa vårdförmåner.

För de länder som inte ingår i EU/EES eller där det saknas avtal gäller generellt att patienten ska betala hela vårdkostnaden enligt utomlänssprislisan.

Mer information om vad som gäller vid olika fall finns i Vård av personer från andra länder.

<http://skl.se/halsasjukvard/vardavpersonerfranandralander.7827.html>

Asylsökande

Asylsökande m.fl. samt gömda barn som tidigare sökt asyl ges vård enligt lagen om vård till asylsökande. Patienten betalar en patientavgift enligt förordning 1994:362. För vuxna gäller vård som inte kan vänta; för barn ges samma vård som barn folkbokförda i länet. Patienten ska visa sitt LMA-kort. Mer information om vårdåtagandets omfattning framgår i Vård av personer från andra länder <http://skl.se/halsasjukvard/vardavpersonerfranandralander.7827.html>

Aktuella patientavgifter för asylsökande framgår i detta regelverk. Asylsökande ska uppvisa ett giltigt LMA-kort <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Medan-du-vantar/LMA-kort.html>

För övrigt gäller t ex samma åldersgränser för barn och unga, och samma avgift för uteblivna besök som för övriga patienter.

För mer info se <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Medan-du-vantar/Halso--och-sjukvard.html>

Personer som vistas i landet utan nödvändiga tillstånd

Personer som vistas i landet utan nödvändiga tillstånd ges vård enligt lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Generellt gäller samma principer och villkor som för asylsökande.

Ekonomistaben

1.4 Ersättning för inställt besök eller behandling²

Patienten har rätt till ersättning om besök eller operation/behandling/inläggning blir inställt. Vid besök gäller detta om ändringen meddelas samma dag. För operation/behandling/inläggning ges ersättning om ändringen meddelas senare än fyra dagar innan aktuell dag.

Patienten kan få ekonomisk ersättning för:

- besöksavgift (om den har betalats)
- utgift för sjukresa, utan avdrag för egenavgift
- utgift för parkering
- inkomstbortfall (högst tre dagar, högst åtta timmar per dag, f.n. max 259 kr/timme³)
- inkomstbortfall för följeslagare till barn och ungdom fram till 18-årsdagen⁴
- inkomstbortfall för följeslagare till vuxen (läkarintyg krävs)
- inkomstbortfall för egen företagare
- merkostnader för barnomsorg. Här menas resekostnader för vikarierande barnpassare och merkostnader för kommunal omsorg.

Kostnader ska styrkas med kvitto. Vid inkomstförlust behövs intyg från arbetsgivaren eller för egen företagare intyg om sjukpenninggrundande inkomst från försäkringskassan.

Patienten ska själv ansöka om ekonomisk ersättning. Ansökan skickas via brev eller e-post till den mottagning patienten skulle behandlats vid. (Blankett återfinns längst bak i avgiftshandboken).

2 ÖPPEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

2.1 Patientavgifter inom öppen hälso- och sjukvård

Regionfullmäktige har beslutat att mer enhetliga patientavgifter ska införas den 1 april 2016 i Region Jämtland Härjedalen, RS/200/2015. Avgifterna ingår i högkostnadsskyddet där inte annat anges.

2.1.1 Enhetstaxa 300 kr

Vårdbesök oavsett vårdgivarkategori	300 kr
Gruppbesök och teambesök	300 kr
Besök via distansöverbryggande teknik	300 kr

² Ekonomisk ersättning vid uteblivna behandlingar/operationer (LS/1140/2010)

³ Ersättning uppgår maximalt till den ersättning för förlorad arbetsförtjänst som förtroendevalda har rätt till. Beloppet justeras varje år. 259 kronor per timme avser mars 2016.

⁴ Ursprungligt beslut justerat till följd av Förändrad åldersgräns för rätt till följeslagare och betalning av egenavgift för sjukresor (RS/1890/2015)

Ekonomistaben

Ambulanstransport (ingår inte i högkostnadsskyddet)	300 kr
Laboratoriemedicin hälsokontroll (ingår inte i högkostnadsskyddet)	300 kr
Nödvändig tandvård	300 kr
Debitering uteblivna besök, även avgiftsfria (ingår inte i högkostnadsskyddet)	300 kr

Med vårdbesök jämställs kvalificerad rådgivning (oavsett vårdgivarkategori) som ges via telefon och ersätter ett besök, t ex förlängning av sjukintyg (se avsnitt nedan).

Införandet av besök via distansöverbyggande teknik är endast påbörjat och kan därför behöva få mer tydliga tillämpningsanvisningar på sikt.

Gruppbesök: flera patienter träffar en vårdprofession (t.ex. en sjukgymnast).

Teambesök: en patient träffar flera vårdprofessioner samtidigt i ett team (t.ex. sjuksköterska, läkare, sjukgymnast, kurator etc.)

Om ett prov lämnas i enbart hälsokontrollerande syfte eller annan kontroll (t ex kontroll av narkotika) debiteras analysen enligt laboratorietaxa. Vid provtagning debiteras patienten med 300 kronor.

Förtydligande att avgift med 300 kronor även tas ut vid följande fall:

- Preoperativ bedömning
- Besöksavgift ska tas ut även om intagning i sluten vård sker samma dag.
- Patientavgift ska betalas för varje vårdbesök
 - även om flera besök görs samma dag på olika mottagningar
 - hos olika vårdgivare på samma mottagning
 - hos samma vårdgivare, t ex två besök hos sjukgymnast samma dag
- Kombinerat besök: Patient som vid ett och samma tillfälle dels behandlas med anledning av sjukdom och dels framställer krav på annan åtgärd som inte är föranledd av sjukdom ska betala två besöksavgifter. Dels för vårdbesöket, dels för den andra åtgärden, t ex vaccination eller begäran om intyg. (Dvs. inte två åtgärder pga. sjukdom t ex. tumme och njursten.)

2.1.2 Undantag från enhetstaxa

Vårdbesök på jourtid och på akutmottagning	400 kr
Hälsoskolor	150 kr
Screening/riktade hälsokontroller (ingår inte i högkostnadsskyddet)	150 kr
Receptförnyelse per telefon/elektroniskt	150 kr

Med jourtid avses tid utanför ordinarie mottagningstid dvs. främst kvällar och helger.

Med hälsoskolor avses gruppbesök enligt fastställt program innehållande förberedande tester, genomförande av praktiska övningar med syfte att förbättra hälsa samt systematisk uppföljning.

Ekonomistaben

Även provtagning EKG, audiogram, blodtryck, suturtagning görs till den lägre avgiften 150 kronor.

2.1.3 Ingen avgift

Egenprovtagning virtuella hälsorum (under en provotid på 2 år)	0 kr
Barn och unga under 18 år*	0 kr
Laboratoriemedicin på grund av sjukdom	0 kr
Röntgen, fysiologen och nuklearmedicin	0 kr

Virtuella hälsorum finns för närvarande på Gellinergården i Gällö och i Stuguns Hälsocentral. Avgiftsfritt under provotiden 2016-04-01 - 2018-03-31.

* Inom Ungdomspsykiatriska mottagningen (UPM) och Ungdomsmottagningen är det avgiftsfritt för barn och ungdomar under 23 år (oförändrat).

2.2 Förlängning av sjukintyg per telefon/elektroniskt

Förlängning av ett sjukintyg per telefon/elektroniskt har avgiften 300 kronor. Om förlängning görs i samband med ett fysiskt mottagningsbesök ingår det i avgiften för vårdbesöket (300 kronor).

Avgiften ingår i högkostnadsskyddet.

Undantag från avgift ska kunna göras i fall där man bara gör en förlängning av "tekniska" skäl t ex för att myndigheter inte hunnit utreda ärendet klart. Det kan vara en person som fått en mycket allvarlig skada/sjukdom och man vet att arbetsåtergång inte är möjligt. På samma sätt kan undantag göras om intyg skrivs för kort tid i väntan på ordinarie behandlare. Dvs. intygsskrivandet kan betraktas som icke kvalificerad hälso- och sjukvård.

2.3 Vad är högkostnadsskyddet inom öppenvård?

Idag finns högkostnadsskydd för öppen hälso- och sjukvård. Det innebär att ingen ska betala mer än 1 100 kronor per år i patientavgifter, därefter ska frikort utfärdas. Det är patientens eget ansvar att bevaka att kvitton sparas och att frikort begärs. Fullmäktige har beslutat att automatiserat frikort ska införas (e-frikort). Det planeras att införas under hösten 2016.

Varje landsting/region kan välja vilka delar som ska ingå i högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård.

Information om frikort och högkostnadsskydd: <http://www.1177.se/jamtland-Harjedalen/Regler-och-rattigheter/Hogkostnadsskydd/>

Ekonomistaben

Avgifter vid följande besök ingår inte i högkostnadsskyddet:

- Vaccination
- Intyg eller hälsokontroll
- Screening/riktade hälsokontroller (mammografi, aortascreening, gynekologisk cellprov)
- Inlagd på sjukhus (slutenvård)
- Uteblivet besök
- Tandvård, förutom s.k. nödvändig tandvård
- Ambulans
- Kostnader för kopia av journal

2.4 Särskilda egenavgifter

Sterilisering

Egenavgift 2500 kr. Ingår inte i något högkostnadsskydd. Betalas i centralkassan på operationsdagen, företrädesvis med betalkort. Eventuell avgift för vårdbesök på kvinnokliniken är 300 kr och ingår i högkostnadsskyddet.

KUB (kombinerat ultraljud och blodprov)

Från den 4 april 2016 erbjuder Specialistmödravården KUB (kombinerat ultraljud och blodprov) till kvinnor under 35 år mot en egenavgift på 2500 kr. Ingår inte i något högkostnadsskydd.

Resor i anslutning till regionfinansierad IVF-behandling⁵

Fr o m 2016-02-01 finansierar Region Jämtland Härjedalen inte resor och boende i anslutning till regionfinansierade IVF-behandlingar.

2.5 Avgiftsfri öppen hälso- och sjukvård

- Barn och ungdomar under 18 år
- Inom Ungdomspsykiatriska mottagningen (UPM) och Ungdomsmottagningen är det avgiftsfritt för barn och ungdomar under 23 år (oförändrat).
- Laboratoriemedicin pga. sjukdom
- Röntgen, fysiologen och nuklearmedicin
- MVC (mödrähälsovård)
- BVC (Barnvårdscentral)
- Remiss från mödra- eller barnhälsovård
- Rådgivning preventivmedel, sterilisering och abort
- Besök på grund av smittsam sjukdom enligt Smittskyddslagen
- Häktade, anhållna, intagna på kriminalvårdsanstalt

⁵ RS/2071/2015

Ekonomistaben

- Värnpliktiga
- Enklare telefonrådgivning oavsett vårdgivarkategori (om det är kvalificerad rådgivning som journalförs och ersätter fysiskt besök är avgiften 300 kronor oavsett vårdgivarkategori)
- Återbesök inom 5 dagar i de fall där antibiotika inte föreskrivits pga. luftvägsinfektion
- Patient gipsas om på grund av svullnader (Om patienten själv förstört sitt gips uttas patientavgift)
- För boende på äldreboende om konsultation sker på personalens initiativ och inte beror på patientens akuta sjukdom
- Om vårdgivaren av någon anledning behöver kalla tillbaka patienten för kompletterande undersökning innan ställningstagande kan tas om första behandling
- Återbesök inom 24 timmar pga försämrat tillstånd (i den sjukdom som patienten behandlats för tidigare under samma dygn. Inte vid *planerade* återbesök inom 24 timmar.)

2.5.1 Besök på grund av smittsam sjukdom

Med hänvisning till Smittskyddslagen gäller:

Avgiftsfri undersökning, vård och behandling som läkaren bedömer minska risken för smittspridning och som ges inom landstingets hälso- och sjukvård eller av läkare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom. <http://www.regionjh.se/smittskydd>

2.6 Ambulanstransporter

Avgiften för ambulanstransport är 300 kronor. Det gäller även om patient inte transporteras men får sjukvård på plats av ambulanspersonal.

Avgiften ingår inte i något högkostnadsskydd men avgift tas ut för högst tio ambulanstransporter per år. (Information sprids när rutiner är klara)

2.6.1 Avgiftsfri ambulanstransport

- För barn och ungdomar upp till 18 år.
- Ambulanstransporter mellan två sjukvårdsinrättningar.
- Ambulanstransporter överstigande tio stycken per år.

2.7 Uteblivet besök

Vid uteblivet besök uppgår avgiften till 300 kronor. Det gäller även om besöket egentligen skulle varit avgiftsfritt (t ex barn) eller har en lägre avgift (t ex asylsökande). Avbokning av besök ska

Ekonomistaben

ske **senast klockan 12 vardagen före planerat besök**, för att möjliggöra att annan patient kan erbjudas besökstiden.

Avgifter för uteblivna besök ingår inte i något högkostnadsskydd.

Om patienten i efterhand kan uppge rimligt skäl, t ex att kallelse inte kommit fram, begränsade avbokningsmöjligheter hos mottagningen eller att något oförutsett hänt på vägen till mottagningen, kan fakturan avskrivas (makuleras). Däremot ska inte fakturan avskrivas om patienten uppges ha frikort, är värnpliktig eller är avgiftsbefriad av annat skäl.

Det kan finnas medicinska skäl till varför uteblivet besök inte ska faktureras. Detta avgörs av legitimerad personal i varje enskilt fall.

Viktigt att upplysa patienten om rutiner för avbokning (t ex via Mina vårdkontakter) och om att avgift debiteras vid uteblivna besök.

2.8 Återbetalning av patientavgift vid väntetid

Om patienten fått vänta mer än en timme efter avtalad tid och besöket inte påbörjats med exempelvis provtagning, har patienten rätt att begära avgiftsfrihet för besöket. Patienten måste kontakta mottagningen direkt vid besöket. Regleringen kan inte ske i efterhand.

3 SLUTENVÅRD

3.1 Avgifter för slutenvård

När en patient är inskriven i slutenvård betalas nedanstående avgifter.

Ålder	Avgift per dag
20-64 år	100 kr
65 år och äldre	80 kr
Personer 20-40 år med hel sjuk- eller aktivitetsersättning	50 kr

Slutenvårdsavgiften ingår inte i något högkostnadsskydd.

3.2 Avgiftsfri slutenvård

- Barn och ungdomar till och med 19 år, dvs. ej fyllda 20 år. (Inom öppenvården däremot betalar barn och ungdomar full avgift från fyllda 18 år.)
- Undersökning, vård och läkemedel i samband med behandling av en allmänfarlig sjukdom enligt Smittskyddslagen (2004:168).

Ekonomistaben

- Häktade, anhållna samt intagna på kriminalvårdsanstalt.
- Patient som fullgör värnpliktstjänstgöring (inklusive vapenfri tjänst).
- Psykiatrisk vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV).
- Psykiatrisk vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).
- Organdonatorer och vävnadsdonatorer.
- Utskrivningsdag (Patienten betalar för inskrivningsdagen oavsett vilken tid den läggs in, och mellanliggande dagar, men aldrig för utskrivningsdagen)
- Vid inläggning för operation som ställs in på grund av bristande kapacitet eller överbelastning.
- Permission där patient vistas utanför sjukhuset minst 12 timmar sammanhängande mellan kl. 06.00 och kl. 24.00.

Exempel 1: Patienten går på permission fredag kl.09.00 och återkommer söndag kl.19.30. Ingen vårdavgift utgår för fredag, lördag och söndag eftersom patienten är "hemma" mer än 12 timmar samtliga dagar.

Exempel 2: Patienten går på permission fredag kl.13.00 och återkommer söndag kl.17.00. Ingen vårdavgift utgår för lördag. Fredag och söndag utgår vårdavgift eftersom patienten är "hemma" mindre än 12 timmar dessa dagar.

4 UNDERSÖKNINGAR OCH ÅTGÄRDER UTAN SJUKDOM

4.1 Riktade hälsokontroller

Avgiften för riktade hälsokontroller omfattar för närvarande mammografi, gynekologiskt cellprov och screening av bukaorta. Avgiften är ett undantag från enhetstaxa.

Avgiften ingår inte i något högkostnadsskydd.

	Avgift
Riktade hälsokontroller	150 kr
- Mammografiundersökning	*)
- Gynekologisk hälsokontroll med cellprov	
- Screening av bukaorta	

*) Lagförslag finns om avgiftsfri screening, där regeringen sedan i förordning avser att fastställa att det rör mammografi, samt bemyndiga Socialstyrelsen att fastställa närmare föreskrifter. Avsikten är att mammografi ska bli avgiftsfritt från den 1 juli 2016.

Ekonomistaben

Om en patient uppmanas genomgå årlig kontroll pga. misstanke om sjukdom eller om undersökningen begärs av patienten själv vid egen misstanke om sjukdom uttas avgift enligt enhetstaxa 300 kronor (och ingår i högkostnadsskyddet).

Om ett prov är missvisande på något sätt och måste tas om, debiteras ingen avgift.

4.2 Vaccination

Vid besök för vaccination	Avgift
- Grundavgift (per besök eller recept) - Vaccin	300 kr Se prislista* http://centuri/ViewItem.aspx?regno=16860

*Prislistan för vaccin ligger som egen flik i listan över alla upphandlade läkemedel i Centuri. Observera att vissa vacciner upphandlas i flerpäck och det är avtalspris som gäller.

Avgift vid vaccination ska alltid tas ut med **besöksavgift plus vaccinkostnad**, även när vaccination ges i samband med annat vårdbesök där besöksavgift erläggs.

Exempel: Vårdbesök 300 kronor + vaccinationsbesök 300 kronor + kostnad för vaccinet. Om besöket enbart avser vaccination uttas 300 kronor + vaccinkostnad.

Vaccinationer **ingår aldrig i högkostnadsskyddet**.

För ett **uteblivet** inbokat besök är avgiften 300 kronor.

Då ett och samma vaccin ges vid **flera tillfällen** (vaccinationen är uppdelad i flera omgångar) ska besöksavgift + vaccinkostnad betalas vid varje besök.

Då **flera vaccinationer** ges vid samma tillfälle uttas avgift för besöket och avgift för varje vaccin.

4.3 Vaccination - undantag

4.3.1 Säsongsinfluensa

Vaccination för säsongsinfluensa kostar normalt 130 kronor i totalkostnad (dvs. inklusive besök och vaccin).

Följande grupper betalar 75 kronor i total kostnad för säsongsinfluensa:

- Personer över 65 års ålder
- Gravida i andra och tredje trimestern

Ekonomistaben

- Personer med kroniska sjukdomar
 - kronisk hjärt- och/eller lungsjukdom
 - instabil diabetes mellitus
 - kraftigt nedsatt infektionsförsvar (av sjukdom eller medicinering)
 - kronisk lever- eller njursvikt
 - astma (för barn- och ungdom gäller svår astma (grad 4) med funktionsnedsättning)
 - extrem fetma (störst risk vid BMI > 40) eller neuromuskulära sjukdomar som påverkar andningen
 - flerfunktionshinder hos barn.

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/20443/Rekommendationer-profylax-behandling-influensa-15052.pdf>

4.3.2 Resevaccination

Vid resevaccination tillkommer en **hanteringskostnad** med 100 kronor per vaccin.

Dvs besöksavgift 300 kronor, självkostnaden för respektive vaccin och tillägg med 100 kronor per varje vaccin för hanteringskostnaden.

Avgift vid vaccination ska alltid tas ut med **besöksavgift plus vaccinkostnad**, även när vaccination ges i samband med annat vårdbesök där besöksavgift erläggs.

Exempel: Vårdbesök 300 kronor + vaccinationsbesök 300 kronor + kostnad för vaccinet + hanteringskostnad 100 kronor per vaccin. Om besöket enbart avser vaccination uttas 300 kronor + vaccinkostnad + hanteringskostnad 100 kronor per vaccin.

Detta gäller även för barn under 18 år.

4.3.3 Övriga undantag

Vaccination som ges i samband med adoptionsresor är kostnadsfria för föräldrar och syskon.

Vid vaccination i samband med behandling av skada eller sjukdom (t ex sårskador, hund- eller kattbett) ingår vaccinationen i besöksavgiften.

4.4 Hälsokontroller och intyg

Enligt beslut i fullmäktige i februari 2016 ska en översyn göras av avgifter för hälsokontroller och intyg.

Ekonomistaben

Avgifter för intyg och hälsokontroller regleras i den så kallade ”Gula taxan” eller enligt andra särskilda politiska beslut.

”[Gula taxan](#)” (30995) är uppbyggd i ett grupptaxesystem enligt följande:

	<u>Avgift utan moms</u>	<u>Avgift med moms</u>
Grupp 1	0 kronor	0 kronor Gällande patientavgift
Grupp 2	300 kronor	375 kronor
Grupp 3	500 kronor/tim	625 kronor/tim. Annan läkare som självständigt utfärdar intyg. För tid därutöver uttas 125 kronor per påbörjad 15-minutersperiod
Grupp 4	1 000 kronor/tim	1 250 kronor/tim. Avser läkare. Lägsta avgift 500 kronor/625 kronor. För tid därutöver uttas 250 kronor/312:50 per påbörjad 15-minutersperiod

Besök för enbart utfärdande av intyg berättigar inte till registrering på högkostnadskort.

Kapitlet är inte omarbetat. Hämtat från tidigare avgiftshandbok. Endast besöksavgiften ändrad till enhetstaxa 300 kronor.

**5
JÄLP
MED
EL**

H

De avgifter som beskrivs nedan är de avgifter Region Jämtland Härjedalen har för vissa hjälpmedel. För hjälpmedel som ingår i Hjälpmedelscentralens sortiment hänvisas till www.regionjh.se/hmc.

Ekonomistaben

5.1 Besök för utprovning och anpassning

Vid besök för utprovning och anpassning av hjälpmedel uttas patientavgift med 300 kronor för första besöket + en utprovning.

5.2 Ordinationsavgift för hörapparat

Vid utprovning av hörapparat uttas en enhetlig ordinationsavgift om 500 kronor.

5.3 Avgifter för vissa andra hörselhjälpmedel

Vid utprovning av maskers/ljudstimulering uttas avgift med 500 kronor.

Övriga tekniska hjälpmedel för hörselskadade (t ex telefon/dörrsignal) erhålls kostnadsfritt för patienter i enlighet med medicinsk prioritering och en hörselnedsättning på 70 dB eller sämre på bästa örat eller 30 % taldiskrimination på det bästa örat. Stolslingpaket, hörlurar och talförstärkare förskrivs kostnadsfritt vid behov.

5.4 Avgifter och bidrag för vissa synhjälpmedel

Avståndsglas alternativt bifokalgas/progressiva glas för person med synnedsättning (patient på Syncentralen) betalar 400 kronor/glasögon.

Glasögonbidrag till barn 0-7 år utgår med 700 kronor med minst ett års mellanrum. Ordinationsrätt för glasögon som berättigar till bidrag har ögonläkare och ortoptist.

Glasögon- eller linsbidrag till barn 8-19 år utgår med 800 kronor med minst ett års mellanrum. Ordinationsrätt för glasögon eller linser som berättigar till bidrag har legitimerad optiker, läkare och ortoptist.

Glasögon- alternativt kontaktlinsbidrag för patienter som opererats för grå starr utgår med 1 000 kronor och med minst ett års mellanrum. För kontaktlinsbärare kan beloppet utgå med 500 kronor vid två tillfällen. Finns behov av lins på endast ett öga utgår halva bidraget. Beloppet skall täcka både för glasögon och linser, alltså 1 000 kronor per år oavsett om det är bara linser eller glasögon eller båda.

5.5 Övriga avgiftskategorier synhjälpmedel

A: Barn med diagnos Downs Syndrom

Får glas/undersökning o s v på Syncentralen under förskoleåldern, därefter individuell behovsbedömning. Kostnadsfritt.

B: 0-19 år, bifokalgas (Ackommodativ skelning eller hyperackommodation)

Ekonomistaben

Betalar 1 000 kronor/glasögon

C: 0- 19 år med täta refraktionsförändringar (> 2 ggr/år) får glas via Syncentralen.

Betalar 400 kronor/ glasögon.

D: Medicinsk indikation Behandlingsglas för vuxna under utprovning av ortoptist.

Egenavgift: kostnadstäckning 1gång/år, vid byten oftare: 400 kronor per glasögonpar. Avgörs av ögonläkare.

5.6 Ortopedtekniska hjälpmedel

Vid besök på Aktiv Ortopedteknik (ortopedtekniska avdelningen) uttas patientavgift med 300 kronor för första besöket + en utprovning.

Avgift för resår-, termo- och tygkorsetter uttas med 600 kronor. För ortopediska skor uttas avgift med 1 000 kronor av vuxna och 300 kronor av barn och ungdomar upp till 18 år. Egenavgift om 300 kronor gäller för ortoser och inlägg. Nämda egenavgifter gäller för personer med vissa sjukdomstillstånd som diabetes mellitus, reumatiska sjukdomar, medfödda missbildningar, kvarstående problem efter frakturer, cerebral pares eller polio. Vissa ortopedtekniska hjälpmedel, t ex epikondylitbandage, lösa pelotter för skor, nacksträck med dörrfäste, mjuk halskrage och prefabricerade kompressionsstrumpor försäljs vid Aktiv Ortopedteknik och är således inte subventionerade genom landstingsbidrag.

Samtliga hjälpmedel kan köpas via Aktiv Ortopedteknik utan ordination.

För ytterligare upplysningar om ortopedtekniska hjälpmedel, hänvisas till Aktiv Ortopedteknik, tel 063-15 37 71.

6 SJUKRESOR

6.1 Inledning

Landstinget har det ekonomiska och administrativa ansvaret för sjukresor (Lagen om resekostnadsersättning vid sjukresor 1991:419). Landstinget har ansvar för att fastställa regler för resekostnadsersättning vilka beslutas av respektive landstingsfullmäktige.

Landstinget har däremot inget formellt ansvar för att möjligheter att resa till och från vårdinrättningar finns, däremot att fastställa regler för resekostnadsersättning.

Bidrag för sjukresor utbetalas via Länstrafiken.

BC Jämtland är en bokningscentral som samordnar sjukresorna som sker med flyg, taxi eller tåg.

Ekonomistaben

Vem har rätt till sjukresebidrag?

- Personer som är bosatta (folkbokförda) inom respektive län och försäkrade enligt lagen om allmän försäkring (AFL).
- Utlandssvenskar vid akut öppen/sluten vård, då vårdbehovet har uppkommit under vistelse i landet. Vården ska sökas i det landsting där vårdbehovet uppkommit.
- Utsänd persons familjemedlem samt missionär, präst eller volontär i utvecklingsland har rätt till ersättning inom länet även vid planerad öppen/sluten vård.
- Utländska medborgare som omfattas av EES-förordningen eller annan sjukvårdskonvention vid akut öppen/sluten vård då vårdbehovet har uppkommit under vistelse i landet. Vården ska sökas i det landsting där vården uppkommit.
- Asylsökande med giltig LMA-kort.

<http://www.1177.se/Jamtland-Harjedalen/Regler-och-rattigheter/Sjukresor-i-Jamtland/>

6.2 Förteckning över resor som landstingen ersätter

I lagen om resekostnadsersättning vid sjukresor (SFS 1991:419) regleras när reseersättning ska utgå. Samtidigt anges att resekostnadsersättning beräknas enligt de grunder sjukvårdshuvudmannen fastställer.

Ersättning för delar av resekostnader ska lämnas vid sådan vård och behandling som avser

- Läkarbesök, sjukvårdande behandling, röntgenundersökning och provtagning i samband med sjukdom som ombesörjs av sjukvårdshuvudman, privat vård enligt lagen om läkarvårdsersättning och sjukgymnastik samt behandling som sker enligt vårdavtal med landstingen.
- Sjukhusvård pga. sjukdom eller förlossning.
- Utprovning och anpassning av handikapphjälpmedel som landstinget tillhandahåller.
- Tandvård inom folktandvård, vid odontologisk fakultet, sjukhustandvård eller hos försäkringsansluten privat tandläkare.
- Rådgivning i födelsekontrollerande syfte (preventivmedelsrådgivning), abort eller sterilisering.
- Läkarbesök eller läkarutlåtande vid ansökan om förtidspension, handikappersättning eller vårdbidrag eller som försäkringskassan beslutar om i vissa fall.
- Besök pga. sjukdom hos läkare inom studerandeorganisationernas hälsovård för vilken statsbidrag betalas av högskolestyrelsen.
- Habilitering (läkarvård och sjukvårdande behandling) för patienter som tillhör personkretsen inom LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Ekonomistaben

- Hemtransport av nordisk medborgare enligt nordiska konventionen om social trygghet.
- Läkarevård och sjukgymnastik i Norge och Finland enligt gränssjukvårdsförordningen.

6.3 Reseersättning till/från vård inom landstinget

Ersättning resor till vård

Ersättning ges för resa med billigaste möjliga färdstätt med hänsyn till patientens medicinska tillstånd till valfritt sjukhus inom respektive län och till närmste vårdcentral/tandvård.

För samtliga landsting gäller att vid planerad vård ersätts resor högst från bostadsadress (folkbokföringsadress) och den vårdinrättning som besökts.

Resor i samband med vård hos privatläkare som är specialist inom allmänmedicin samt privata sjukgymnaster jämställs med resor till vårdcentraler.

Resor avseende vård inom vårdgarantin ersätts till den vårdinrättning som patienten remitterats till.

Ersättning resor från vård

Resor från den vårdinrättning som besökts ersätts till bostadsadress (folkbokföringsadress) eller till den plats resan påbörjades med billigaste färdstätt utifrån patientens medicinska tillstånd. Resor vid planerad vård ersätts dock högst till bostadsadress (folkbokföringsadress).

Om det är medicinskt motiverat kan resa från vårdinrättning ersättas till annan plats än bostaden eller den plats varifrån resan till vårdinrättningen startade.

Följeslagare

Om det är medicinskt motiverat att patient är i behov av följeslagare ersätts följeslagarens kostnad för resa utan avdrag för egenavgift.

Följeslagares resekostnad ersätts generellt till barn fram till 18-årsdagen.

Sjukt barn

Har förälder eller annan anhörig, med anledning av sjukdom hos barn fram till 18-årsdagen gjort besök i öppen vård eller hos barnet medan det vårdas på sjukhus, ges ersättning för resa och övernattningskostnad om besöket ingått som en del i behandlingen av barnet.

Ersättning ges också för en besöksresa per vecka för en anhörig när barnet är inskrivet i slutenvård.

Ekonomistaben

Ersättning ges för besöken som ersätts enligt samma regler om egenavgifter vid egen sjukresa.

Ersättning ges till två föräldrar och syskon fram till 18-årsdagen **för boende** inkl. frukost på Hotell Björken, Umeå, i samband med vård vid NUS.

Därutöver ges ersättning till två föräldrar och syskon fram till 18-årsdagen **för boende** inkl. frukost vid samtliga sjukhus inom landet

Övernattning

Utgifter för övernattning ersätts om det inte varit möjligt att planera vården så att övernattning kan undvikas. Ersättningen beräknas för det belopp som patienten betalat för logi om övernattning skett på hotell som anvisats av landstinget. Om övernattning föranletts av akut vårdbehov kan ersättning lämnas med skäligt belopp. I övriga fall ersätts övernattning med högt 55 kr per natt.

Resor med dyrare färdstätt efter medicinsk bedömning

Vid planerade besök ska resan till vårdinrättningen beställas av patienten vid Landstingets beställningscentral minst två helgfria dagar före besöket.

Vårdgivare med eget behandlingsansvar avgör behovet av dyrare färdstätt.

Resan från vårdinrättningen ska efter medicinsk bedömning beställas av vårdinrättningens personal via Landstingets beställningscentral som svarar för beställning och samordning av resan.

Sker beställningen av taxi på annat vis än via Landstingets beställningscentral svarar patienten själv för merkostnaden.

På sträckor där särskilt inrättade linjer avdelats för sjukresenärer, ex vis Komfortbussar inom Norrbotten, Sambulans inom Västerbotten, mellan Ånge-Sundsvall och Norrlandskusten linje 100 inom Västernorrland samt Ambuss mellan Jämtland och Umeå, skall patienter efter medicinsk bedömning i första hand nyttja detta färdstätt.

Patienter från Gällivare och Kiruna ska i första hand nyttja tåg om besöket avser vård/behandling vid Norrlands Universitetssjukhus.

6.4 Resor till/från vård utanför landstinget

Specialistvård

Har patienten erhållit specialistvårdsremiss (inte B-Remiss) till visst sjukhus utanför länet gäller samma grundregler som vid resor inom länet.

Har patienten beviljats ett dyrare färdstätt ska beställning av resan ske via Landstingets beställningscentral. I Västernorrland ska resan beställas via Sjukresekontoret.

Ekonomistaben

Vårdgaranti

Har patienten erhållit specialistvårdsremiss till visst sjukhus utanför länet gäller samma grundregler som vid resor inom länet.

Har patienten beviljats ett dyrare färdstätt skall beställning av resan ske vid Landstingets beställningscentral. I Västernorrland ska resan beställas via Sjukresekontoret.

Valfrihet

Resor och boende inom den utökade valfriheten utanför det egna länet ersätts inte av landstingen.

Akut insjuknande utanför hemlandstinget

Vid akut insjuknande i annat landsting än hemlandstinget ersätts resan till närmaste vårdinrättning som kan ge adekvat vård.

Resor från vårdinrättning i samband med akut insjuknande utanför hem landstinget ersätts till den plats där insjuknandet skett.

Vid hemresa till bostadsadressen efter vård i samband med akut insjuknande utanför hemlandstinget ersätts eventuell merkostnad för hemresan. Kostnaden ska styrkas med kvitto.

6.5 Egenavgifter, ersättningsnivåer, högkostnadsskydd

Egenavgifter

Vid en sjukresa svarar patienten själv för en del av kostnaden. Denna kostnad kallas för egenavgift.

Egenavgiften gäller per enkelresa. **Egenavgift 100 kr** oavsett färdstätt. (Buss, tåg, specialfordon, egen bil, skoter, båt, taxi, bårbil, flyg).

Följeslagare i taxi 0 kr.

Resekostnader understigande 100 kr ersätts inte.

Vid samåkning i taxi ska avdrag göras med en egenavgift per patient.

Vid kombination av flera färdstätt vid samma vårdtillfälle gäller en egenavgift.

Ekonomistaben

Har en patient besökt en vårdinrättning och efter remiss därifrån fortsatt direkt till en annan vårdinrättning skall avdrag göras endast med en egenavgift.

Ersättningsnivåer

Resa med privat bil ersätts med 12 kronor/ mil i Jämtland, 10 kronor/mil i Västerbotten och Västernorrland. I Norrbotten ges ersättning baserad på en schablontabell om 10 kronor/mil.

Ersättning för 2 kronor/mil ges följeslagare om medicinskt behov är styrkt.

Resa med färdstätt i allmän trafik ersätts utifrån gällande taxa och mot uppvisade av kvitto.

Resa med snöskoter och båt (som inte går i allmän trafik) ersätts med 30 kronor/mil.

Resor med övriga färdstätt ersätts med av landstinget bestämt skäligt belopp.

Högekostnadsskydd och Frikort

Frikort för sjukresor utfärdas när en patient nått det fastställda taket inom högekostnadsskyddet för sjukresor. **Taket för egenavgift är 1 600 kronor per 12-månadersperiod. I Region Jämtland Härjedalen är barn fram till 18-årsdagen egenavgiftsbefriade.**

Patienten ansvarar och bevakar själv sin rätt och ansöker om frikort och styrker gjorda reor med kvitton på egenavgifter.

Egenavgifter överstigande högekostnadstaket återbetalas ej till patienten.

Frikortet gäller under den tid som återstår av 12 månader räknat från datum för första resan.

Tidsfrist

Rätt till ersättning enligt dessa grunder förfaller om den begärts senare än ett år efter genomförd resa.

6.6 Omprövning

Tillämpning av regelverket för sjukresor kan inte överklagas men patienten har rätt till omprövning av den tolkning som gjorts vid beslutet. Omprövningen sker enligt lokala anvisningar inom respektive landsting.

Ekonomistaben

7 LÄKEMEDEL

7.1 Högkostnadsskydd för läkemedel

De flesta läkemedel som skrivs ut på recept är subventionerade av staten. Det är ett ekonomiskt skydd mot höga kostnader och brukar kallas för högkostnadsskyddet. Även en del andra varor som kan behövas vid vissa sjukdomar är subventionerade.

När det gäller de flesta läkemedel betalar patienten en så kallad egenavgift varje gång recept hämtas ut, upp till 2 200 kronor.

<http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Vad-kostar-lakemedel-pa-recept/>

8 AVGIFTER TANDVÅRD

Tandvård för barn och ungdomar är avgiftsfri. Från det år man fyller 20 år debiteras tandvård enligt den åtgärdstaxa som fastställts av Regionfullmäktige.

Se Lathund för priser i Folktandvården: <http://centuri/ViewItem.aspx?regno=29363>

Personer med stora tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kan ha rätt till tandvård till samma avgift som inom öppna hälso- och sjukvården. Avgiften räknas in i sjukvårdens högkostnadsskydd. Om en patient tillhör denna avgiftsgrupp bedöms i varje enskilt fall av Region Jämtland Härjedalens beställarenhet.

<http://www.regionjh.se/folkhalsasjukochdandvard/tandvard/uppsokandeochnodvandigtandvard/4.2aadf39312b10c5ae3480001111.html>

Avgiften är 300 kr per besök oavsett vårdgivare.

Återbud ska lämnas senast klockan 12.00 vardagen före besöksdagen.

Vid uteblivande och sena återbud debiteras en avgift på 300 kronor oavsett vårdgivare och patientkategori. Avgifter för uteblivna besök ingår inte i något högkostnadsskydd.

Om patienten i efterhand kan uppge rimligt skäl, t ex att kallelse inte kommit fram, eller att något oförutsett hänt på vägen till mottagningen, kan fakturan makuleras. Däremot ska inte fakturan makuleras om patienten uppges ha frikort, är värnpliktig eller är avgiftsbefriad av annat skäl.

Det kan finnas medicinska skäl till varför uteblivet besök inte ska faktureras. Detta avgörs av legitimerad personal i varje enskilt fall.

Ekonomistaben

9 AVGIFTER KOPIOR

Varje medborgare har rätt till ett årligt utdrag ur sin journal. Ett besök på sjukvårdsinrättning för att ta del av journal eller få den förklarad debiteras inte. Skickas kopior i stället för att patienten besöker vårdinrättningen ska det heller inte debiteras någon avgift.

När kopior efterfrågas i övrigt gäller följande avgifter.

Kopia och utskrift av allmänna handlingar och journaler	Avgift
Avgift för 10 sidor	50 kr
Avgift per sida därutöver	2 kr
Avgift för 1-9 sidor	0 kr

I förekommande fall ska mottagaren betala ersättning för portokostnader för försändelser som väger mer än 20 gram samt för eventuell postförskottsavgift eller annan särskild kostnad för att med post, bud eller liknande sända den begärda handlingen eller kopian till mottagaren.

Avgifterna ingår inte i något högkostnadsskydd.

Kopior av allmänna handlingar och journalkopior är moms fria.

Samma avgifter gäller oavsett vem som begär kopior, exempelvis betalar en patient och ett försäkringsbolag samma avgifter. Undantagna från avgifter är:

- Andra myndigheter, vårdinrättningar och privata vårdgivare
- Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)
- Personskadereglering AB
- Massmedia

10 TRANSPORT AV AVLIDEN

Region Jämtland Härjedalen har beslutat att ta betalt för faktisk kostnad vid transport av avliden, när extern transportör anlitas.

Dödsboet har normalt betalningsansvaret.

I vissa fall kan remitterande klinik, polis eller annan vårdenheter ha betalningsansvaret.

Läs mera: Riktlinjen [Avgifter för transport av avliden](#) (07888).

Ekonomistaben

11BILAGOR

Blankett: Ersättning för inställt besök eller behandling.

Ekonomistaben

Ersättning för inställt besök eller behandling

Fyll i nedanstående uppgifter.

Namn:.....

Personnummer:.....

Telefonnummer, hem:..... arbete:.....

Adress:.....

Datum för det inställda besöket/behandlingen:.....

Vilken behandling/operation som skulle ha gjorts:.....

.....

Orsak till att besöket/behandlingen blev inställd:

.....

Avdelning (om du varit inlagd):.....

Ekonomiska anspråk på ersättning för utlägg och/eller förlorad arbetsinkomst.
Specificera utlägg och belopp och bifoga kvitto.

.....

.....

Bank:..... Clearingnr:.....Kontonr:

2016-03-11

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

Nationell finansiering av biobanken för navelsträngsblod - rekommendation till Landsting och Regioner

Ärendenr: 16/00141

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 11 mars 2016 beslutat

att rekommendera landstingen och regionerna att till biobanken för navelsträngsblod betala 1,00 kronor per invånare och år under tre år med start januari 2016.

att varje landsting/region uppmanas att senast 1 maj 2016 anmäla till Sveriges Kommuner och Landsting hur rekommendationen har behandlats.

att navelsträngsblodbanken under anslagsperioden redovisar vilka åtgärder som vidtagits för att öka nyttjandegraden av insamlade celler

Bakgrund

SKL:s styrelse beslutade år 2009 att rekommendera landstingen, Region Skåne, Västra Götalandsregionen samt Gotlands kommun att till biobanken för navelsträngsblod betala 1,40 kronor per invånare samt att till Tobiasregistret betala 0,40 kronor per invånare under tre år, med start andra halvåret 2009. Inför beslutet hade andra finansieringskällor noggrant undersökts och några sådana fanns inte då och inte heller idag. Motiveringen till beslutet var att verksamheten har nationell karaktär och bör därför finansieras eller stödjas på nationell nivå, dvs. av landstingen gemensamt.

Under våren 2012 vände sig företrädare för Tobiasregistret och för Navelsträngsblodbanken till Sveriges Kommuner och Landsting för fortsatt ekonomiskt stöd under ytterligare en treårsperiod med start 1 juli 2012. Navelsträngsblodbanken ansökte om stöd motsvarande 1,50 kr per invånare och Tobiasregistret önskade 0,43 kr per invånare, vilket motsvarar indexuppräknings tidigare belopp.

Under våren 2015 togs ny kontakt av Tobiasregistret. SKL:s styrelse beslutade i juni 2015 att rekommendera landstingen, Region Skåne, Västra Götalandsregionen samt Gotlands kommun att till Tobiasregistret betala 0,48 kr per invånare under tre år med start 1 juli 2015.



Nationella navelsträngsbiobanken inkom strax innan sommaren med en ansökan om fortsatt stöd från landstingen och regionerna med 1,00 krona per invånare avseende perioden 1 juli 2015 – 30 juli 2018. Då nationella navelsträngsbiobanken tidigare aviserat att banken skulle vara självförsörjande efter senaste bidragsperioden, har ansökan under hösten 2015 kompletterats med en hälsoekonomisk studie.

Biobanken för navelsträngsblod

Biobanken för navelsträngsblod finns vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Västra Götalandsregionen. Den fick i december 2005 statliga Dagmarmedel för igångsättning. Dåvarande sjukvårdsminister gav Sahlgrenska universitetssjukhuset i uppdrag att under tre år bygga upp en bank med 500 enheter navelsträngsblod. I uppdraget ingick också att minst 50 % av enheterna skulle komma från givare med etniskt ursprung utanför Europa. 1 juli 2009 hade banken nått målet 500 infrysta enheter och ca 40 % av enheterna kom från barn med etniskt ursprung utanför Sverige.

2011 hade banken 2 424 enheter infrysta. 2011 invigdes också insamlingsenheten vid Karolinska sjukhuset, Huddinge invigts. Banken är en nationell angelägenhet, därför är det viktigt med fler än en insamlingsort då det ger en större etnisk variation och därmed en större variation av HLA-typer. Under sommaren 2015 beräknades banken ha 4 500 infrysta enheter och målet om 5 000 enheter närmar sig.

Nationella Vävnadsrådets vävnadsområdesgrupp Stamceller tillstyrker Navelsträngsblodbankens begäran om nationell finansiering. Det är av nationellt intresse att Navelsträngsblodbanken byggs ut till att nå det uppsatta målet. Vävnadsområdesgruppen anger att den svenska banken har en mycket god kvalitet med de största celldoserna av alla banker. Man arbetar målinriktat med att ersätta enheter med små celldoser samt att öka andelen icke kaukasiska enheter. Detta ökar möjligheterna för att kunna lokalisera och snabbt erhålla HLA-kompatibla enheter för stamcellstransplantation för patienter som inte har egna givarregister. Det ökar möjligheterna till jämlikvård oavsett ursprung.

Navelsträngsblodbankens enheter finns registrerade i olika register och deltar i nationellt utbyte. Kvaliteten på levererade enheter från den svenska banken bedöms vara god och med en hög grad av etnisk diversitet.

Nationella navelsträngsblodbanken är FACT-ackrediterad (Foundation for Accreditation of Cellular Therapy). FACT:s ackrediteringskrav är mycket stränga. Ackreditering avseende laboratorieanalyser i verksamheten har erhållits från Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (Swedac). Dessutom har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskat verksamheten och bedömt att den uppfyller lagens krav på kvalitet och säkerhet.



Behandling

I navelsträngsblod finns stamceller som är särskilt lämpade för benmärgstransplantation. Stamcellerna kan användas t.ex. vid livshotande tillstånd hos barn med allvarliga immunbrister och hos personer med leukemi eller andra blod- och cancersjukdomar. Ofta saknas andra behandlingsalternativ. Behandlingarna är väl beprövade, dvs. har tillräcklig medicinsk evidens. Motivet för biobankens inrättande var att för 25-50 % av berörda patienter inom främst cancervården saknas givare av blodstamceller.

Problem med insamling

Förhoppningen och ambitionen har varit att målet om 5000 enheter skulle vara uppnått under föregående treårsperiod. Faktorer i omgivningen har dock försvårat insamlingen. Kraven har ökat på cellinnehåll i de frysta enheterna då man funnit att detta är lika viktigt som graden av HLA-identitet (graden av vävnadstyplighet mellan givare och mottagare). Det behövs större cellantal ju mer HLA-olik navelsträngsblodet är. Detta betyder att en stor mängd redan infrysta enheter aldrig kommer kunna användas.

Tillkomsten av privata navelsträngsblodbanker har också försvårat insamlingen. Det finns två aktiva privata navelsträngsblodbanker i Sverige där navelsträngsblod samlas in för familjens privata bruk. Detta betyder färre donatorer till den nationella offentliga banken.

Det har också under de senaste åren pågått en debatt kring tidig eller sen avnavling som påverkar bankens möjligheter till rekrytering av givare. Rutinen i Sverige och i de flesta industriländer är tidig avnavling. Debatten har lett till att färre mödrar väljer att donera sitt barnsnavelsträngsblod. I Huddinge avnavlas barnet vid en minut om föräldrarna samtycker till donation. Detta leder till färre nej, men samtidigt till att betydligt färre enheter från Huddinge innehåller tillräckligt med celler för att frysas in.

Förutsättningar för finansiering av navelsträngsblodbanken och Tobiasregistret

Från halvårsskiftet 2009 har biobanken i huvudsak fått sin finansiering via bidrag från landstingen. Barncancerfonden har gett ett bidrag för att möjliggöra insamling på annan plats än Göteborg.

Inför beslutet 2009 att rekommendera nationell finansiering undersöktes möjligheterna till alternativ finansiering mycket noggrant. Möjligheterna visade sig då vara mycket begränsade. Flera finansiärer, bl. a Cancerfonden, hade som policy att inte stödja denna typ av insatser. Förutsättningarna har inte förändrats varför en nationell finansiering även fortsättningsvis i huvudsak måste ske med landstingsmedel.

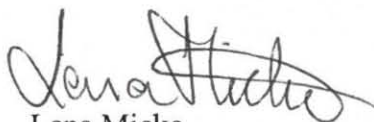


Banken distribuerar mellan 5-10 enheter per år och får en intäkt motsvarande 200 tkr per enhet, vilket ger en total intäkt om 1-2 miljoner kronor. Kostnaden för banken uppgick 2015 till 16, 4 miljoner kr. Kostnaderna omfattas av personalkostnader, laboratorieanalyser, lokaler, transporter, medlemsavgifter, ackrediteringsavgifter mm. Kostnaderna väntas minska något åren framöver när man nått målet om 5000 enheter men man kommer inte att bli självförsörjande.

I ansökan för de två tidigare perioderna har målet och ambitionen varit att navelsträngsblodbanken ska vara självförsörjande. Men det är inte rimligt att en offentlig altruistisk bank ska vara självförsörjande då man inte tar ut någon avgift. Privata navelsträngsblodbanker kan ta ut avgift för att finansiera sin verksamhet. Samtidigt bidrar banken till möjligheter i sjukvården och ett bättre liv för många patienter. Den hälsoekonomiska studien visar också att kostnadseffektkvoten är låg jämfört med att inte ge någon behandling och att kostnad per QUALY ligger inom måttliga nivåer.

Mot denna bakgrund är det rimligt med en gemensam finansiering av den nationella navelsträngsblodbanken även på lång sikt. Nivån på ersättningen till banken kan dock variera över tid varför ett nytt beslut om nivån på ersättningen bör tas om tre år.

Sveriges Kommuner och Landsting



Lena Micko
Ordförande

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

2015-11-04

RS/385/2015

Regler för regionstyrelsens uppsiktsplikt

Enligt kommunallagen (KL) 6 kap. 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i.

Regionstyrelsen ska följaktligen:

- Ha överblick och kännedom över Region Jämtland Härjedalens verksamheter
- Övervaka den ekonomiska förvaltningen
- Tillse att medlen används ändamålsenligt
- Övervaka att fullmäktiges beslut blir verkställda
- Lämna råd och anvisningar samt påpekanden vid brister
- Påkalla ingripanden av fullmäktige när så erfordras

Styrelsen ska löpande inhämta den information som behövs för att kunna utföra sin uppsiktsplikt. Detta sker genom månadsrapporter, delårsrapporter, bokslut och protokoll. Utöver detta ska styrelsen få information om hur nämnd, bolag eller stiftelse uppfyller sitt syfte och uppdrag utifrån gällande bolagsordning, ägardirektiv, stadgar etc. samt hur de uppfyller sina övergripande mål utifrån regionplanen. Det ska även ingå en redovisning om ekonomi samt hur egenkontroll görs. Redovisning enligt ovan ska ske i nämndernas, bolagens, stiftelsernas och föreningarnas årsbokslut.

Utöver skriftliga rapporter kan styrelsen besluta att företrädare för nämnd, bolag och stiftelse i samband med styrelsens sammanträde ska informera regionstyrelsen om måluppföljning och ekonomiskt resultat utifrån de mål som är satta av regionfullmäktige.

Utvärdering av uppsiktsplikt

I samband med att styrelsen årligen tar sin plan för uppsikt görs en skriftlig utvärdering av resultatet av uppsiktsplikten föregående år och vilka eventuella åtgärder som styrelsen vidtagit. En kontroll görs även att av nämnder, bolag och stiftelser inkommit med material efter ev. påpekanden om brister eller behov av åtgärder. Fullmäktige ska via informationsärendet ta del av denna utvärdering.

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

2016-03-30

RS/628/2016

Sammanställning av nämnder, bolag, förbund m.fl.

Nämnd/bolag/stiftelse	Månadsrapport	Delår april	Delår augusti	Bokslut	Protokoll delges RS
Regionstyrelsen					
Regionala utvecklingsnämnden	X	X	X	X	
Vårdvalsnämnden	X	X	X	X	
Patientnämnden				X	
Revisionsnämnden				X	
Gemensam nämnd Frostviken				X	X
Gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter		X	X	X	X
Norrlandstingets regionförbund				X	
Samordningsförbundet i Jämtlands län				X	
Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag					
Landstingsbostäder i Jämtland AB				X	
Stiftelsen Jamtli			X	X	
Stiftelsen teknikutbildning i Jämtland Zenit				X	
Regionala utvecklingsnämnden					
AB Transito			X	X	
Länstrafiken			X	X	
Norrtåg AB			X	X	
Almi företagspartner Mitt AB			X	X	
Mid Sweden Science Park AB			X	X	
Vattenbrukscentrum Norr AB			X	X	
Jämtland Härjedalen Turism ek. förening					
Torsta AB			X	X	
Naboer AB				X	
Jämtlandsården AB					
Coompanion ek. förening					
Folkets hus Östersund ek.					



förening					
Norrlands nätverk för musikteater och dans. Kommunalförbund				X	



Löptext