



Sammanträde med:

Hälso- och sjukvårdsnämnd

Sammanträdesdatum: 2020-02-26

Tid: kl. 09:00-16:00

Plats: Konferensrum Linden, Eklundavägen 1

Gruppmöten 08.00-09.00

(S) (KD) (C) i Linden, Eklundavägen 1

(M) (L) i Boken, Eklundavägen 2, (MP) ansluter 08.30

Meddela förhinder snarast möjligt till nämndsekreterare kristina.berglund@regionorebrolan.se eller 070-642 73 40.

Du som är ersättare meddelar om du kommer att närvara.

Tänk på våra allergiker och undvik starka dofter.

Ledamöter kallas

Karin Sundin (S), ordförande
Behcet Barsom (KD), vice ordförande
Sebastian Cehlin (M), 2:e vice ordförande
Peter Björk (S)
Gunnel Kask (S)
Lars-Eric Johansson (S)
Kerstin Bergström Persson (S)
Carina Dahl (S)
Charlotte Edberger (C)
Ulrika Björklund (M)
Mats Einestam (L)
Monika Aune (MP)
Gunilla Fredriksson (SD)
Elin Jensen (SD)
Anneli Mylly (V)

Ersättare underrättas

Ulla Kalander-Karlsson (S)
Azra Prepica (S)
Ewa Sundkvist (KD)
Xerxes Åkerfeldt (C)
Maria Lönnberg (M)
Carl Alm (M)
Anna Nordqvist (M)
Habib Brini (SD)



1. Protokollsjustering

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att jämte ordförande att justera dagens protokoll utses Monika Aune (MP) med Peter Björk (S) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 11 mars 2020.

2. Anmälan av frågor

3. Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse 2019

Darienummer: 20RS1335

Föredragande: Gustav Ekbäck

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse för 2019.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse är uppföljning av nämndens verksamhetsplan för 2019, vilket i sin tur utgår från förutsättningar, mål, inriktningar och ambitioner som uttrycks i regionfullmäktiges verksamhetsplan.

Verksamhetsberättelsen innehåller redovisning från hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Redovisning och uppföljning sker också av nämndens uppdrag och nämndens internkontrollplan samt ISK-bedömning.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, verksamhetsberättelse 2019
- Verksamhetsberättelse 2019 för hälso- och sjukvårdsnämnden

4. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens patientsäkerhetsberättelse för 2019

Darienummer: 20RS1090

Föredragande: Inger Nordin Olsson

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att fastställa patientsäkerhetsberättelsen för 2019.

Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) reglerar ansvaret för vårdens arbete med patientsäkerhetsfrågor. Region Örebro läns patientsäkerhetsberättelse innehåller redovisning från Hälso- och sjukvården, Folk tandvården samt Regionservice.

Vårdgivaren är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att varje år senast den 1



mars upprätta en Patientsäkerhetsberättelse som ska vara tillgänglig för den som vill ta del av den. Den publiceras på regionen samt sänds till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har en förvaltningsövergripande chefläkarfunktion i samarbete med de olika områdenas chefläkare/anmälning-ansvariga och patientsäkerhetscontroller ansvar för det samlade patientsäkerhets-arbetet.

Anmälning-ansvarig från Medicinsk Teknik, Regionservice deltar också i chefläkargruppens möten för ett nära och säkert samarbete i vården.

Inom Folk tandvården ansvarar en cheftandläkare för patientsäkerhetsarbetet och den cheftandläkaren deltar i hälso- och sjukvårdens chefläkararbete. Privata vårdgivare med vårdavtal presenterar patientsäkerhetsberättelser utifrån eget vårdgivaransvar, dessa följs upp av enheten för Hälsoval inom Staben hälso- och sjukvård på Region-kansliet.

Det nya klagomålssystemet är i funktion fullt ut och följer lagens intention. Systemet har benämnts som ”ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården” och det nya systemet ska avlasta Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som endast ska utreda de mer allvarliga fallen av vårdskador. Vårdgivarna ska nu i första hand ta emot och besvara klagomål från patienter och deras närstående. Vårdgivarna ska också förklara vad som inträffat och vid behov vidta åtgärder för att liknande händelser inte ska inträffa igen. Tanken är att vårdgivarna i ett tidigt skede ska kunna vidta åtgärder för att förebygga vårdskador. Vårdgivarnas ansvar att anmäla allvarliga vårdskador till IVO är oförändrat.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, hälso- och sjukvårdsförvaltningens Patientsäkerhetsberättelse 2019
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningens Patientsäkerhetsberättelse 2019

5. Initiering av upphandling av hyrläkare

Darienummer: 20RS673

Föredragande: Maria Åkesson

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera upphandling av hyrläkare.

Sammanfattning

För att klara bemanningen har hälso- och sjukvården ett fortsatt behov av att kunna ta in hyrläkare för att kunna möta behoven av vård.

Region Örebro län arbetar aktivt för att minska beroendet av hyrläkare och för att ha en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare. Pågående arbete och strategier kring detta ska fortsätta. Med oberoende menas att verksamheterna hyr in personal enbart när det finns särskilda skäl från ett effektivitets- och kvalitetssyfte.

Ett nationellt mål finns att kostnaden för hyrpersonal ska ner till en nivå som motsvarar 2% av den totala personalkostnaden för hälso- och sjukvårdspersonal. Region Örebro län låg vid senaste mätningen på 2,9% som i en jämförelse är ett förhållandevis bra resultat. Region Örebro län hyr endast in läkare medan många övriga regioner även hyr in sjuksköterskor, en grupp som alljämt ökar i flera regioner.



Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, initiering av upphandling av hyrläkare
- Initiering av upphandling av hyrläkare
- Diagram över kostnader hyrläkare 2019 jämfört med tidigare år

6. Svar på remiss om screening för X-ALD (X-bunden adrenoleukodystrofi)

Diarienummer: 19RS9424

Föredragande: Katrin Boström

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Region Örebro län har på remiss fått Socialstyrelsens rekommendation och bedömningsunderlag om screening för X-ALD (X-bunden adrenoleukodystrofi).

Socialstyrelsens bedömning har gjorts enligt den nationella modell som finns för att bedöma screeningprogram.

Att screena för X-ALD innebär att ytterligare ett test inkluderas för nyfödda pojkar i den befintliga och väletablerade PKU-screeningen som sker på nyfödda.

Region Örebro län ställer sig bakom Socialstyrelsens rekommendation och bedömningsunderlag.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, svar på remissen Screening för X-ALD (X-bunden adrenoleukodystrofi)
- Svar på remissen Screening för X-ALD (X-bunden adrenoleukodystrofi)
- Remiss - Screening för X-ALD för nyfödda pojkar
- Bilaga 1 - Remiss - Screening för X-ALD för nyfödda pojkar, rekommendation och bedömningsunderlag, remissversion

7. Budget 2020 för i sjukvårdsregionen gemensamma verksamheter

Diarienummer: 20RS675

Föredragande: Jonas Claesson

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar i enlighet med Samverkansnämndens rekommendation

att budget 2020 för Arbets- och miljömedicin Örebro utgörs av budget 2019 uppräknat med 1 procent.

Sammanfattning

Inom det sjukvårdsregionala samarbetet under Samverkansnämnden Uppsala Örebro finns ett antal gemensamt finansierade verksamheter. Aktuellt beslut avser den rekommendation till de ingående regionerna som Samverkansnämnden tog beslut om vid sitt sammanträde den 5-6 december 2019. För Region Örebro län berör beslutet Arbets- och miljömedicinska



kliniken i Örebro som finansieras gemensamt av Region Sörmland, Region Västmanland, Region Värmland och Region Örebro län.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, budget 2020 för i sjukvårdsregionen gemensamma verksamheter, Arbets- och miljömedicin Örebro
- Budget 2020 för Arbets- och miljömedicin
- Protokoll från Samverkansnämnden den 5-6 december 2029

8. Rekommendation från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) om överenskommelse om samverkansregler

Diarienummer: 19RS10273

Föredragande: Gabriel Stenström

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att i enlighet med rekommendation från styrelsen för SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) anta överenskommelse om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laborietekniska industrin.

Sammanfattning

Sedan många år finns gemensamt överenskomna regler, kallade Samverkansreglerna, om vad som gäller när hälso- och sjukvårdens och industrins medarbetare och chefer ska samverka med varandra inom olika områden. Parter är Sveriges Kommuner och Regioner, Läkemedelsindustriföreningen, Swedish Medtech och Swedish Labtech.

Samverkansreglerna reviderades senast för sex år sedan. Nu behöver de moderniseras och uppdateras till dagens kontext. Inga förändringar av större dignitet föreslås, mer än förtydliganden och förenklingar för att göra dem mer kommunicerbara.

Den största förändringen inför 2020 är att Samverkansreglerna föreslås delas upp och bestå av två delar: En gemensamt överenskommen policy med bärande principer och regler av långsiktig karaktär, vilka utgör grunden för samverkan. En klok och insiktsfull tillämpning av dessa kan vara fullt tillräcklig för att samverkan sker på ett förtroendefullt sätt. Som stöd för samverkan finns även en bilaga med specificerade samverkanssituationer, vilken kommer uppdateras mer löpande för största möjliga aktualitet. Både överenskommelse och bilaga är styrande för samverkan.

Enligt förslaget till beslut antar Region Örebro län överenskommelsen i enlighet med rekommendation från styrelsen för SKR (Sveriges Kommuner och Regioner).

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, rekommendation från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) om överenskommelse om samverkansregler
- Överenskommelse från SKR om samverkansregler
- Rekommendation från SKR om samverkansregler

9. Rekommendation från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) om marknadsföring av hälso- och sjukvård



Diarienummer: 19RS10261

Föredragande: Gabriel Stenström

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen

att i enlighet med rekommendation från styrelsen för SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) införa och tillämpa riktlinjer för marknadsföring av hälso- och sjukvård, samt

att i nästa revidering införa riktlinjen i Krav- och kvalitetsbok för Hälsoval Örebro län.

Sammanfattning

Frågor om marknadsföring av hälso- och sjukvård har fått ökad aktualitet de senaste åren, bland annat på grund av framväxten av vårdgivare som erbjuder hälso- och sjukvård via digitala kanaler över hela landet. Även om grundläggande bestämmelser finns i Marknadsföringslagen, finns samtidigt ett behov av komplettering och förtydliganden utifrån de förhållanden som gäller i hälso- och sjukvården.

SKR har nu i samverkan med regionerna arbetat fram nationella riktlinjer för marknadsföring. Riktlinjerna tar sikte på vårdgivare inom offentligfinansierad hälso- och sjukvård och är teknikneutrala i den mening att de omfattar all hälso- och sjukvård, oavsett om den erbjuds fysiskt eller digitalt. Syftet är att skapa tydliga villkor för marknadsföring av hälso- och sjukvård och bidra till att invånare får god och relevant information om de tjänster som erbjuds.

I riktlinjerna anges exempelvis att vårdgivare inte får marknadsföra sig och sina vårdtjänster med fokus på avgifters storlek. Vårdgivare får inte heller rikta sin marknadsföring till barn och ungdomar under 18 år. Av SKR:s rekommendation framgår att riktlinjerna behöver införas i regionernas etableringsvillkor för primärvård för att få genomslag i praktiken.

Enligt förslaget till beslut föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden att regionstyrelsen antar överenskommelsen i enlighet med rekommendation från styrelsen för SKR (Sveriges Kommuner och Regioner), och att den i nästa revidering införs i Krav- och kvalitetsbok för Hälsoval Örebro län.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, rekommendation från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) om marknadsföring av hälso- och sjukvården
- Meddelande från styrelsen nummer 17/2019 – Marknadsföring av hälso- och sjukvård

10. Upphandling av vårdavtal avseende lymfterapeutiska behandlingar

Diarienummer: 20RS499

Föredragande: Mikael Johansson

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att upphandla lymfterapeutiska behandlingar motsvarande nuvarande avtal och ekonomiska utrymme.

Sammanfattning

Regionen har behov av lymfterapeutiska behandlingar och Region Örebro län (organisationsnummer 232100-0164) har idag två vårdavtal gällande lymfterapeutiska tjänster med Lymfkliniken i Örebro, Stenström & Kullberg AB (organisationsnummer



630908-4827) samt Lymfkliniken Karlskoga HB (organisationsnummer 916575-3535). Slutdatum för båda vårdavtalen är 2021-02-28 och det finns ingen möjlighet till förlängning. Budgeten för respektive avtal är cirka 2,1 mnkr/år på mottagningen i Örebro samt cirka 0,7 mnkr/år i Karlskoga.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, upphandling av vårdavtal avseende lymfterapeutiska behandlingar

11. Utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation

Diarienummer: 20RS1788

Föredragande: Jonas Claesson

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att återkomma till nämnden senast den 31 mars med förslag till hur de rekommendationer och förslag till fördjupat arbete som lyfts fram i rapporten "Utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation" vidare skall handläggas inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, med särskild hänsyn tagen till ett närvarande och aktivt ledarskap.

Sammanfattning

Regionfullmäktige har gett hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag att genomföra en utvärdering av befintlig organisering av hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsdirektören har därför initierat en utredning med uppgift att dels genomföra en utvärdering, dels rekommendera viktiga åtgärder för att ställa om verksamheten så att målen i Målbild 2030 kan nås. Dessutom ska åtgärderna göra att en långsiktig ekonomisk balans uppnås.

Rapporten redovisades för nämnden genom en föredragning i januari. Den innehåller rekommendationer och förslag till fördjupat arbete. Hälso- och sjukvårdsdirektören föreslår nu att få i uppdrag att senast 31 mars redovisa förslag till hälso- och sjukvårdsnämnden om hur utvärderingens rekommendationer och förslag till fördjupat arbete ska handläggas inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation
- Utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation
- Bilaga 1A, beslut från landstingsstyrelsen 2014-12-09, en utvecklad hälso- och sjukvårdsorganisation - närsjukvård och länsverksamhet
- Bilaga 1B, utredningen En utvecklad hälso- och sjukvårdsorganisation - närsjukvård och länsverksamhet
- Bilaga 2, Målbild för hälso- och sjukvård i Örebro län 2030
- Bilaga 3A, organisationsbild över hälso- och sjukvården
- Bilaga 3B, organisationsskiss över sjukhusverksamheter organiserade i Område närsjukvård väster samt länsverksamhet på Karlskoga lasarett
- Bilaga 3C, organisationsskiss över sjukhusverksamheter organiserade i område närsjukvård norr samt länsverksamhet på Lindesbergs lasarett
- Bilaga 3D, organisationsskiss områden
- Bilaga 4A, resultattabla omställning till Nära vård
- Bilaga 4B, resultatöversikt Sammanhållet vårdssystem - god och nära vård



- Resultatöversikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden, jämförelse mellan landsting och regioner baserat på ett urval av indikatorer i vården i siffror
- Bilaga 4D, diagram nettokostnad primärvård och specialiserad somatisk vård
- Bilaga 4E, diagram andel op/beh inom 90 dagar januari-november 2015-2019, område opererande och onkologi
- Bilaga 4F, diagram andel nybesök inom 90 dagar januari-november 2015-2019 område opererande och onkologi
- Bilaga 4G, ortopedins och ögonsjukvårdens resultat för måluppfyllelse av vårdgaranti avseende operation/åtgärd för åren 2015-2019
- Bilaga 5, övriga förbättringsförslag

12. Svar till Datainspektionen i tillsynsärende

Diarienummer: 20RS1209

Föredragande: Niklas Tiedermann

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att svara Datainspektionen i enlighet med förslaget till svar, samt

att paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning

Datainspektionen har fått in ett klagomål där det uppges att en anmälan mot Rättspsykiatriska kliniken i Örebro har publicerats under hälso- och sjukvårdsnämndens handlingar på Region Örebro läns webbplats.

Den anmälan som klagomålet rörde återfanns i kallelsen till nämndsammanträdet 2019-09-25.

Anmälan innehöll olika typer av personuppgifter relaterade till den berörda personens vistelse vid sjukvårdsinrättning.

Den publicerade handlingen togs därefter genast bort från webben. Vidare granskades alla publicerade kallelser och protokoll i syfte att kontrollera så att ytterligare röjande inte hade skett. Ärendet har därefter hanterats i enlighet med de rutiner som gäller. Dessa inkluderar bland annat anmälan av personuppgiftsincident till Datainspektionen, upprättande av intern avvikelseanmälan och arbete med att undersöka vad som kan göras för att något liknande inte ska hända igen.

Datainspektionen har med anledning av händelsen ställt frågor till nämnden. Ett förslag till svar till Datainspektionen har upprättats.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, svar på tillsynsskrivelse från Datainspektionen
- Svar på tillsynsskrivelse från Datainspektionen
- Begäran om svar på frågor gällande klagomål om publicering under Hälso- och sjukvårdsnämndens handlingar på Region Örebro läns Webbplats

13. Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för återöppnande av förlossningen på Karlskoga lasarett

Diarienummer: 20RS1774

Föredragande: Jonas Claesson



Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att ta emot ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett”.

Sammanfattning

Kvinnoklinikens verksamhetschef tog den 29 maj 2019 beslut att förlossningen i Karlskoga skulle stänga från och med den 15 juni 2019. Beslutet togs mot bakgrund av att patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen inte kunde tillgodoses.

Ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga förutsätter att Region Örebro län långsiktigt och hållbart kan upprätthålla och säkerställa en patientsäker vård. Hälso- och sjukvården ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) bedriva ett patientsäkerhetsarbete som är förebyggande vilket innebär ett arbete med att identifiera risker i vården och att sedan verka för att dessa elimineras så att undvikbara vårdskador inte ska uppstå.

En arbetsgrupp med berörda verksamhetschefer och chefläkare har under hösten 2019 arbetat med att ta fram förutsättningar för ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga. Arbetet har baserats på den kartläggning som presenterades för hälso- och sjukvårdsnämnden vid sammanträdet den 28 september 2019.

Höstens arbete har lett fram till rapporten ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett”.

Hälso- och sjukvårdsdirektörens sammanvägda bedömning är att förlossningen i Karlskoga bedöms kunna återöppnas tidigast vid årsskiftet 2024/2025 under förutsättning att föreslagna bemanningsåtgärder har varit framgångsrika.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, plan för förlossning KGA
- 20200218 HSD plan för återöppnande av förlossningen i Karlskoga slutlig

14. Upphandling av förlossningsverksamhet i Karlskoga; uppdrag avseende upphandlingsunderlag

Diarienummer: 20RS1775

Föredragande: Jonas Claesson

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen att föreslå regionfullmäktige besluta

att ge hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag att genomföra en upphandling av förlossningsverksamheten med tillhörande verksamheter i Karlskoga, samt

att under förutsättningar att regionfullmäktige beslutar i enlighet med ovanstående förslag, ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att till nämnden lämna förslag till förfrågningsunderlag och förutsättningar för att genomföra upphandlingen så att beslut kan fattas på hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 16 juni 2020.



Sammanfattning

Kvinnoklinikens verksamhetschef tog den 29 maj 2019 beslut att förlossningen i Karlskoga skulle stänga från och med den 15 juni 2019. Beslutet togs mot bakgrund av att patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen inte kunde tillgodoses.

Ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga förutsätter att Region Örebro län långsiktigt och hållbart kan upprätthålla och säkerställa en patientsäker vård. Hälso- och sjukvården ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) bedriva ett patientsäkerhetsarbete som är förebyggande vilket innebär ett arbete med att identifiera risker i vården och att sedan verka för att dessa elimineras så att undvikbara vårdskador inte ska uppstå.

En arbetsgrupp med berörda verksamhetschefer och chefläkare har under hösten 2019 arbetat med att ta fram förutsättningar för ett återöppnande av förlossningen i Karlskoga. Arbetet har baserats på den kartläggning som presenterades för hälso- och sjukvårdsnämnden vid sammanträdet den 28 september 2019. Höstens arbete har lett fram till dokumentet ”Hälso- och sjukvårdsdirektörens plan för att återöppna förlossningen vid Karlskoga lasarett”.

Hälso- och sjukvårdsdirektörens sammanvägda bedömning är att förlossningen i Karlskoga kan återöppnas tidigast vid årsskiftet 2024/2025 under förutsättning att föreslagna bemanningsåtgärder har varit framgångsrika. Hälso- och sjukvårdsnämnden har i särskilt ärende beslutat ta emot rapporten.

Nämnden gör mot bakgrund av rapporten följande bedömning:

Det är viktigt att förlossningsverksamheten i Karlskoga kommer i gång så fort som möjligt. Hälso- och sjukvårdsdirektören uppger att detta kan ske tidigast vid årsskiftet 2024/2025. Nämnden anser dock att det är viktigt att på annat sätt försöka få igång en förlossningsverksamhet i Karlskoga vid en tidigare tidpunkt än denna. Av den anledningen bör ett försök göras att snarast möjligt handla upp förlossningsverksamhet i Karlskoga.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, upphandling förlossning KGA
- 20200218 HSD plan för återöppnande av förlossningen i Karlskoga slutlig

15. Anmälnings- och meddelandeärenden

Diarienummer: 20RS9

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen.

Sammanfattning

Anmälningsärenden:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om avskrivning av skuld till dödsbon, 19RS10128-10134.



2. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal avseende Dupixent.
3. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om intagningsstopp, revidering och uppföljning av beslut, 19RS10472.
4. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om tillfällig stängning av vårdplatser avdelning 1, gemensam psykiatri och utveckling, 19RS2680-7.
5. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om tillfällig stängning av vårdplatser psykiatrisk observationsavdelning, 20RS31-1.
6. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om avgiftsbefrielser, 20RS278-1-5.
7. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om avstängning, 20RS127.
8. Biträdande områdeschef för Närsjukvård väster har fattat beslut om tillfällig stängning av vårdplatser på MAV A 1 och 2 på helger från 40 vårdplatser till 32 vårdplatser, 20RS527.
9. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om initiering av upphandling för Holmium/YAG-laser, 20RS203.
10. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om tillfällig stängning av vårdplatser på grund av renovering efter en omfattande vattenskada, 19RS2980.
11. Områdeschefen för Psykiatri har fattat beslut om att stänga en psykiatrisk intensivvårdsplats på grund av skadegörelse, 20RS31.
12. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat personuppgiftsbiträdesavtal med Karlstads universitet, 18RS8061.
13. Områdeschefen för Opererande och onkologi har beslutat om tillfällig stängning av vårdplatser på avdelning 6.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, anmälnings- och meddelandeärenden
- 18950_2019-10 Missiv till Faktagranskning och Kommunering6221538_3960725_0
- 18950_2019-9 Inspektionsprotokoll 6179292_3937064_0
- Protokoll BNV 2020-01-29

16. Information

1. Arbetet med hyrläkarberoendet - Lena Adolfsson, Helena Svensson
2. Dataskyddsombudets roll - Agata Cierzniać
3. Intern styrning och kontroll (ISK) - Linda Persson
4. Överenskommelser med staten och Sveriges Kommuner och Regioner - Katrin Boström



5. Nya kömiljarden - Payam Ceghafi
6. Ekonomisk rapportering inklusive uppföljning av arbetet med handlingsplanen - Christer Lundqvist
7. Vårdplatssituationen och tillgängligheten - Gustav Ekbäck
8. Hälso- och sjukvårdsdirektörens information - Jonas Claesson

3

Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse 2019

20RS1335

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse 2019

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse för 2019.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse är uppföljning av nämndens verksamhetsplan för 2019, vilket i sin tur utgår från förutsättningar, mål, inriktningar och ambitioner som uttrycks i regionfullmäktiges verksamhetsplan.

Verksamhetsberättelsen innehåller redovisning från hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Redovisning och uppföljning sker också av nämndens uppdrag och nämndens internkontrollplan samt ISK-bedömning.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Verksamhetsberättelsen innehåller redovisning av mål och uppdrag inom hållbar utveckling med sociala, ekologiska och ekonomiska aspekter, som även innefattar miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Verksamhetsberättelsen innehåller hälso- och sjukvårdsnämndens samt hälso- och sjukvårdsförvaltningens ekonomiska resultat för 2019.

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Katrin Pöntynen Boström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1335

Uppföljning

Verksamhetsberättelsen är en del i planerings- och uppföljningsprocessen och är en uppföljning av verksamhetsplanen.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26

Förslag till verksamhetsberättelse för hälso- och sjukvårdsnämnden 2019

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Verksamhetsberättelse

Hälsa- och sjukvårdsnämnden
Helår 2019

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Väsentliga händelser	3
3 Nämndens mål och uppdrag	4
3.1 Sammanfattning uppföljning av mål och uppdrag	5
3.2 Regional utvecklingsstrategi	5
3.3 Hållbar utveckling	6
3.4 Hälsa- och sjukvård	9
3.5 Digitalisering	33
3.6 Attraktiv arbetsgivare	36
3.7 Ekonomi	39
4 Ekonomi	41
4.1 Resultatrapport hälsa- och sjukvårdsnämnden	41
4.2 Årets resultat	43
4.3 Vidtagna åtgärder för att nå ekonomi i balans	45
4.4 Investeringar	47
4.5 Produktions- och nyckeltal	48
5 Personalekonomi	52
5.1 Personalkostnader	52
5.2 Kostnadsanalys	52
5.3 Antal tillsvidareanställda årsarbetare	53
5.4 Årsarbetare, faktiskt arbetad tid (nettoarbetstid + extra tid (mertid, övertid))	54
5.5 Extratid	56
5.6 Sjukfrånvaro	56
6 Framtida utmaningar	57
7 Intern styrning och kontroll	58
7.1 Internkontrollplan	59
7.2 ISK-bedömning	70

1 Inledning

Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse utgår från verksamhetsplanen för 2019, vilken i sin tur utgår från förutsättningar, mål, inriktningar och ambitioner som uttrycks i Region Örebro läns verksamhetsplan med budget samt nämndens egna specifika uppdrag.

2 Väsentliga händelser

Året 2019 började mycket glädjande med att Universitetssjukhuset Örebro vann tidningen Dagens Medicins prestigefyllda tävling Bästa sjukhus i klassen universitetssjukhus. Bakom utmärkelsen ligger en jämförelse av hur sjukhusen presterar inom ett 170-tal olika områden. USÖ har länge deltagit i toppstriden men sett sig besegrade av Linköping och Umeå. I kategorin medicinsk kvalitet låg USÖ i topp redan 2018. Nu har sjukhuset också bästa resultat i kategorin överbeläggningar och presterar även mycket bra inom tillgänglighet, patientenkäter och trycksår. USÖ utmärker sig också inom intensivvård, kärnkirurgi och njursvikt. Detta är ett mycket positivt resultat av ett långsiktigt arbete där många verksamheter bidragit till att uppnå en sammantaget hög kvalitet. Svensk hälso- och sjukvård står dock inför stora utmaningar, där så gott som alla regioner har brottats med hög personalomsättning, brist på kompetens och erfarna medarbetare, bekymmersam ekonomi och samtidigt ökade krav på tillgänglighet och patientsäkerhet. Situationen hanteras på bästa sätt, men kan ibland leda till konsekvenser.

Ett av årets mest uppmärksammade beslut var när förlossningsverksamheten i Karlskoga stängdes på grund av brister inom patientsäkerheten. Uppdraget att öppna förlossningsverksamheten vid Karlskoga lasarett med en ökad patientsäkerhet för akut sjuka nyfödda barn, samtidigt som det är stor brist på kompetens, är en mycket komplex uppgift. Allt fokus utgår från att trygga patientsäkerheten för akut sjuka nyfödda barn. En första kartläggning från augusti månad presenterade förslag om hur ett återöppnande skulle kunna ske. Denna kartläggning behövde kompletteras och fördjupas. Därför har en arbetsgrupp bestående av berörda kliniker arbetat under hösten med att ta fram vad som krävs i Region Örebro län för ett återöppnande. Gruppens gemensamma slutsatser kommer tillsammans med tidsuppskattning och kostnadskalkyl att presenteras för hälso- och sjukvårdsnämnden i början av 2020.

Den 1 oktober fick fem regioner i Mellansverige en ny leverantör av sjukvårdsmaterial. Från början visade sig stora problem med leveranserna och samtliga regioner gick upp i stabsläge. Några regioner tvingades även ställa in planerade operationer. Bristen på sjukvårdsmaterial har fram till årsskiftet påverkat alla berörda regioner negativt genom att mycket arbetstid gått till att hantera beställningar, ojämna, bristfälliga leveranser och därmed svårigheter med fakturahantering. Region Örebro län klarade dock att, tack vare mångas insatser och ett gott samarbete, bedriva den akuta- och planerade verksamheten med bibehållen patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ekonomiska helårsresultat 2019 uppvisar ett allvarligt underskott på 476 mnkr, en försämring med 129 mnkr jämfört med föregående år. Detta innebär en mycket negativ utveckling i ekonomin. Fortsatt höga kostnader för personal, köpt vård och materialkostnader är de främsta anledningarna till resultatet. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har därför arbetat utifrån en ekonomisk handlingsplan med åtgärder för att på kort och lång sikt bromsa kostnadsutvecklingen och förbättra resultatet. Detta tar tid och det ekonomiska utfallet

innebär ett mycket bekymmersamt läge för förvaltningen då i stort sett alla delar utvecklats negativt. Att bromsa kostnadsutvecklingen och samtidigt utveckla verksamheten har största fokus för 2020.




Sammanfattning av väsentliga händelser

1. Universitetssjukhuset Örebro vinner tidningen Dagens Medicins tävling Bästa sjukhus i klassen universitetssjukhus.
2. BB Karlskogas förlossning för närvarande stängd.
3. Under hösten stora problem med sjukvårdsmaterialleveranser
4. Förvaltningen befinner sig i en mycket allvarlig ekonomisk situation.
5. Arbetet med den ekonomiska handlingsplanen påbörjad.




3 Nämndens mål och uppdrag

Symbolförklaringar





Färgindikatorer, måluppfyllelse och genomförande av uppdrag, helår

-  = uppnått eller överträffat målnivån
-  = mindre, acceptabel avvikelse från målnivån
-  = större negativ avvikelse från målnivån

Förändringspilar, utveckling under året, resultat helår jämfört med föregående år alternativt årets början

-  = resultatet har förbättrats
-  = resultatet är oförändrat
-  = resultatet har försämrats

Indikatorer, status för perioden vid helår

-  = helt
-  = delvis
-  = inte alls
-  = värde saknas för perioden

3.1 Sammanfattning uppföljning av mål och uppdrag

Uppdrag 27 räknas som ett uppdrag. Kvarvarande mål från 2018 ej med i nedanstående sammanställning.

Måloppfyllelse	Uppnått eller överträffat målnivån	Mindre, acceptabel avvikelse från målnivån	Större negativ avvikelse från målnivån
	grön	gul	röd
Mål från regionfullmäktige	10	2	1
Uppdrag från regionfullmäktige	23	5	3
Mål från nämnden			
Uppdrag från nämnden	9		

3.2 Regional utvecklingsstrategi

Övergripande mål:

Region Örebro län bidrar till och skapar förutsättningar för stark konkurrenskraft, hög och jämlik livskvalitet och god resurseffektivitet i Örebro län.

Inriktningsmål:

Nr 1. Region Örebro län har ett regionalt ledarskap som skapar tillit, förtroende och ett gemensamt lärande hos länets aktörer.



Kommentar

Hälso- och sjukvården i Region Örebro län har ett gott och ökande samarbete med regionens kommuner. Regionens kommuner har bl.a varit aktivt involverade i arbetet med att ta fram en målbild för hur hälso- och sjukvård skall vara år 2030. Region Örebro län säljer vård inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. En nyligen gjord kundrelationsundersökning inom sjukvårdsregionen visar på ett mycket gott förtroende hos de regioner som köper denna vård.

Uppdrag 1. Att ta fram och genomföra aktiviteter för att bidra till att nå den regionala utvecklingsstrategins målsättningar.



Kommentar

I den fleråriga handlingsplanen för forskning och utveckling pågår ett antal aktiviteter för att stärka universitetssjukvården. En översyn av universitetssjukvårdsenheterna avseende kriterier, ansvarsområden och antal har skjutits upp till 2020 då en eventuell översyn av tidigare kriterier på det nationella planet hade diskuterats men av allt att döma inte kommer att ske. Kommande översyn kommer då att utgå från de kriterier som gäller sedan universitetssjukvårdsenheterna utsågs.

Innovationssystemet har stärkts och organiserats inom FoU verksamheten inom HS-förvaltningen. Inom HS-förvaltningen pågår ett arbete för att ytterligare stärka den högspecialiserade vården. I arbetet med den kommande strategin för klinisk forskning och innovation diskuteras också särskilda strategiska områden att identifiera för att säkra forskningsaktiviteter inom regionalt och nationellt högspecialiserad verksamhet.

3.3 Hållbar utveckling

Övergripande mål:

Region Örebro län är en ansvarsfull aktör med höga ambitioner inom hållbarhetsområdet. Hållbar utveckling för regionorganisationen är att skapa välfärd och livskvalitet när verksamheten bedrivs samtidigt som kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov säkerställs.

Inriktningsmål:

Nr 3. Hållbarhet är integrerad i ordinarie verksamhet och mognadsgraden i hållbarhetsfrågor ökar.



Kommentar

Hållbarhetsfrågorna finns med i många olika delar av hälso- och sjukvårdens arbete. Arbetet med läkemedlens miljöaspekter har gått framåt under året, medan det varit svårare att uppnå målsättningen att minska förbrukning av varor med hög miljöpåverkan.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
Uppföljning och utveckling av aktivitetsplaner enligt program för hållbar utveckling och utifrån genomförd hållbarhetsredovisning 2018 <i>Kommentar</i> Det saknas utsedd person i ledningsgruppen med övergripande ansvar för att aktivitetsplanen uppdateras. Då huvuddelen av alla aktiviteterna inom aktivitetsplanen redan är integrerade i förvaltningens arbete så har inte arbetet avstannat.		

Uppdrag 3. Att fortsätta arbetet med jämställdhetsanalys, samt utifrån dessa och tidigare analyser genomföra åtgärder.



Kommentar

En handlingsplan för jämställd vård beslöts av Nämnden för hälso- och sjukvård under 2019 och följs upp via mål och uppdrag under år 2020.

Uppdrag 4. Att fortsätta arbetet med att HBTQ-diplomera verksamheter.



Kommentar

Se uppdrag 5.

Uppdrag 5. Att ta fram en plan för att det ska finnas minst en HBTQ-diplomerad vårdcentral i varje närsjukvårdsområde.



Kommentar

Alla närsjukvårdsområden har minst en verksamhet diplomerad och flera som har planer på att genomföra diplomering.

Enheter som är eller har pågående arbete med att diplomera verksamheten:

- Akutmottagningen i Karlskoga
- Ängens vårdcentral
- Ungdomsmottagningen
- Freja och Storå vårdcentral.

Uppdrag 6. Att fortsätta arbetet med att analysera barnrättsperspektivet, samt att utifrån dessa och tidigare analyser genomföra åtgärder.



Kommentar

Genomlysning av barnrättsperspektivet i vården av patienter som drabbats av depression har genomförts av kompetensgruppen Barn och Unga som närstående. Med hjälp av reviderade tillämningsnycklar från SKL genomlyses psykiatrisk slutenvård och öppenvård samt en vårdcentral mottagning för psykisk ohälsa. Tidigare erfarenheter visar att personalen får upp ögonen och reflekterar över barnrättsperspektivet på ett sätt de inte gjort tidigare när genomlysning av verksamheten görs och att många utvecklingsförslag genereras. Slutrapport kommer att publiceras på intranätet. Barnrättighetsfrågor kommer att få starkare status i och med att FN:s konvention om barnets rättigheter är lag från och med 2020. Kompetensgruppen Barn och unga som närstående ser att det vore bra att genomlysa mer än en verksamhet per år för att få spridning av arbetet och att följa upp tidigare års genomlysningar, men tyvärr finns inte resurser till det i nuläget.

Uppdrag 7. Att följa upp och minska förbrukningen av produkter med hög klimatpåverkan, alternativt ersätta med mindre klimatpåverkande alternativ.



Kommentar

Arbetet med att minska klimatpåverkande engångsmaterial har skett genom miljöronder på ett antal arbetsplatser, och genom information till miljöombud. De mest klimatpåverkande produkterna är förkläden och sopsäckar, där alternativ i växtbaserad plast finns upphandlad, samt undersökningshandskar. Ett hinder för att använda förnybara förkläden är prisskillnaden, dessa förkläden har varit något dyrare och under hösten har priset ökat ytterligare jämfört med fossila alternativ. Likaså har det visat sig svårt att minska användningen av undersökningshandskar, även om minskad handskanvändning i många fall skulle vara förenligt med basala hygienrutiner. Den sammantagna avvägningen är att klimatpåverkan ej går åt rätt håll på grund av den negativa effekt som ges av förkläden och handskar. De bristfälliga leveranserna från Apotekstjänst under senare delen av hösten gör beställningsstatistiken för oktober-december osäker, och istället har data för jan-sept 2019 jämförts med jan-september 2018

Uppdrag 8. Att utveckla det förebyggande arbetet kring läkemedelshanteringens negativa miljökonsekvenser.



Kommentar

Uppdatering av instruktion för beredning av toxiska läkemedel pågår. Kompetens har inhämtats från infektionskliniken, arbets- och miljömedicin, onkologen samt Läkemedelscentrum. Möjligheten till luftmätning i beredningsrum för toxiska läkemedel (såsom antibiotika, cytostatika etc.) ska undersökas. Läkemedelskommitténs Expertgrupp läkemedel och miljö har tagit fram en handlingsplan för läkemedel och miljö vars utkast tagits fram av Arbets- och miljömedicin. Expertgruppen läkemedel och miljö har även deltagit i diskussionssamtal om drivgasinhalatorers negativa klimateffekt. Läkemedelskommitténs expertgrupp Astma-KOL rekommenderar i första hand pulverinhalation. Expertgruppen läkemedel och miljö arbetar vidare med frågan rörande NSAID-gelers miljörisker, se kommentar till Uppdrag F.

Uppdrag 9. Att höja ambitionerna kring Region Örebro läns resor och transporter, bland annat genom att vidareutveckla och implementera resehierarkin.



Kommentar

Resehierarkin har under våren 2019 uppdaterats så att flyg har lagts till sist i hierarkin. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har en egen riktlinje "Riktlinjer vid resor i tjänsten fr o m 2015-01-01" som för närvarande saknar koppling till resehierarkin. Kunskapen om resehierarkin behöver öka bland cheferna inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. På de miljöronder som görs inom förvaltningens arbetsplatser ingår hållbara resor och resehierarkin. Några

arbetsplatser inom förvaltningen har under året haft besök av regionens reserådgivare.

3.4 Hälsa- och sjukvård

Övergripande mål:

Hälsa- och sjukvården är tillgänglig, högkvalitativ och personcentrerad.

Inriktningsmål:

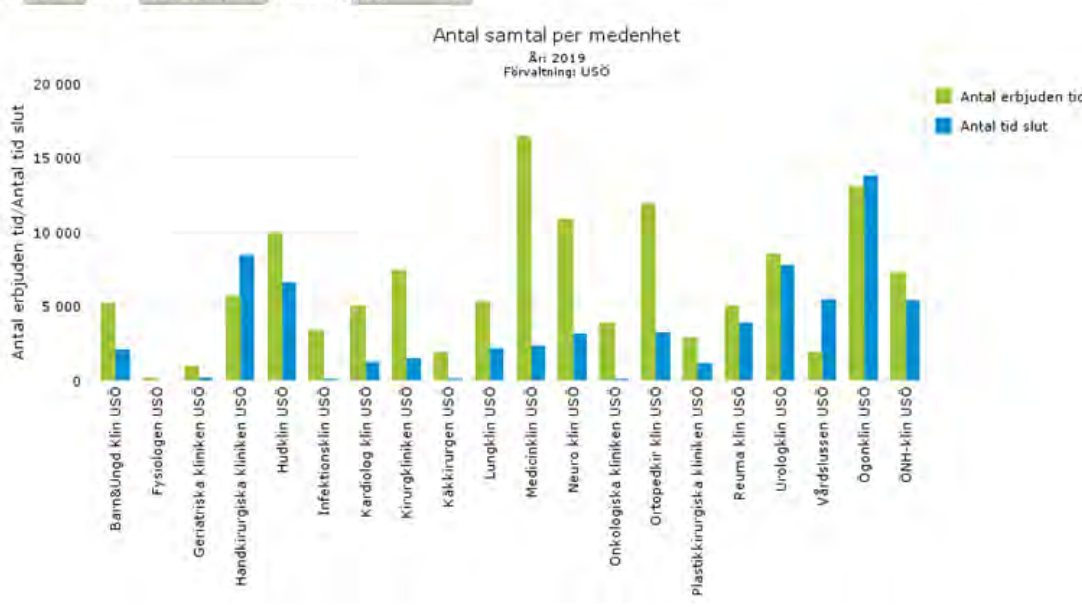
Nr 4. Vården är tillgänglig.





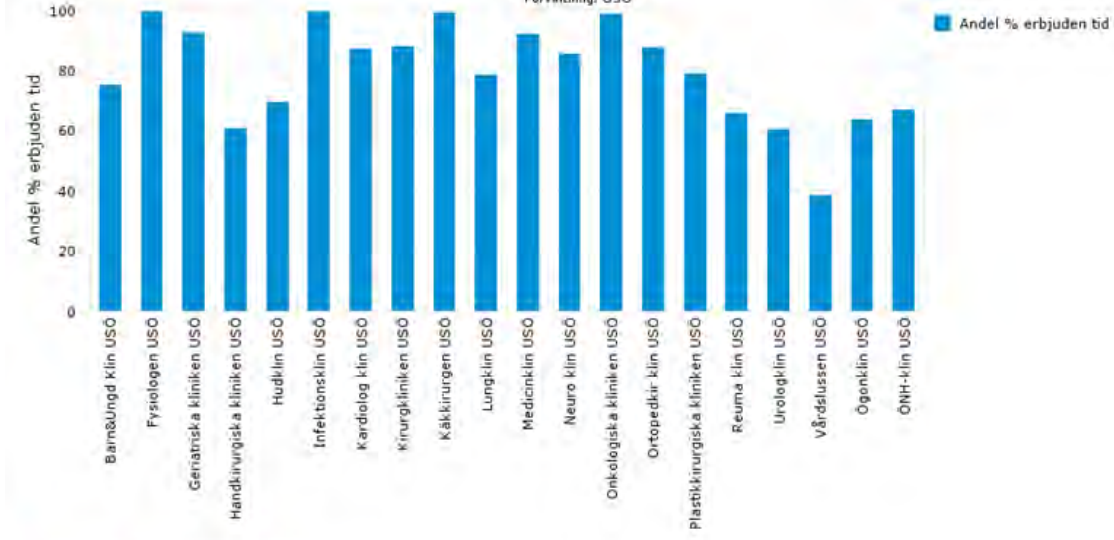






Kommentar

Under 2019 har förvaltningen haft en personalbrist för fr.a. operations och anestesijuksköterskor vilket negativt påverkat operationskapaciteten. Primärvårdens förstärkta vårdgaranti har slagit väl ut och har gett en motsvarande tillgänglighet på tre dagar som den tidigare garantin var för sju dagar. Under hösten har ett intensivt arbete med kösituationen gett resultat fr.a för nybesök läkare där regionen fått förbättrade siffror på tillgänglighet september-december vilket gett utdelning av kömiljarden.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
Tillgängligheten till vården ska öka 2019 jämfört med 2018. Redovisning och uppföljning av:		
Andelen patienter som får nybesök på mottagning alternativt operation/behandling inom vårdgaranti.		
Kommentar		
<p>Tillgängligheten till operation var uttalat försämrad under våren 2019. Under hösten har ett intensivt köbearbetningsarbete genomförts vilket förbättrat resultatet som för december 2019 visade 65% av operationerna inom vårdgarantitid mot 67% för december 2018. Medelvärde för året har varit 65% 2018 och 62% för 2019. I jämförelse med rikssnittet så har regionens resultat varit sämre under hela året även om skillnaderna minskade under hösten och i november 2019 så låg regionens resultat 3 % under rikssnittet.</p> <p>Tillgängligheten till nybesök läkare var under våren 2019 marginellt bättre jämfört med 2018. Köbearbetningsarbetet under hösten lyfte siffrorna avsevärt och regionen fick utdelning på kömiljarden för alla de tre månader som ingick (september-november). För december 2019 så blev 90% av nybesöken inom vårdgarantitid jämfört med 83 % 2018. Medelvärde för året har varit 81% 2018 och 83% 2019. Jämfört med rikssnittet så har regionens tillgänglighet varit marginellt bättre under våren för att kraftigt förbättras under hösten och var i november 8 % bättre än rikssnittet.</p>		
Återbesök inom planerad tid.		
Kommentar		
<p>Ett medelvärde under året visar relativt stabila värden under året. För 2018 väntade 82 % inom vårdgarantitid jämfört med 81 % under 2019. Faktiska väntetider var 66 % under 2018 och 68 % under 2019.</p>		

Indikatorer	Utfall	Målvärde																																																															
<p>Tillgängligheten till primärvården enligt den förstärka vårdgarantin.</p> <p>Telefontillgängligheten till primärvården enligt vårdgarantin:</p> <p>Sammantaget för samtliga vårdcentraler (exklusive privata vårdcentraler) har antalet besvarade samtal minskat vid jämförelse mellan 2018 (498 366 samtal) och 2019 (460 987 samtal), en minskning med 37 379 besvarade samtal. Även totala antalet inkommande samtal har minskat från 625 371 samtal 2018 till 587 468 samtal 2019. Andelen besvarade samtal 2019, 78 % mot 2018 då andelen besvarade var 80 %. Variationen mellan vårdcentralerna är mellan 38 % till 99 % tillgänglighet 2019. 2018 var variationen mellan 49 % och 100 %</p> <p>Förstärkt vårdgaranti 3 dagar</p> <p>Från och med den 1 januari 2019 förstärks vårdgarantin inom primärvården. Det innebär att patienten har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar i stället för sju, för problem och åkommor som omfattas av vårdgarantin. Den medicinska bedömningen ska göras av den personalkategori som är bäst lämpad utifrån patientens behov. Det kan vara en läkare, kurator, sjukgymnast eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.</p> <p>Andel patienter, av dem som fått medicinsk bedömning enligt den förstärkta vårdgarantin, som kommit inom 3 dagar under 2019 var 85 % . Variationen mellan vårdcentralerna var mellan 74 % och 97 % . Ingen jämförelsesifra finns för 2018.</p>																																																																	
<p>Indikatorerna för inriktningssmålen under e-hälsa.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Se indikatorerna under avsnitt Digitalisering</p>																																																																	
<p>Telefontillgängligheten inom specialiserade vården</p> <p><i>Kommentar</i></p> <div data-bbox="252 1209 1356 1971"> <p>Samtal per medenhet</p> <p>Rapporten visar Antal erbjuden tid och Antal tid slut samt andel % erbjuden tid per medenhet.</p> <p>År 20 Månad Alla värden (Förvaltning USÖ</p> <p>Antal samtal per medenhet</p> <p>År 2019 Förvaltning: USÖ</p>  <table border="1"> <caption>Estimated data from the bar chart (Antal erbjuden tid / Antal tid slut)</caption> <thead> <tr> <th>Medenhet</th> <th>Antal erbjuden tid</th> <th>Antal tid slut</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Barn&Ungd klin USÖ</td><td>5000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>Fysiologen USÖ</td><td>1000</td><td>500</td></tr> <tr><td>Geriatriska kliniken USÖ</td><td>1000</td><td>500</td></tr> <tr><td>Handkirurgiska kliniken USÖ</td><td>6000</td><td>8000</td></tr> <tr><td>Hudklin USÖ</td><td>10000</td><td>7000</td></tr> <tr><td>Infektionsklin USÖ</td><td>4000</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Kardiolog klin USÖ</td><td>5000</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Kirurgkliniken USÖ</td><td>7000</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Käkkirurgen USÖ</td><td>2000</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Lungklin USÖ</td><td>5000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>Medicinklin USÖ</td><td>16000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>Neuro klin USÖ</td><td>11000</td><td>3000</td></tr> <tr><td>Onkologiska kliniken USÖ</td><td>4000</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Ortopedkir klin USÖ</td><td>12000</td><td>3000</td></tr> <tr><td>Plastikkirurgiska kliniken USÖ</td><td>3000</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Reuma klin USÖ</td><td>5000</td><td>4000</td></tr> <tr><td>Urologklin USÖ</td><td>8000</td><td>8000</td></tr> <tr><td>Vårdslussen USÖ</td><td>2000</td><td>5000</td></tr> <tr><td>Ögonklin USÖ</td><td>13000</td><td>14000</td></tr> <tr><td>ÖNH-klin USÖ</td><td>7000</td><td>5000</td></tr> </tbody> </table> </div>			Medenhet	Antal erbjuden tid	Antal tid slut	Barn&Ungd klin USÖ	5000	2000	Fysiologen USÖ	1000	500	Geriatriska kliniken USÖ	1000	500	Handkirurgiska kliniken USÖ	6000	8000	Hudklin USÖ	10000	7000	Infektionsklin USÖ	4000	1000	Kardiolog klin USÖ	5000	1000	Kirurgkliniken USÖ	7000	1000	Käkkirurgen USÖ	2000	1000	Lungklin USÖ	5000	2000	Medicinklin USÖ	16000	2000	Neuro klin USÖ	11000	3000	Onkologiska kliniken USÖ	4000	1000	Ortopedkir klin USÖ	12000	3000	Plastikkirurgiska kliniken USÖ	3000	1000	Reuma klin USÖ	5000	4000	Urologklin USÖ	8000	8000	Vårdslussen USÖ	2000	5000	Ögonklin USÖ	13000	14000	ÖNH-klin USÖ	7000	5000
Medenhet	Antal erbjuden tid	Antal tid slut																																																															
Barn&Ungd klin USÖ	5000	2000																																																															
Fysiologen USÖ	1000	500																																																															
Geriatriska kliniken USÖ	1000	500																																																															
Handkirurgiska kliniken USÖ	6000	8000																																																															
Hudklin USÖ	10000	7000																																																															
Infektionsklin USÖ	4000	1000																																																															
Kardiolog klin USÖ	5000	1000																																																															
Kirurgkliniken USÖ	7000	1000																																																															
Käkkirurgen USÖ	2000	1000																																																															
Lungklin USÖ	5000	2000																																																															
Medicinklin USÖ	16000	2000																																																															
Neuro klin USÖ	11000	3000																																																															
Onkologiska kliniken USÖ	4000	1000																																																															
Ortopedkir klin USÖ	12000	3000																																																															
Plastikkirurgiska kliniken USÖ	3000	1000																																																															
Reuma klin USÖ	5000	4000																																																															
Urologklin USÖ	8000	8000																																																															
Vårdslussen USÖ	2000	5000																																																															
Ögonklin USÖ	13000	14000																																																															
ÖNH-klin USÖ	7000	5000																																																															

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p data-bbox="239 324 542 358">     </p> <p data-bbox="638 369 981 403">Andel % erbjuden tid per medenhet</p> <p data-bbox="766 403 853 436">År: 2019 Förvaltning: USÖ</p>  <p data-bbox="239 974 542 1008">     </p>		
<p data-bbox="239 1209 702 1265">Befolkningsupplevd tillgänglighet enligt nationella enkäter.</p> <p data-bbox="239 1276 375 1310"><i>Kommentar</i></p> <p data-bbox="239 1321 861 1355">Inga relevanta nationella mätningar har gjorts under 2019.</p>		
<p data-bbox="239 1411 702 1467">Uppfyllelse av nationella målvärden för standardiserade vårdförlopp (SVF).</p> <p data-bbox="239 1556 375 1590"><i>Kommentar</i></p> <p data-bbox="239 1601 1340 1814">Det finns nationellt satta mål att ”80 procent ska utredas inom de maximala ledtiderna och 70 procent av nydiagnostiserade med cancer ska ha utretts inom SVF”. När man generellt ser till utvecklingen av SVF sedan starten och de förlopp som har många patienter kan man inte se någon förbättring av ledtiderna utan tvärtom har flera förlopp försämrats. Detta är dock svårtolkat eftersom det också har varit en ökad tillströmning av patienter i förloppen. I jämförelse med rikssnittet för 2019 för de 15 förlopp som har tillräckligt antal patienter för att statistik skall kunna beräknas så har Region bättre resultat än rikssnittet för 12 av förloppen.</p>		

Inriktningsmål:
Nr 5. Vården är kunskapsstyrd.

Kommentar

Under 2019 har insatser genomförts för att skapa förutsättningar och kunna ge stöd för personer som deltar i arbetet med kunskapsstyrning. Exempelvis har ersättningsfrågor lyfts och arbetsformer för att utbilda, hålla samman och ge stöd till processhandledare. Etablering av lokala grupper har fortsatt för att spegla den nationella strukturen. För att möjliggöra dialog om frågor som berör kunskapsstyrning har regelbundna tider erbjudits till medlemmar i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Samtliga sjukvårdsregionala representanter har samlats vid ett tillfälle för information och för att delge varandra hur arbetet fortlöper inom respektive programområde.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
Samtliga områden arbetar med implementering av/ förbättring utifrån nationella riktlinjer och andra kunskapsunderlag. Kommentar Det finns lokala programområden/ arbetsgrupper etablerade inom samtliga områden.		
Lokala programområden med tillhörande lokala arbetsgrupper etableras i enlighet med den nationella kunskapsstyrningen. Kommentar Lokala programområden och arbetsgrupper etableras successivt och fokus ligger nu mycket på grupper som kan implementera de personcentrerade sammanhållna vårdförloppen. Förslag är under framtagande för processägare, processledare samt metodstöd men roller och mandat för behöver fastställas av HSD. Förslag är också lagt för att skapa goda förutsättningar och ge stöd åt grupperna genom finansiera av processledare, utbildningspaket och sammanhållning av metodstöd.		
Patientföreträdare ingår i det lokala systemet för kunskapsstyrning. Kommentar Vikten av att ha patientföreträdare med i lokala arbetsgrupper betonas och beslut har nu fattas för ersättning till patient och närstående i paritet med den nationella överenskommelsen, och en rutin är framtagen.		

Inriktningsmål:
Nr 6. Vården är patientsäker.

Kommentar

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet finns nu som en tydlig grund inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen inkluderande avvikelshantering, anmälningsskyldighet och hantering av inkomna klagomål. Patientsäkerhetscontrollern har en central roll för översikt och

uppföljningar tillsammans med förvaltningsövergripande chefläkare. Chefläkargruppen har regelbundna möten för avstämning och ensning avseende anmälningsärenden, vårdskada alternativt allvarlig vårdskada för fullgörande av anmälningskyldighet. Ett proaktivt patientsäkerhetsarbete möjliggörs nu via den etablerade Patientsäkerhetsenheten, årlig rapportering sker i Patientsäkerhetsberättelsen.

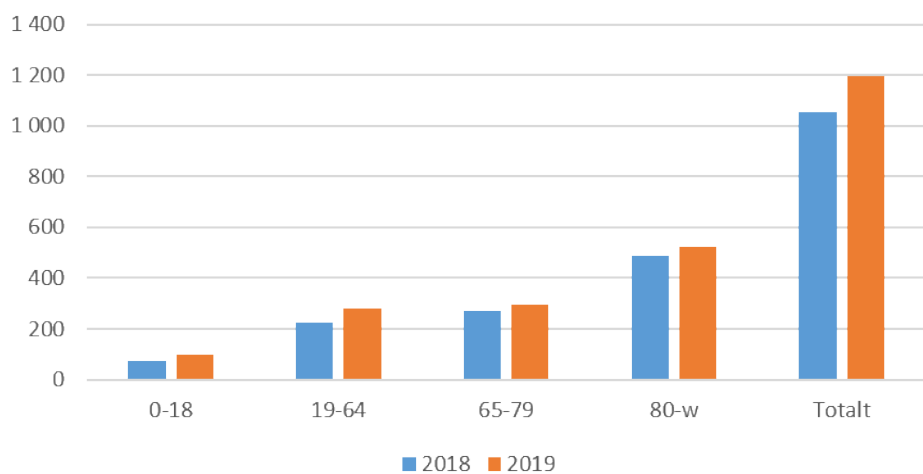
Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån lex Maria-anmälningar sex månader efter beslut.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Alla lex Maria anmälningar följs upp 6 månader efter IVO-beslut enligt fastställd rutin. Detta initieras av chefläkare där verksamhetschef redovisar genomförda åtgärder i enlighet med framställan i internutredning och beslut. Detta är också ett led i verksamhetens systematiska förbättringsarbete för att förebygga vårdskada.</p>		
<p>Uppföljning av handlingsplaner sex månader efter alla utförda händelseanalyser.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Uppföljning av handlingsplanen sker alltid efter 6 månader av analysledare där berörd verksamhetschef redovisar vidtagna åtgärder. Händelseanalyser utförs enligt fastställd metod med handlingsplan vid slutrapport samt ansvarsfördelning för genomförande av åtgärder.</p>		
<p>Uppföljning av avvikelshantering inom satta målvärden för 7 samt 90 dagar.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Antalet rapporterade avvikelser har ökat vilket visar på en mognad i organisationen. En säkerställd förbättring ses i avvikelshantering där målvärdet 70 % klassificerade inom 7 dagar uppnåddes, vilket visar på ett aktivt arbetssätt. Målvärdet att ”åtgärd startats” inom 90 dagar för 90 % har uppnåtts under årets sista månader. Ansvar för avvikelshantering ligger hos verksamhetschefen och är direkt kopplat till egenkontroll och systematiskt förbättringsarbete. Regelbunden återföring är avgörande för medarbetarnas vilja att rapportera och utveckla arbetet.</p>		
<p>Varje verksamhet genomför en patientsäkerhetsrond minst 1 gång/år.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Patientsäkerhetsronder genomförs årligen i verksamheterna. En strukturerad dialog initieras av chefläkare där kraven vilar på verksamhetsansvariga att förbereda enligt standardiserade mallar. Verksamhetschefen är i alla delar ansvarig för genomförande i dialog med medarbetarna vilket är avgörande för god och säker vård.</p>		
<p>I verksamheter där Infektionsverktyget finns, följs rapporter upp i arbetet.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Infektionsverktyget har inte kunnat utnyttjas fullt ut under året. Detta till följd av ett IT-fel efter uppdatering vilket inneburit att rapporter inte gått att ta ut. Inmatning av data har skett men således ingen återföring. Problemlösning och utvecklingsarbete pågår nationellt.</p>		

Inriktningsmål:
Nr 7. Vården är personcentrerad

Kommentar

Patientens rätt till information och samtycke i vård och behandling tydliggörs i Patientlagen. Personcentrering i vården bygger på att patienten känner sig delaktig, är informerad och möts med respekt i alla kontakter. Ökad patientdelaktighet är för närvarande en av de stora utmaningarna för vården. Den nu etablerade rutinen för klagomålshantering möjliggör öppen tydlig hantering av synpunkter och klagomål med svar till patienten. Regionen deltar även i det övergripande arbetet med Nationell patientenkät med patienternas upplevelser av vården. Möjligheten till delaktighet ges också genom Journalen via vårdguiden och E-tjänsterna 1177.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
Region Örebro län arbetar för att patienter och närstående ska känna sig delaktiga. Uppföljning sker via Nationell patientenkät. Kommentar Arbetet runt Nationell patientenkät drivs via SKR. Den administrativa strukturen ses över för digitalisering och möjliggörande av högre svarsfrekvens, vilket är avgörande. I övrigt är Journalen ett sätt för patienterna att ta del av dokumentationen runt sin egen vård för att kunna vara delaktiga och aktiva.		
Hanteringen av inkomna synpunkter och klagomål från patient eller närstående följs upp och analyseras på aggregerad nivå. Kommentar Arbetssättet är nu mer väl etablerat för omhändertagande och besvarande av inkomna synpunkter och klagomål från patienter och närstående, med hög besvarandefrekvens inom utsatt tidsram. Sammanställning och analys av inkomna klagomål sker månatligen på övergripande nivå liksom områdesvis. Att vidareutveckla en analysmodell är nästa steg liksom deltagande i det nationella arbete som bedrivs av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen.		
Samordnad individuell plan (SIP), sker i enlighet med gällande kriterier i samband med utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården. Kommentar Antalet SIP har fortsatt att öka något under 2019, totalt genomfördes 1196 SIP 2019 jmf med 1056 under 2018. Ökningstakten avtog dock under andra halvåret 2019. En viktig faktor för att SIP ska genomföras är att vårdssamordnarna på länets vårdcentraler och i psykiatrisk öppenvård fungerar som fast vårdkontakt och initierar SIP skyndsamt efter utskrivning från sjukhus. Reglerna för hur och när kallelse till SIP ska göras har justerats under året för att mer anpassas till individens behov. Det innebär även att det är en fördel att göra SIP så snart ett samordningsbehov upptäcks, vilket med fördel är utan anslutning till sjukhusvård, dvs i öppenvården. Ett förebyggande arbete som bör betonas alltmer framöver. SIP kan också tillämpas i samverkan mellan verksamheter inom samma huvudman. Under våren 2019 en utvärdering genomförts av innehållet i SIP. Den visade positiva delar som att patienten/individens deltagit, att planen skrevs med inriktning till individen och att de flesta SIP gjordes i hemmet. Den visade även på förbättringsutrymme när det gällde den ojämna kvaliteten i planerna och att det saknades en gemensam bild över vad planerna ska innehålla. Hemtjänstinsatser beskrevs tydligt		

Indikatorer	Utfall	Målvärde																		
<p>men däremot saknades oftare planering för medicinska- och rehabiliteringsinsatser.</p> <p>En enkät för att kartlägga stöd och utbildningsbehov för vårdsamordnarna har genomförts inom HS-förvaltningen under hösten 2019. Ca en tredjedel (8 av 27) av de som svarat anser att det finns behov av utbildning/stöd. Inom Regionens tre Kliniska träningscentra(KTC) pågår uppbyggnad av SIP-simuleringsträning för alla berörda verksamheter. Syftet är att kunna träna och få samsyn kring SIP.</p> <p>HS-förvaltningen har också deltagit i en punktprevalensmätning för Webbkollen under hösten 2019. Då ringdes patienter upp efter utskrivning för att få återkoppla sin upplevelse av hur utskrivning och vården efter det fungerat. De flesta av de 48 intervjuade var mycket nöjda. Resultatet i sin helhet kan ses på hemsidan</p>																				
<p style="text-align: center;">Antal upprättade SIP per åldersgrupp 2018-2019</p>  <table border="1"> <caption>Antal upprättade SIP per åldersgrupp 2018-2019</caption> <thead> <tr> <th>Åldersgrupp</th> <th>2018</th> <th>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-18</td> <td>~70</td> <td>~100</td> </tr> <tr> <td>19-64</td> <td>~220</td> <td>~280</td> </tr> <tr> <td>65-79</td> <td>~280</td> <td>~300</td> </tr> <tr> <td>80-w</td> <td>~500</td> <td>~550</td> </tr> <tr> <td>Totalt</td> <td>~1050</td> <td>~1200</td> </tr> </tbody> </table>			Åldersgrupp	2018	2019	0-18	~70	~100	19-64	~220	~280	65-79	~280	~300	80-w	~500	~550	Totalt	~1050	~1200
Åldersgrupp	2018	2019																		
0-18	~70	~100																		
19-64	~220	~280																		
65-79	~280	~300																		
80-w	~500	~550																		
Totalt	~1050	~1200																		

Inriktningsmål:

Nr 8. Vården är effektiv.



Kommentar

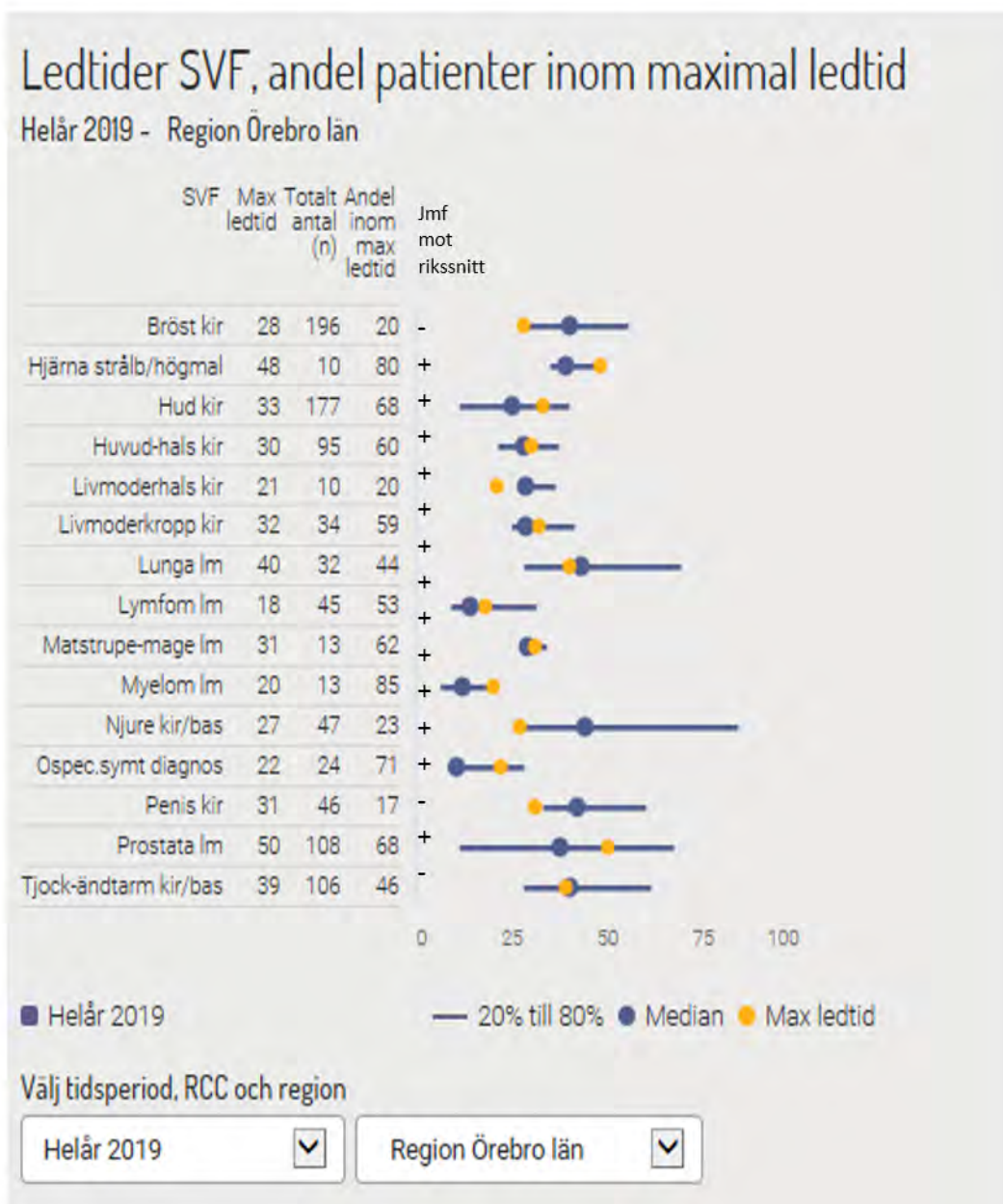
Under 2019 har hälso- och sjukvårdens organisation och effektivitet utvärderats av en extern utredare och kommer att presenteras under januari 2020. Hälso- och sjukvården har under året stundvis haft problem med sin effektivitet gällande operation fr.a. beroende på en operations- och anestesistjuksköterskebrist.

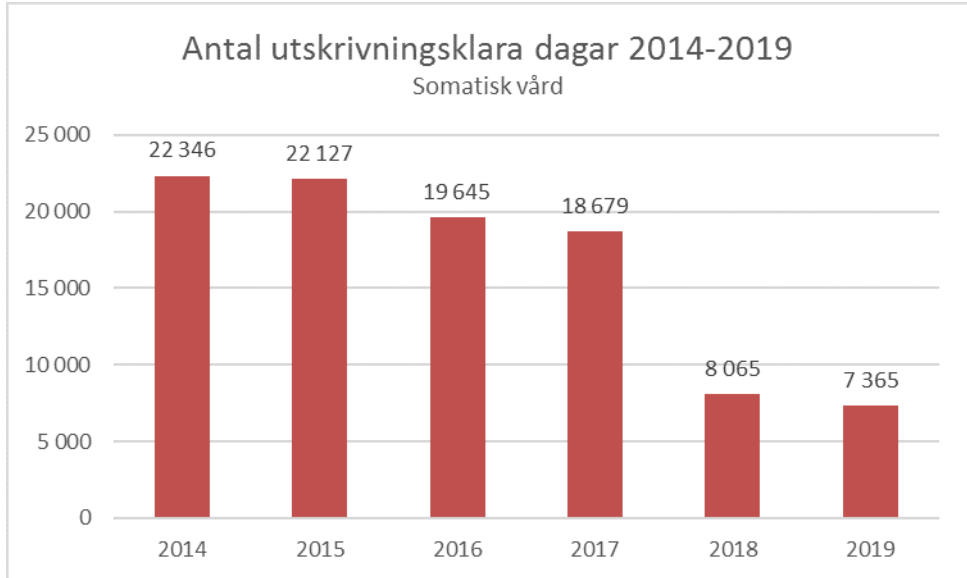
Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Vårdkedjor och flöden skapas för ett ökat värde för patienter i hälso- och sjukvården. Uppföljning av vårdförlopp liksom läns- och klinikgemensamma produktionsplaner för 2019</p>		
<p>Kommentar</p> <p>Länsgemensamma produktionsplaner finns för länsklinikerna ortopedkliniken, urologkliniken, kvinnokliniken, kirurgkliniken och även venöst centrum. Antalet vårdplatser för 2019 är bestämda och</p>		

Indikatorer
Utfall
Målvärde

följs via nyckeltal i förvaltningens årshjul, systemet ej färdiginfört i alla verksamheter.

Trettioen standardiserade vårdförlopp för cancer är införda och i förvaltning. Det finns nationellt satta mål att ”80 procent ska utredas inom de maximala ledtiderna och 70 procent av nydiagnostiserade med cancer ska ha utretts inom SVF”. När man generellt ser till utvecklingen av SVF sedan starten och de förlopp som har många patienter kan man inte se någon förbättring av ledtiderna utan tvärtom har flera förlopp försämrats. Detta är dock svårtolkat eftersom det också har varit en ökad tillströmning av patienter i förloppen. I jämförelse med rikssnittet för 2019 för de 15 förlopp som har tillräckligt antal patienter för att statistik skall kunna beräknas så har Hälso- och sjukvården bättre resultat än rikssnittet för 12 av förloppen (ej för bröstkirurgi, peniskirurgi och tjock/ändtarmkirurgi)



Indikatorer	Utfall	Målvärde														
<p>Vårdplatsuppdraget följs upp och utvärderas.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Hälso- och sjukvårdsnämnden</p> <p>Under 2018 genomfördes ett arbete inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen med att beräkna bemanningskalkyler för samtliga vårdavdelningar förutom de med tekniska vårdplatser. Antalet vårdplatser för 2019 fastställdes. För uppföljning av vårdplatsuppdraget läggs definierade nyckeltal in i förvaltningens årshjul och redovisas regelbundet.</p>																
<p>Den nya lagen 2017:612 ”Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård” följs upp och utvärderas</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>De goda effekterna av de nya arbetssätt som Region Örebro län och kommunerna har kommit överens om runt samverkan vid utskrivning håller i sig. Antal utskrivningsklara dygn i länet minskade kraftigt under 2018 och 2019 har minskning fortsatt.</p> <div data-bbox="242 831 1212 1406" data-label="Figure">  <table border="1"> <caption>Antal utskrivningsklara dagar 2014-2019 Somatisk vård</caption> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Antal dagar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>22 346</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>22 127</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>19 645</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>18 679</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>8 065</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>7 365</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>I princip samtliga utskrivna inom somatisk vård får en fast vårdkontakt. Inom psykiatrisk vård är andelen som får en fast vårdkontakt färre men åtgärder pågår för att förbättra rutiner. Många personer erbjuds fortfarande inte en Samordnad individuell plan (SIP) efter utskrivning men antalet varierar kraftigt i länet. Åtgärder pågår för att utveckla arbetet.</p> <p>Ett annat utvecklingsområde är att slutenvården behöver förbättra rutiner för att få bättre träffsäkerhet i preliminärt utskrivningsdatum för att underlätta mottagande verksamheters planering. Informationsinsatser har genomförts för att förbättra detta men har inte haft genomslag i uppföljning.</p> <p>En mätning av patienternas upplevelse genomfördes under hösten. 855 känner sig trygga med sin vård och omsorg. Man upplever också i de flesta fall att man är delaktig och att samordning fungerar. Endast en tredjedel har fått en skriftlig plan.</p> <p>En enkätundersökning genom det nationella verktyget webbkollen där både kommunernas och Regionens verksamheter har värderat varandras insatser genomfördes i mars. Mätningen omfattade över 100 vårdkedjor och indikerar att utskrivningsprocessen fungerar i de allra flesta fall.</p>			År	Antal dagar	2014	22 346	2015	22 127	2016	19 645	2017	18 679	2018	8 065	2019	7 365
År	Antal dagar															
2014	22 346															
2015	22 127															
2016	19 645															
2017	18 679															
2018	8 065															
2019	7 365															

Inriktningsmål:

Nr 9. Den högspecialiserade sjukvården är högkvalitativ och konkurrenskraftig.


Kommentar

Regionen har ett högt förtroende gällande såld vård hos köparlandstingen. Den sålda vården har dock minskat volymmässigt under året dels pga. svårigheter att upprätthålla operationsproduktionen men även pga. en ökad restriktivitet hos köparlandstingen.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Enheter som bedriver högspecialiserad vård ska ta fram en handlingsplan, utifrån Region Örebro läns handlingsplan för högspecialiserad vård, hur man säkrar och förstärker den högspecialiserade vården både sjukvårdsregionalt och nationellt. Handlingsplanen ska belysa kvalitetssäkring, produktion, kompetensförsörjning, forskning och utveckling.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Verksamheterna har under året arbetat med underlag som belyser vilken högspecialiserad verksamhet man har, dess utvecklingsmöjligheter, avgränsningar, möjligheter till kompetensförsörjning, relation till omvärld osv. I det sistnämnda arbetet är en central del de besök som flera av verksamhetsområdenas företrädare under året genomfört i grannregionerna. Inför, och under 2020 arbetas med att konkretisera vilka diagnoser ur den så kallade bruttolistan där regionen skall ansöka om att bli del av den nationella nivåstruktureringen. Avstämningar sker även med Akademiska sjukhuset för att om möjligt undvika en intern sjukvårdsregional konkurrens.</p>		
<p>Den högspecialiserade vården är konkurrenskraftig sjukvårdsregionalt och nationellt och den sålda vården ska öka 2019 jämfört med 2018.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Under året så har hälso- och sjukvården haft svårigheter med bemanningssituationen av operationssköterskor och anestesipersonal. Detta har påverkat operationsmöjligheterna negativt vilket även påverkat såld utomlänsvård. Det finns även en ökad generell restriktivitet hos köparlandsting pga det rådande ekonomiska läget.</p>		
<p>Hälso- och sjukvården efterhör aktivt synpunkter från vårdens intressenter. En kundrelationsundersökning genomförs under 2019.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Under 2019 har det gjorts en kundundersökning som visar på stigande förtroende hos våra köpare med ett "Nöjd kund index" på 85 av 100.</p>		
<p>För att stärka traumaverksamheten och förbättra arbetet inom hälso- och sjukvården inrättas en särskilt traumabakjoursfunktion under 2019.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Traumabakjour har inrättats och är i funktion och allt fler större trauma kommer primärt och sekundärt till USÖ. Under våren 2020 kommer förvaltningen ta fram ett underlag för ställningstagande till den</p>		

Indikatorer	Utfall	Målvärde
framtida traumavården i Region Örebro län.		

Övergripande mål:

Hälso- och sjukvården är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

Inriktningsmål:

Nr 10. Vården är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

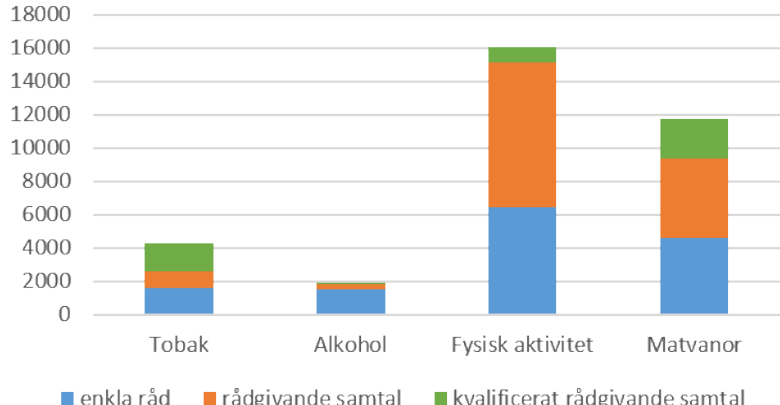
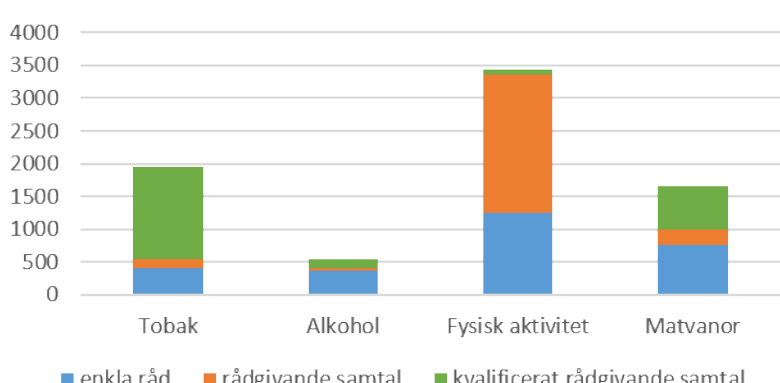


Kommentar

Klassificering av vårdåtgärder (KVÅ) är ett system där man anger hur en utförd åtgärd ska grupperas (klassificeras), det vill säga vilken kategori och grupp den ska tillhöra i en hierarkiskt uppbyggd struktur. Klassifikationen anger också vilken kodbeteckning (åtgärdskod) som ska användas. Enligt KVÅ-registrering har antalet patienter som blivit erbjudna insatser gällande ohälsosamma levnadsvanor ökat inom specialistvård och primärvård. Stora skillnader föreligger, framför allt inom specialistvården, om enheter KVÅ-registrerar hälsofrämjande insatser eller inte.

Ett webbaserat levnadsvaneformulär har implementerats under året och kan förhoppningsvis öka antalet patienter som upplever att de blivit tillfrågade om levnadsvanor.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Patienter som vårdats i Region Örebro län har tillfrågats om levnadsvanor. Uppföljning sker via Nationell patientenkät</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Inga nya data har tillkommit sedan verksamhetsberättelsen 2018. Mätning har gjorts i primärvård under hösten, men resultat finns inte tillgängligt ännu. Ett levnadsvanefomulär som skickas till patient inför besök (antingen via 1177 vårdguidens e-tjänster eller i pappersform) har implementerats under året vilket förhoppningsvis ökar antalet patienter som tillfrågas om levnadsvanor. Implementeringen av Rök- och alkoholfri operation kan också påverka att fler tillfrågas om sina levnadsvanor</p>		
<p>Patienter blir erbjudna insatser gällande sina ohälsosamma levnadsvanor vid kontakt med hälso- och sjukvården. Följs upp via klassificering av vårdåtgärder (KVÅ), samt Primärvårds Kvalitet eller kvalitetsregister.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>KVÅ Primärvård: Totalt har 34000 insatser registrerats under året, vilket är en ökning med 10% jämfört med 2018. För alkohol har en ökning skett på samtliga rådgivningsnivåer, men framför allt enkel (32% ökning) och rådgivande nivå (58% ökning) vilket innebär att ytterligare 677 insatser har utförts. Insatser vad gäller tobak och fysisk aktivitet har ökat med 11-13% och insatser för ohälsosamma matvanor är oförändrad. Insatser för fysisk aktivitet och matvanor har framför allt förändrats till att ske på rådgivande nivå istället för enkla råd. Förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept är oförändrad.</p> <p>KVÅ Specialistvård: Totalt har 7745 insatser registrerats under året, vilket är en ökning med 11% jämfört med 2018. Framför allt har enkel rådgivning alkohol ökat med 80%, vilket innebär att 362</p>		

Indikatorer	Utfall	Målvärde																				
<p>patienter fått enkla råd. Samtidigt har rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal om alkohol minskat markant. Enkel och kvalificerad rådgivning tobak och matvanor ökar samt enkla råd och rådgivande samtal fysisk aktivitet.</p> <p>Knappt hälften av insatserna både i primärvård och i specialistvård är riktade mot fysisk aktivitet.</p>																						
<p>Primärvård KVÅ levnadsvanor 2019</p>																						
 <table border="1"> <caption>Primärvård KVÅ levnadsvanor 2019</caption> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>enkla råd</th> <th>rådgivande samtal</th> <th>kvalificerat rådgivande samtal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tobak</td> <td>~1500</td> <td>~1000</td> <td>~1500</td> </tr> <tr> <td>Alkohol</td> <td>~1500</td> <td>~500</td> <td>~500</td> </tr> <tr> <td>Fysisk aktivitet</td> <td>~6500</td> <td>~9000</td> <td>~1000</td> </tr> <tr> <td>Matvanor</td> <td>~4500</td> <td>~5000</td> <td>~2000</td> </tr> </tbody> </table>			Kategori	enkla råd	rådgivande samtal	kvalificerat rådgivande samtal	Tobak	~1500	~1000	~1500	Alkohol	~1500	~500	~500	Fysisk aktivitet	~6500	~9000	~1000	Matvanor	~4500	~5000	~2000
Kategori	enkla råd	rådgivande samtal	kvalificerat rådgivande samtal																			
Tobak	~1500	~1000	~1500																			
Alkohol	~1500	~500	~500																			
Fysisk aktivitet	~6500	~9000	~1000																			
Matvanor	~4500	~5000	~2000																			
<p>Specialistvård KVÅ levnadsvanor 2019</p>																						
 <table border="1"> <caption>Specialistvård KVÅ levnadsvanor 2019</caption> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>enkla råd</th> <th>rådgivande samtal</th> <th>kvalificerat rådgivande samtal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tobak</td> <td>~400</td> <td>~100</td> <td>~1400</td> </tr> <tr> <td>Alkohol</td> <td>~300</td> <td>~100</td> <td>~100</td> </tr> <tr> <td>Fysisk aktivitet</td> <td>~1200</td> <td>~2100</td> <td>~100</td> </tr> <tr> <td>Matvanor</td> <td>~700</td> <td>~300</td> <td>~700</td> </tr> </tbody> </table>			Kategori	enkla råd	rådgivande samtal	kvalificerat rådgivande samtal	Tobak	~400	~100	~1400	Alkohol	~300	~100	~100	Fysisk aktivitet	~1200	~2100	~100	Matvanor	~700	~300	~700
Kategori	enkla råd	rådgivande samtal	kvalificerat rådgivande samtal																			
Tobak	~400	~100	~1400																			
Alkohol	~300	~100	~100																			
Fysisk aktivitet	~1200	~2100	~100																			
Matvanor	~700	~300	~700																			

Uppdrag 12. Att alla verksamheter inom hälso- och sjukvård ska ha en plan för tillgänglighet och produktion.



Kommentar

Verksamheternas tillgänglighet och produktion följs områdesvis via årshjulet och för vårdcentralerna även av Hälsovals uppföljningar. Flera av verksamheterna har länsgemensamma produktionsplaner. För vårdcentralerna har ett projekt påbörjats med behovs-och verksamhetsplanering.

Uppdrag 13. Att genomföra en utvärdering av befintlig organisering av hälsovård- och sjukvården. Utvärderingen ska beakta det pågående arbete med Målbild 2030. Utvärderingens förslag ska vara framtidsfokuserade och bland annat ta utgångspunkt i att erbjuda en tillgänglig vård av hög kvalitet, ett närvarande och aktivt ledarskap, ekonomi i balans och demografiska förändringar. Resultatet ska lägga grunden för framtidstro och fortsatt högt förtroende för sjukvården.



Kommentar

En utvärdering av nuvarande organisation har genomförts under hösten av en extern utredare. Uppdragsbeskrivningen omfattade även att utreda förutsättningarna för målbild 2030 ur ett länsperspektiv samt att stärka förutsättningarna för ett tillitsfullt ledarskap av organisationen. Organisationsöversynen kommer att presenteras för hälso- och sjukvårdsnämnden under januari, och utifrån de slutsatser och förslag till fortsatt arbete som presenteras kommer hälso- och sjukvårdsförvaltningen under våren att få arbeta vidare med att förbättra och utveckla organisationen.

Uppdrag 14. Att förstärka arbetet med en lokal struktur för kunskapsstyrning som har en tydlig koppling både mellan samverkansgrupper och programområden på lokal nivå och med den nationella och sjukvårdsregionala nivån samt i samverkan med länets kommuner.



Kommentar

Under 2019 har ett arbete utförts där chef för Läkemedelscentrum, förvaltningsövergripande Chefläkare, Produktionschef, HTA-enhetschef, Utvecklingschef, samt FoU-chef har formulerat hur de utifrån sina uppdrag kan bidra till kunskapsstyrningssystemet lokalt samt vilken sjukvårdsregional och nationell koppling de har. Utöver detta har regelbundna möten med projektledare för vårdinformationssystem samt chef för Hälsoval förts. En rapport är skriven gällande detta - "Uppdrag 14". År 2018 fattades ett beslut om att lokala arbetsgrupper och programråd ska vända sig till Läkemedelskommitténs expertgrupper för stöd när det gäller läkemedelsfrågor. Inbjudan har gått ut till flera av ovanstående funktioner för att berätta om sin verksamhet och vilket stöd de kan erbjuda i såväl Rådet för Medicinsk Kunskapsstyrning som till Utvecklings- och kvalitetsgruppen. Regelbundna möten sker med förvaltningschef Regional Utveckling för kommunal samverkan. Deras utvecklingsledare är inbjudna att delta i nätverk för metodstöd/processhandledare som ska stödja processledare i lokala arbetsgrupper och erbjuds även delta i nätverk för verksamhetsutvecklare i syfte att fördjupa kunskap om arbetssättet. Dialog pågår för att få kunskapsstyrning snabbt ut på den nya vårdwebben för ökad tillgänglighet av dokument.

Uppdrag 15. Att fortsätta arbetet med att utveckla arbetssätt för att låta rätt kompetens möta patientens medicinska behov (bästa effektiva omhändertagande nivå).



Kommentar

För de breda målgrupperna infördes en behovsstyrd vårdgaranti vid årsskiftet och arbetet följs upp kontinuerligt. Drop-in mottagningar har införts vid alla vårdcentraler för att öka tillgängligheten. Projektet "Digitalt först" har genomförts i syfte att utöka den digitala tillgängligheten i primärvården. Primärvårdens digitala mottagning har startat under hösten.

För målgrupper med omfattande och komplexa behov pågår utveckling av mobila team. Förutom teamen riktade mot äldre (se uppdrag 27) så har mobila team inom psykiatrin samt ett BPSD-team (beteendemässiga och psykiska symptom) för demenssjuka startats. Antalet utskrivningsklara på sjukhuset fortsätter att minska genom samverkan mellan slutenvård öppenvård och kommuner. Rollen som vårdsamordnare i öppen vård har bidragit till att öka samordningen runt patienterna och att tidigare identifiera mångsökare. I syfte att utveckla och rollen som vårdsamordnare i primärvården har beslut fattats att inrätta en halvtidstjänst för att samordna arbetet.

Uppdrag 16. Att fortsätta och utöka arbetet med kompetensöverföring/resursöverföring mellan sjukhusvård och första linjens sjukvård.



Kommentar

Arbetet med kompetensöverföring/resursöverföring mellan sjukhusvård och första linjens sjukvård är påbörjat inom några verksamheter. I den västra länsdelen sker samarbete mellan det internmedicinska området, specialistmottagningarna och vårdcentralerna vilket visat sig vara framgångsrikt för både den enskilde patienten och för verksamheten. Det finns även ett samarbete mellan det internmedicinska området och ortopedavdelningarna för att bättre omhänderta multisjuka patienter med frakturproblematik.

En arbetsgrupp bestående av specialister som har beröringspunkter med varandra avseende vården av äldre och multisjuka patienter kommer att under ledning av samordnaren för nära vård få arbeta med frågan hur de på ett bättre sätt kan svara upp för en samlad vård för den enskilde patienten. Steg ett blir att fokusera på hur den geriatriska specialiteten kan underlätta och förbättra vården för målgruppen kopplat till första linjens vård.

För att ytterligare betona vikten av behovet av samverkan har medel avsatts för anställning av ytterligare geriatriker vars uppgift blir att förstärka den geriatriska kompetensen mot vårdcentralerna och patienterna i den nära vården.

Även inom psykiatrin pågår aktiviteter för ökad samverkan mellan specialistvården och primärvården

Uppdrag 17. Att utreda förutsättningarna för att införa en förstärkt jourvårdcentralverksamhet i anslutning till akutverksamheten vid Universitetssjukhuset Örebro.



Kommentar

I arbetet med att utveckla omhändertagandet av akuta patienter ligger för närvarande ett stort fokus på att styra patientflöden till rätt vårdnivå samt att utveckla arbetssättet på akutkliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro inför flytten till H-huset under 2020. I det fortsatta arbetet kring att införa förstärkt jourvårdcentralverksamhet i anslutning till akutverksamheten behöver effekterna av bättre styrning till rätt vårdnivå samt att flytt av verksamheten till nya lokaler beaktas.

Uppdrag 18. Att initiera en fördjupad diskussion kring förutsättningarna för att starta gemensam familjecentralverksamhet i Hällefors kommun. Arbetet för etablering av en ny familjecentral i Örebro, i syfte att matcha ett växande behov, ska fortsätta.



Kommentar

Hällefors: Samtalen mellan Region Örebro län och Hällefors kommun har fortsatt, men diskussionen kring en fysisk familjecentral har avstannat. Istället inriktas samtalen på att utveckla samarbete kring verksamhet som kan stödja familjer. Till exempel genomförs en gemensam ABC-utbildning (Alla Barn i Centrum), Barnavårdscentralen samarbetar med skolhälsovården och Folktandvården samt att barnkurator finns på vårdcentralen varje vecka. Vidare avser kommunen att öppna en förskola med möjlighet till öppen förskola-verksamhet.

Örebro: Ett arbete pågår tillsammans med Örebro kommun för att ta fram en strategi för familjecentraler i Örebro.

Uppdrag 19. Att stärka samverkan mellan Region Örebro läns hälso- och sjukvård och elevhälsovården och andra relevanta verksamheter för att stärka stödet och nödvändiga insatser för ungas hälsa och förutsättningar för en lyckad skolgång.



Kommentar

Regionen har utsett två personer som leder framtagandet av en överenskommelse mellan Region Örebro läns hälso- och sjukvård och elevhälsovården. Syftet är att skapa jämlika förutsättningar för att stärka stödet för eleverna i vårt län. Samarbetet ska leda till att läkare från regionen deltar i elevhälsovården på ett enhetligt sätt vilket är ett första steg för att tillsammans skapa jämlika förutsättningar för en lyckad skolgång för eleverna i vårt län. Arbetet avslutas under våren 2020.

Uppdrag 21. Att utveckla arbetssätt och samverkan inom den nära vården för att bättre möta psykisk ohälsa. I förekommande fall gäller detta även samverkan med kommunerna, patientföreningar och andra delar av ideella sektorn.



Kommentar

I den västra länsdelen har vårdcentralerna ett gemensamt arbetssätt för att möta upp behoven och de samarbetar i hög utsträckning mellan vårdcentralerna för att erbjuda ett likvärdigt utbud. De har också kommit långt med samarbete med det civila samhället främst genom Möckelföreningen.

I norr har det under 2019 tagits fram ett gemensamt arbetssätt som alla vårdcentraler nu jobbar efter. Arbetet leds av en psykolog med tid för samordning mellan vårdcentralerna för att skapa förutsättningar för en jämlik vård i hela norra länsdelen. I år finns särskilt fokus på att erbjuda bedömning inom tre dagar i enlighet med nya vårdgarantin. Ett identifierat utvecklingsområde är samarbetet med civila samhället.

I Örebro/söder är fokus främst på att säkerställa snabba tider för en första bedömning på bästa effektiva omhändertagandenivå samt utveckling av psykosociala team där kurator/psykolog/psykiatrijuksköterskor samarbetar med övriga yrkeskategorier. Några vårdcentraler testar också helt nya arbetssätt exempelvis Integrerad beteendehälsa och utökat samarbete med psykiatrin.

För de vanligaste diagnoserna inom området psykisk ohälsa i primärvården (depression och ångest) så har beslut tagits om att starta en lokalarbetsgrupp, LAG inom ramen för kunskapsstyrning. Ordförande i denna LAG är från primärvården och under våren 2020 skall gruppen formeras för att påbörja sitt arbete för att bidra till jämlik vård inom hela regionen.

Uppdrag 22. Att utreda behov av särskild somatisk kompetens inom äldrepsykiatrin.



Kommentar

Ett utökat samarbetet mellan somatik och psykiatri är med tanke på samsjuklighet angeläget att utveckla oavsett ålder. Samarbetet följer två spår dels ett inom äldrepsykiatrin dels ett med mer akut inriktning med fokus på yngre individer. Det sistnämnda har hittills haft inriktning kring missbruk och intoxicationer i olika former. Samarbetet ger förutsättningar att bygga vidare på utveckling av det som beskrivs i Uppdrag 23.

Arbetet för Uppdrag 22 har fortskridit under 2019 där handlingsplanen byggts på med hospitering, gemensamma studiebesök dels vid äldrepsykiatrin inom Region Uppsala dels i Västra Götaland samt gemensamma utbildningsinsatser. Sammantaget har det lett till mer insikt och förståelse för varandras verksamheter med fokus på att patientens behov styr vilka vårdinsatser som behövs. En kartläggning pågår även för att se vilka framtida behov som behöver täckas.

Initiativet med att bygga upp ett BPSD-team för personer med demenssjukdom och tendens till

utåtagerande beteende kommer från geriatriska kliniken och det kommer under 2020 byggas på med psykiatrisk kompetens på sjuksköterskenivå. Det finns redan ett samarbete med den kommunala hälso-och sjukvårdens demensteam och det samarbetet behöver förstärkas ytterligare framöver.

Planen framåt är att fortsätta arbetet utifrån handlingsplanen med att bl a inlemma aktiviteter som kan stödja utveckling av samarbete inom äldrepsykiatrin med stöd av öppenvård och mobila lösningar. Vid behov kan även förändrade slutenvårdsmöjligheter bli aktuella men de ställer större krav på lokaler och bemanning och med anledning av det kommer de två förstnämnda att prioriteras under 2020.

Uppdrag 23. Att stärka samarbetet och vårdkedjan mellan psykiatrin och den somatiska vården för patienter med svår psykisk sjukdom.



Kommentar

En arbetsgrupp inom områdena medicin och rehabilitering och psykiatri har funnits sedan hösten 2018 för identifiering och koordinering av förbättringsåtgärder. Det har arrangerats workshops med personal från dessa enheter. För att fånga in områden som behöver utvecklas så har enkätundersökning och Fokusgruppsintervjuer genomförts. Detta arbete har resulterat i en handlingsplan. Ett utvecklingsområde som framkommit är behov av ömsesidig rond, d v s somatisk läkare behöver besöka psykiatrins vårdavdelningar regelmässigt och vice versa och arbete pågår för att strukturera detta . En organisation för ömsesidig hospitering är beslutad och påbörjad samt gemensamma utbildningsinsatser är genomförda.

En samverkansrutin är framtagen i konsensus mellan berörda läkare och chefer under hösten 2018/ våren 2019 som beskriver gränssnittet mellan somatik och psykiatri och hur dessa verksamheter ska kommunicera i patientärenden. Vid soma-konsulter inom psykiatrin finns beslut om att den konsulterade kliniken ska låta bakjournskompetent överläkare ansvara för konsulten.

En del i det suicidpreventiva arbete som genomförs i regionen syftar också till ett stärkt samarbete mellan den somatiska och psykiatriska vården. I vårdprogrammet "Vård av suicidnära patienter" framgår det att den suicidnära patienten är ett gemensamt ansvar för Hälso- och sjukvården. Den suicidpreventiva dagen, den 10 september, uppmärksammades genom en konferens som arrangerades i samverkan med Brukarorganisationer och geriatriska kliniken. Temat för konferensen var "De äldres psykiska hälsa".

Under år 2019 har psykiatrin fått en resursförstärkning för att kunna stärka upp det akuta omhändertagandet av suicidnära patienter. En mobil psykiatiresurs har tillskapats. En del i arbetet innefattar bedömningar och stödjande samtal med psykiskt sjuka personer som vårdas inom somatiken. Den mobila resursen utgör en brygga mellan psykiatrin och somatiken.

Uppdrag 24. Att utöka möjligheten att ta emot och behandla patienter med psykiska trauman.



Kommentar

Inom psykiatrin idag finns ett brett utbud av behandlingsmetoder för psykiskt trauma. Det utförs behandlingar med traumafokuserad KBT (kognitiv beteendeterapi), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), psykodynamisk terapi och interpersonell terapi.

Inom vuxenpsykiatrin behandlas posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) som uppstått genom våld i nära relationer. Där satsar man till hösten på en utbildning för att lära ut metoden Prolonged Exposure (traumafokuserad KBT) till fler behandlare. Barn och ungdomspsykiatrin kommer även ha personal med på utbildningen till hösten.

Den specialiserade traumamottagningen (behandlar PTSD som beror på händelser som inte skett i nära relationer som krig, överfall, naturkatastrofer mm) har brutits ur öppenvård psykiatrin och fått en egen enhetschef. Behandlingsutbudet breddas genom att personal med ny kompetens rekryteras, och att befintlig personal går vidareutbildning i Prolonged Exposure. Produktionsplanering införs för att anpassa arbetet till inflödet.

Länsmottagningen inom BUV har ett ökande antal patienter med behov av insatser för trauma. Man undersöker därför möjligheterna att utbilda fler personal inom metoderna Prolonged exposure och EMDR. Målsättningen är att alla behandlare skall ha minst grundläggande kunskaper om traumabehandling. Gryningen som är en verksamhet inom BUV har nyligen skaffat sig kompetens för traumabehandling för små barn

På Ätstörningsenheten inom BUV görs en del traumabehandlingar, främst med vuxna patienter och äldre tonåringar. Några av terapeuterna är utbildade i interpersonell terapi för trauma, och utför behandlingar för patienter där ätstörningsproblematiken och traumaproblematiken är tätt sammankopplade. Enheten har målsättningen att utöka med kompetens inom Prolonged Exposure.

Uppdrag 25. Att utreda hur Region Örebro län kan införa ett samordnat medicinskt omhändertagande av vuxna personer med komplexa funktionsnedsättningar



Kommentar

En arbetsgrupp har bildats med utsedda representanter från närsjukvården, habilitering och hjälpmedel, staben för hälso- och sjukvård samt utredare HS-staben. Uppdragsdirektiv finns framtaget. Arbetsgruppen träffades under hösten. Arbetet pågår med bland annat omvärldsbevakning. Information om samordnat medicinskt omhändertagande hölls även på Hälsovalsdagen i oktober med föredragning av inbjuden representant från Region Sörmland.

Uppdrag 26. Att fortsätta med implementeringsarbetet utifrån de nationella riktlinjerna angående rökfri operation och alkoholfri operation.



Kommentar

Enheten för kunskapsstyrning har arbetat med implementeringen som blev klar juni 2019. Det är nu varje områdes ansvar att riktlinjen efterföljs. Alla opererande kliniker är informerade samt berörda remitterande kliniker/vårdcentraler. Informationsmaterial framtaget, broschyr översatt till åtta olika språk. Information riktad mot patienter har genomförts via Tebladet, sociala medier och information på 1177. I november 2019 skickades en patientenkät ut för uppföljning av insatser gällande tobak och alkohol i samband med operation som ett komplement till KVÅ-registrering. Sammanställning av enkäten pågår.

Uppdrag 27. Att utveckla hälso- och sjukvårdens samlade arbete kring äldre. a) Nämnden ska utreda förutsättningarna för att införa särskilda äldremottagningar i anslutning till minst en vårdcentral i varje närsjukvårdsområde.



Kommentar

Idag finns äldremottagningar kopplade till Kumla vårdcentral och vårdcentralerna i norra länsdelen. Länsgemensamma kriterier för omfattning och innehåll i en äldremottagning har saknats och en diskussion har pågått under hösten och mynnat ut i förtydligade krav i krav- och kvalitetsboken för 2020. Nya krav innebär att vårdcentralen aktivt ska utveckla mottagning för multisjuka patienter och förbättra omhändertagandet för denna patientgrupp. I uppdraget ingår också att utveckla samverkan med kommunen rörande äldres hälsa och hemsjukvård. I detta arbete utgör vårdsamordnaren en viktig länk.

I det fortsatta arbetet behöver koppling till vårdcentralernas övriga verksamhet, kommunal hemsjukvård, mobila närsjukvårdsteamerna samt geriatriska kliniken tydliggöras. Det hälsofrämjande arbetet behöver beaktas i framtagandet av kriterier för att göra det möjligt att förebygga exempelvis fallskador och depression.

Uppdrag 27. Att utveckla hälso- och sjukvårdens samlade arbete kring äldre. b) Utvecklingen av sjukvård i hemmet för de svårast sjuka äldre ska fortsätta genom utvecklad samverkan med länets kommuner och genom mobila team.



Kommentar

I Örebro finns ett mobilt närsjukvårdsteam där medarbetare från regionen samt kommunen arbetar tillsammans. Teamet har utvärderats under våren och beslut om att permanenta teamet har tagits. Från årsskiftet kommer närsjukvårdsteamets uppdrag att utökas till att även ta hand om hembesök till personer med mer akut insjuknande som kan åtgärdas inom 24 timmar. Arbetet kommer att drivas i projektform under två år.

I västra länsdelen finns ett mobilt närsjukvårdsteam i drift med sjuksköterskor som arbetar med stöd av läkare från medicinkliniken och i nära samarbete med kommunerna

I norra länsdelen har rekrytering och planering skett under första halvåret och ett mobilt närsjukvårdsteam startar under september. Även här är medarbetarna anställda av Regionen men arbetet sker i nära samverkan med kommunerna.

Mobilt team kopplat till den södra länsdelen saknas. Samverkan är ändå mycket god mellan regionen och kommunerna runt äldre. Ett arbete för att ta fram en modell för mobilt arbetssätt för äldre pågår.

För att kunna fortsätta planering, utveckling och finansiering av mobila team har en kartläggning genomförts med följande slutsatser

- *Sammanhållen strategi för vilka team som behövs saknas i länet.*
- *Prioritering krävs inför nästa steg i utveckling av mobila team.*
- *Gränsdragning mot ordinarie öppenvård behöver tydliggöras. Mobila team är ett komplement och kan aldrig ersätta ordinarie verksamhets ansvar.*
- *Samverkan med kommuner och andra verksamheter i Regionen behöver utvecklas.*
- *Jämlik tillgång för målgrupperna i hela länet behöver säkerställas.*

Uppdrag 27. Att utveckla hälso- och sjukvårdens samlade arbete kring äldre. c)
Akutmottagningarnas omhändertagande av äldre, sköra patienter ska genomlysas i syfte att korta väntetiderna och ge bästa möjliga omhändertagande.



Kommentar

På eget initiativ har akutmottagningarna i länet arbetat för att äldre ska triageras högre och därmed omhändertas snabbare. I praktiken innebär satsningen att man redan från patientens första entré på akuten och rakt igenom beaktar ”skörhet” som en viktig parameter.

I projektform har omvårdnaden av de äldre och multisjuka på akutmottagningarna förbättrats genom ökad tillsyn, vändning, mat och dryck samt hjälp med toalettbesök. Undersköterskor har fått särskilt ansvar för detta och även utökad tjänstgöringsgrad till viss del i omfattning på verksamhetens eget initiativ. Undersköterska samverkar med geriatrikens team och nätverkar med kommuner och förmedlar aktuella kontaktvägar vid hemgång från akuten. Under resterande del av dygnet är tjänstgörande personal utsedd att gör omvårdnadskontroller enligt givet intervall.

Det arbete som återstår är att försöka minska andelen återinläggningar samt hitta alternativa vårdformer för de äldre och multisjuka. En sådan vårdform utgör de mobila närsjukvårdsteamerna.

Uppdrag 27. Att utveckla hälso- och sjukvårdens samlade arbete kring äldre. d) I uppdraget ingår också att utveckla samverkan med kommunerna rörande äldres hälsa och hemsjukvård.



Kommentar

Arbetet med lagen om samverkan vid utskrivning har varit framgångsrikt i Örebro län och har skapat nya och utvecklade samverkansformer. Detta har gett en bra grund i det fortsatta gemensamma arbetet med en god och nära vård för personer med omfattande behov, där de äldre är i majoritet.

Vårdsamordnarna på länets vårdcentraler deltar också i arbetet runt de äldre med stora vård- och omsorgsbehov. En utveckling av innehåll/omfattning i vårdsamordnarrollen är viktigt under det kommande året.

I övrigt se beskrivning i a samt b ovan.

2018: Uppdrag 14. Att ta fram ett visionsdokument med en målbild för hälso- och sjukvårdens utveckling fram till år 2028. Dokumentet ska ta hänsyn till demografiska förändringar och ekonomiska förutsättningar för att åstadkomma en utveckling mot en mer nära vård, en fortsatt utveckling av nivåstrukturering av den högspecialiserade vården, forskning och utbildning.



Kommentar

En målbild är framtagen och presenterad för regionens medborgare i ett antal medborgardialoger. Målbilden är beslutad av fullmäktige 18 juni 2019.

2018: Uppdrag 23. Att arbeta för att Region Örebro län betraktas som en attraktiv samarbets-partner både i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion och på en nationell samt internationell arena, samt att fortsätta utveckla strategiska områden inom högspecialiserad vård.



Kommentar

Den sålda vården har avmattats under 2019. En nyligen gjord kundrelations-undersökning inom sjukvårdsregionen visar på ett mycket gott förtroende hos de regioner som köper denna vård.

Förvaltningen har tillsammans med Akademiska sjukhuset påbörjat ett arbete med att ta fram representativa kvalitets och tillgänglighets data för den högspecialiserade vården i regionen och även påbörjat ett arbete för att få till en bättre produktionsstyrning av den högspecialiserade vården.

Ett arbete är även påbörjat för att under 2020 arbeta med att konkretisera vilka diagnoser ur den så kallade bruttolistan där regionen skall ansöka om att bli del av den nationella nivåstruktureringen. Avstämningar sker även med akademiska sjukhuset för att om möjligt undvika en intern sjukvårdsregional konkurrens

Uppdrag A. Samtliga beredningar får i uppdrag att, under första halvåret 2019, utifrån sitt fokusområde, genomföra en medborgardialog i linje med arbetet med Målbild 2030.



Kommentar

Medborgardialogerna är genomförda och målbilden antagen.

Uppdrag B. Att beredningen för närsjukvård samt beredningen för somatisk specialistvård samt högspecialiserad vård får i uppdrag att genomföra en samlad kartläggning av mobila team inom regionen, i syfte att utveckla en god och jämlik nära vård i hela länet.



Kommentar

En kartläggning av befintliga somatiska mobila team har genomförts under början av 2019 och en rapport finns tillgänglig.

Uppdrag C. Att respektive beredningar får i uppdrag att tillsammans med berörda tjänstemän inom sina områden komma med inspel för en budget i balans till verksamhetsplan 2020, senast 31 maj 2019.



Kommentar

En handlingsplan för budget i balans har diskuterats på både en gemensam fördjupningsdag samt vid enskilda beredningsmöten.. De enskilda beredningarna har även fattat beslut om rekommendationer till nämnden utifrån sina ansvarsområden.

Uppdrag D. Att Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ansvar att återkommande rapportera om genomförandet av Handlingsplan för suicidprevention och minskad psykisk ohälsa ska ske till beredningen för psykiatri, hjälpmedel och behandling.



Kommentar

Handlingsplanen för Suicidprevention finns med i beredningens uppföljningar.

Uppdrag E. Att tillsammans med Örebro kommun genomföra en halvtidsutvärdering av projekt ”Mobila team för äldre”



Kommentar

En utvärdering av teamet har genomförts och en slutrapport lagts fram till Hälso-och sjukvårdsnämnden som därefter har fattat beslut om att permanenta närsjukvårdsteamet samt att avsätta ekonomiska medel för att skapa team i samtliga länsdelar. Teamet i Örebro förstärks i projektform för att testa ett akutspår.

Uppdrag F. Läkemedelsanvändning: Att utveckla det förebyggande arbetet kring utvärtes NSAID-läkemedels (Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs) negativa miljökonsekvenser.



Kommentar

Läkemedelskommitténs Expertgrupp läkemedel och miljö har påbörjat uppdraget. I ett första steg har de källkritiskt undersökt de uppgifter som finns rörande utvärtes NSAID geler (icke steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel). Deras undersökning styrker påståendet att NSAID gelen Diclofenac är den mest miljöbelastande gelen.

Läkemedelskommitténs rekommendationer har uppdaterats utifrån dessa data. Skriftlig information/artikel har publicerats i Rapport om Läkemedel. Miljökampanj- intervju i T-bladet av kampanjens upphovspersoner, där miljöaspekterna redogjordes för. En artikel om gelernas risker har publicerats i Miljönytt. Information om gelernas miljörisk har även nått ut till samtliga miljöombud, till läkemedelsansvariga sjuksköterskor, samt via Vårdcentralsinformation och planeras på Distriktsköterskeutbildning inom läkemedelsområdet. Expertgruppen läkemedel och miljö har informerat samtliga fysioterapiexperter om vilka NSAID geler de kan rekommendera till patienter med muskulär smärta.

Uppdrag G. Läkemedelsanvändning: Att effektivisera läkemedelsförbrukning genom ökat samarbete mellan Läkemedelscentrum och klinikerna



Kommentar

Åtgärder för att effektivisera läkemedelsanvändningen.

- Framtagande av läkemedelsrekommendationer som del i implementering av klok läkemedelsanvändning
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen kommer att övertas i egen regi (av Läkemedelscentrum), vilket kommer att möjliggöra förbättrad dialog med klinikerna.
- Årliga genomgångar görs på läkemedelstunga kliniker av läkemedelsförbrukning och dialog förs om budgettilldelningen för läkemedel. Regelbundna informations- och dialogmöten med berörda kliniker om vilka läkemedel som är mest kostnadseffektiva

utifrån gällande trepartsförhandlingar.

- Utökat farmaceutiskt stöd på kliniker som har behov av detta, bl.a. gällande problematiken med restnoterade läkemedel. Bevakning av ett antal läkemedel där det skett felaktig förskrivning.
- Farmaceutiskt stöd i form av apotekare finns på plats på flera av klinikerna i regionen.
- Genom att anställa apotekare med kompetens inom radiofarmaka så är stöttar Läkemedelscentrum uppbyggnaden av cyklotronverksamheten på USÖ.
- Samarbete sker med Lab medicin, FoU inom området ATMP (avancerade terapiläkemedel) för att få godkännande för cellterapi-tillverkning från Läkemedelsverket.
- Fortlöpande muntlig (vårdcentralsbesök) och skriftlig information (tidning) till alla förskrivare i regionen.
- Skriftliga läkemedelsrekommendationer i bokform till samtliga förskrivare i regionen.
- Läkemedelshanteringsutbildning kommer att ges till nyutbildade sjuksköterskor som har plats på introduktionsåret för sjuksköterskor.
- Nutritionscontrollerfunktion finns nu på Läkemedelscentrum. En nybildad expertgrupp ska ta fram instruktioner och rekommendationer för sällanförskrivare av nutritionsprodukter, så att onödig och kostsam förskrivning kan minimeras.

Uppdrag H: Lokalförsörjningsplan: Att i samråd med övriga berörda förvaltningar ta fram en lokalförsörjningsplan för att få en hållbar och långsiktig planering av Hälso- och sjukvårdsförvaltningens lokaler.



Kommentar

Arbetet med att ta fram en lokalförsörjningsplan för hela hälso- och sjukvårdsförvaltningen fortskrider enligt tidplan. Underlaget som tagits fram via enkäter och workshops under hösten bearbetas nu för att resultera i illustrationer och text. Arbeta med att ta fram strategiska- samt planerings principer som ska vara styrande gällande lokalförsörjningen pågår parallellt. Arbetet utgår från beslutad målbild 2030.

3.5 Digitalisering

Övergripande mål:

Modern digital teknik ska bidra till att skapa en jämlik, attraktiv och stark Örebroregion som kan möta framtidens utmaningar.

Inriktningsmål:

Nr 32. Att invånare, patienter och anhöriga på ett enkelt sätt kan skaffa sig kvalitetssäkrad information om vård och hälsa samt få personligt anpassad information om sin egen vård och hälsosituation. De ska också kunna kontakta vården via internet för att få service, rådgivning och hjälp till egenvård.



Kommentar

Det sker en utveckling av de digitala tjänsterna via 1177 som underlättar för regionens invånare att få information om sjukvård alternativt kontakt med sjukvården. 1177 finns nu som vårdguide på per telefon och på webben. Via etjänsterna kan vårdgivare och patienter kommunicera digitalt på ett säkert sätt.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Minst 80 procent av länsinvånarna känner till 1177 Vårdguiden, e-tjänster och sjukvårdsrådgivning via internet på 1177.se.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>I den nationella undersökningen ser man en markant kännedomsökning sedan föregående år, idag har 97 % hört talas om 1177 Vårdguiden. Användandet av e-tjänster och sökning på 1177.se ökar stadigt.</p>		
<p>65 procent av länsinvånarna är användare av 1177 Vårdguidens e-tjänster.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>70 % av länsinvånarna är användare av 1177 Vårdguidens e-tjänster och därmed är målet för 2019 nått.</p>		
<p>Hälso- och sjukvården ska redovisa en utveckling av sitt arbetssätt med a) ökat utbud av e-tjänster.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Se uppdrag 54.</p>		
<p>Hälso- och sjukvården ska redovisa en utveckling av sitt arbetssätt med: b) uppfyllelse av svarstid inom angivna tidsramar.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Det pågår arbeten med e-tjänster utifrån ledning från regionkansliet men för tidigt att kunna visa på resultat.</p>		

Uppdrag 46. Att ta fram och genomföra aktiviteter utifrån principen ”digitalt först”.



Kommentar

Staben för digitalisering skapades under 2018 och ansvarar för den övergripande och strategiska koordineringen gällande nationellt och regionalt arbete inom digitalisering. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen medverkar i de aktiviteter där förvaltningen berörs.

Uppdrag 47. Att inom huvudprocesserna hälso- och sjukvård och tandvård verka för att bidra till visionen 2025 inom e-hälsa gällande digitalt först.



Kommentar

Arbete pågår inom många olika områden, exempelvis webbtidbok, elektroniska konsultremisser, beställning och svar av undersökningar till laboratorieverksamheten mm.

Uppdrag 49. Att etablera ett införandeprojekt för framtidens vårdinformationsstöd (FVIS) med fokus på förberedelse av nya arbetssätt och standardisering.



Kommentar

Avtal tecknades i juni, med leverantören Cambio Healthcare AB, gällande Region Örebro läns nya vårdinformationsstöd. För att skapa samsyn och för att utnyttja våra resurser på bästa sätt har vi valt att göra arbetet tillsammans i ett gemensamt implementationsprojekt med övriga parter inom Sussa samverkan. (Arbetet med att ta fram ett nytt vårdinformationsstöd görs tillsammans med flera andra regioner i en gruppering som heter Sussa samverkan. Sussa står för strategisk utveckling av sjukvårdsstödjande applikationer). Ett första gemensamt styrgruppsmöte med leverantören genomfördes i juli. Ett lokalt införande projekt inom Region Örebro län är etablerat med en styrgrupp. Projektet har breddats med en särskild beredningsgrupp för verksamhet med bemanning från Hälsoval och Hälso och sjukvårdsförvaltningen. I Beredningsgruppen för teknik- integration deltar framförallt Regionservice. Arbetsgrupper som arbetar med förändringsledning, informatik och processer har bildats.

Uppdrag 50. Att etablera ett projekt för arkivering av de system som ersätts av framtidens vårdinformationsstöd (FVIS).



Kommentar

Projektet för arkivering av de system som ersätts av FVIS är etablerat. Projektet är flerårigt.

Uppdrag 52. Att utveckla arbetssätt och digitala stödsystem för första linjens vård, som komplement till ordinarie kontaktvägar inom vården.



Kommentar

Flera projekt har genomförts under 2019 i arbetet med att utveckla arbetssätt och digitala stödsystem för första linjens vård.

- *Digitala vårdmöten erbjuds för återbesök inom primärvård. Under året har 11 vårdcentraler infört digitala återbesök i sitt utbud.*
- *En digital mottagning har startats för utvalda besöksområden inom första linjens vård. Sedan start vecka 46 har Vårdcentralernas digitala mottagning haft ca 115 patientbesök och har fått bra återkoppling och uppskattning från våra patienter.*
- *Ett pilotprojekt har genomförts på tre utvalda vårdcentraler i syfte att testa ett digitalt processverktyg för lättakut på vårdcentralen. Patienten besvarar frågor inför besöket via pekterminal eller mobil lösning Collabodoc. Efter avslutad pilot kommer två av de tre vårdcentralerna att fortsätta med systemstödet.*

Regionen bevakar det arbete som pågår nationellt på Inera utifrån avsiktsförklaringen för första linjens digitala vård.

Uppdrag 54. Att inom huvudprocessen hälso- och sjukvård definiera minimimått för e-tjänster för hälso- och sjukvårdens verksamheter.



Kommentar

Minimimått införda inom primärvården ” Vårdcentralen skall via Internet tillhandahålla följande e-tjänster inom 1177 Vårdguiden; kontakta vårdcentralen, boka ny tid, av- och omboka tid samt förnya recept med mera. Vårdcentralen skall erbjuda Drop-in mottagning. Den 11 november 2019 startades ett pilotprojekt med vårdcentralernas digitala mottagning.

Även inom specialistsjukvården pågår arbeten. Inom område OMR undersöks möjligheterna till digitala vårdmöten samt mottagningsbesök via telefon. Inom TKD finns t.ex klamydiatest via nätet samt bokning av tider på provtagningen. Mammografien har bokning av tider.

3.6 Attraktiv arbetsgivare

Övergripande mål:

Region Örebro län uppfattas som en attraktiv arbetsgivare som erbjuder förutsättningar för ett långsiktigt spännande, utvecklande och hållbart arbetsliv.

Inriktningsmål:

Nr 33. Region Örebro län är en attraktiv arbetsgivare som arbetar för att attrahera, rekrytera, behålla och utveckla medarbetare utifrån långsiktigt hållbara strategier.



Kommentar

Inom området kompetensförsörjning fortsätter arbetet utifrån huvudstrategierna: Framtidens vårdavdelning, handlingsplan för kompetensväxling samt handlingsplan för Oberoende av hyrpersonal.

Under 2019 har arbetet fortsatt med kompetensutveckling av undersköterskor. Två projektledare på 50 % vardera har uppdraget att genomföra utbildningssatsning för hälso- och sjukvårdens undersköterskor. Projektet pågår till årsskiftet 2019/20 med medel från omställningsfonden. I projektet finns utsedd styrgrupp. Samtliga utbildningstillfällen har under 2019 varit fulltecknade och ett fåtal platser finns kvar för utbildningarna under 2020. Utbildningen genomförs under tre dagar med mycket goda utvärderingar.

Ett ytterligare projekt med syftet att stärka införandet av Vårdnära service samt stöd till avdelningschefer i arbetet med kompetensväxling startade under 2019. Strategiskt är arbetet med kompetens-/uppgiftsväxling avgörande för vår framtida kompetensförsörjning. En projektledare 100 % samt HR-resurs 50 % ansvarar för projektet och två nätverk för chefer har startat under hösten 2019. I arbetet finns projekt- och styrgrupp för stöd och styrning. Även detta projekt finansieras med medel från omställningsfonden.

Ytterligare två projekt inom ramen för omställningsfonden startar 2019/2020. Ett i område Norr med satsning på kompetensutveckling av distriktssjuksköterskor/sjuksköterskor samt ett i Väster med kompetensutveckling för sjuksköterskor inom medicinkliniken.

Kompetens- och rekryteringsenheten (KOR) inom HR-organisationen har formerats med syfte att bättre stödja chefer i rekrytering och rekryteringsadministration.

Kompetens- och rekryteringsprocessen genomförs årligen inom hälso- och sjukvårdens verksamheter och planen är att fördjupa analysarbetet ju längre arbetet fortskrider. Årets uppdaterade plan var klar under september månad.

Ett fortsatt projekt med förhöjd OB-satsning för sjuksköterskor fortsätter under 2020 med utvärdering och nytt ställningstagande inför 2021. Vårdförbundets nya avtal innehållande "särskilt yrkesskickliga" har varit en stor process under året. Nya natt- och rotationsavtal för sjuksköterskor och undersköterskor har färdigställts 2019. Arbetet med "chefers förutsättningar" har processats under året och arbetet konkretiserar under 2020.

Inom flera yrkesgrupper pågår aktiviteter med syfte att attrahera, rekrytera, utveckla och behålla medarbetare. Bl.a. sker ett arbete med framtagande av kompetensmodeller för fysioterapeuter, kuratorer, psykologer och medicinska vårdadministratörer. Ett fortsatt arbete med kompetensmodell för sjuksköterskor kommer att påbörjas.

Vid årsskiftet nåddes regionen av beskedet att YH-utbildningen för medicinska vårdadministratörer ej kommer fortsätta i Kristinehamn. Då framförallt område Väster rekryterar ett flertal från denna utbildning är detta oroande.

Rekrytering av "nyexaminerade" sjuksköterskor är för 2019 totalt 174 medarbetare vilket är en ökning jämfört med 2018, då antalet var 140. Under året har 130 sjuksköterskor slutat sin anställning, 33 har ingått chefsförordnanden/motsv samt 82 sjuksköterskor (över 60 år) har lämnat sin tillsvidareanställning och arbetar vidare som timanställda. Stora kompetensförsörjningsbehov finns gällande specialistsjuksköterskor, framförallt inom operation och IVA. En genomlysning av av operationsverksamheten har gjorts och aktiviteter pågår utifrån denna, bl a en specialistdag hösten 2019 med syfte att attrahera fler medarbetare att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterska inom de specialiteter där vi har störst behov. Årligen vidareutbildas drygt 60 nya specialistsjuksköterskor med bibehållna löneförmåner.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>HME – Hållbart medarbetarengagemang ska öka i jämförelse med tidigare medarbetarenkät.</p> <p><i>Kommentar</i> HME-värdet för hälso- och sjukvårdsförvaltningen är 77 vilket är i nivå med tidigare års resultat. Svarefrekvensen är dock lägre än tidigare år och behöver analyseras vidare inför kommande enkät. Medarbetarenkät kommer genomföras hösten 2020.</p>		
<p>AVI – Attraktiv arbetsgivarindex ska öka i jämförelse med föregående år.</p> <p><i>Kommentar</i> Hälso- och sjukvårdens arbetsgivarindex (AVI) har minskat från föregående års mätning till 112 (år 2018). 2017 var AVI 116 och värdet 2016 var 112.</p>		
<p>Frisktalet ska förbättras i jämförelse med föregående år.</p> <p><i>Kommentar</i> Frisktal, anställda med maximalt 5 sjukdagar och/eller - eller maximalt 3 sjukfall för hälso- och sjukvården, En ökning av frisktalet har skett med 2,73 % enl nedan. År 2019: Kvinnor, 55,47 %, Män 73,18 % Totalt 58,81 % År 2018: Kvinnor, 52,06 %, Män 73,16 % Totalt 56,08 %</p>		
<p>Personalomsättning, externt och intern, ska redovisas. Det ska minska i jämförelse med föregående år.</p>		

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Kommentar</p> <p>Siffror på personalomsättning har ännu ej sammanställts inom RÖL.</p>		
<p>Resultat av avslutningssamtal ska redovisas systematiskt i temaområden.</p> <p>Kommentar</p> <p>En avgångsenkät har tagits fram och arbetet med denna har påbörjats. Enkäten kommer återrapporteras tre gånger per år på RÖL-nivå, i slutet av månaderna mars, augusti samt i januari (helår). På förvaltningsnivå två gånger per år i juni och januari. För hälso- och sjukvården kommer svaren vara nedbrutna på områdesnivå under vissa förutsättningar. En första sammanställning av enkäten har presenterats och ytterligare justering kommer göras. I denna har 102 medarbetare svarat varav 72 från hälso- och sjukvården.</p>		

Inriktningsmål:

Nr 34. Region Örebro läns verksamheter är jämställda och jämlika och motverkar aktivt diskriminering och kränkande behandling.



Kommentar

Förtydligande för att motverka och hantera kränkande särbehandling, trakasserier och sexuella trakasserier har tagits fram på Regionnivå. Förtydligandet innehåller även checklistor samt en blankett för skriftlig anmälan av kränkande särbehandling. Riktlinjen innehåller även ett förbud mot repressalier. Varken arbetsgivare/chef eller medarbetare får utsätta medarbetare, som gjort en anmälan eller bidragit med information i en utredning, för repressalier. Ett sådant agerande kan leda till att arbetsgivaren vidtar arbetsrättsliga åtgärder.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
<p>Jämix – Jämställdhetsindex ska öka i jämförelse med föregående år.</p> <p>Kommentar</p> <p>Jämix redovisas för Region Örebro län som helhet på helår och värden finns även för de större förvaltningarna. Utfall för 2019 rapporteras vid första rapporteringstillfälle 2020.</p>		

Uppdrag 61. Regionstyrelsen får i uppdrag av regionfullmäktige att samtliga nämnder ska biträda regionstyrelsen, inom nämndens ansvarsområde, att konkretisera arbetet med kompetensförsörjning utifrån beslutad rapport. (Strategisk kompetensförsörjning 18RS680)



Kommentar

Hälso- och sjukvårdens samlade resultat av kompetensförsörjningsprocessen slutfördes i september 2019. Resultatet har under hösten presenterats i nämnd, ledningsgrupper m.fl. grupperingar. Processen utvecklas kontinuerligt och i år tydliggjordes att respektive område arbetade med åtgärdsförslag inkl. handlingsplan samt fick lämna förslag på vilken nivå i organisationen som ska äga åtgärderna. Detta har resulterat i regionövergripande och förvaltnings-/områdesövergripande handlingsplaner. Inför 2020 kommer processen utvecklas med en processledarutbildning med syfte att nå än mer likartat arbetssätt.

Uppdrag I. Kompetensförsörjning, utveckling av anställningsvillkor. Att arbeta med ett tydliggörande och möjliggörande av att bättre ta tillvara seniora medarbetares kompetens, både i form av till exempel handledning/mentorskap/ledarskap och som extra personal.



Kommentar

Seniora medarbetares kompetens är en viktig del i kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Exempelvis har seniora medarbetare varit ett viktigt tillskott i den uppkomna vakanssituationen inom opererande verksamheter. Särskilda villkor och förutsättningar har även tagits fram inom ramen för projektet "oberoende av hyrläkare" för seniora läkare inom primärvård och psykiatri. Dels gällande timanställningar och dels gällande medarbetare som förbinder sig att arbeta kvar efter 65 års ålder. Ett regiongemensamt arbete pågår f n med att ta fram särskilda villkor och förutsättningar generellt för seniora medarbetare.

3.7 Ekonomi

Övergripande mål:

Det övergripande målet för Region Örebro läns ekonomiska politik är att skapa en långsiktig stark ekonomi samt uppnå en verksamhetsmässig och finansiell god hushållning. Region Örebro län ska redovisa ett positivt resultat som över mandatperioden 2019-2022 motsvarar minst 2 procent av regionens skatteintäkter och generella statsbidrag.

Inriktningsmål:

Nr 36. Styrelsen och nämnderna ska redovisa ett resultat i balans.



Kommentar

Se avsnitt sammanfattande analys.

Indikatorer	Utfall	Målvärde
Resultatet ska under 2019 uppgå till minst noll. <i>Kommentar</i> Hälso- och sjukvårdsnämnden Se avsnitt vidtagna åtgärder för att nå ekonomi i balans.		

Uppdrag 63. Att upprätta och genomföra ekonomiska handlingsplaner i syfte att bibehålla eller nå ekonomisk balans. Handlingsplanerna ska vara omsatta i konkreta, hållbara och långsiktiga åtgärder och kan avse både kostnadsreduceringar och intäktsförstärkningar. Åtgärderna ska beskrivas med ekonomisk och verksamhetsmässiga konsekvenser. Uppföljning av handlingsplanerna ska vara en del av nämndernas del- och årsrapportering till regionstyrelsen.



Kommentar

På uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden är en handlingsplan för ekonomi i balans upprättad och beslutad. Den tar i första hand höjd för ett förbättrat resultat 2020 och innefattar både konkreta förslag som höjda patientavgifter och arbete med strukturella åtgärder men också frågor gällande ordning och reda för att framåt använda de tillgängliga resurserna mera effektivt.

Planen är indelad i tre områden:

1. Ökade intäkter, ökat stöd och minskade utgifter som bl.a. inrymmer:

- Förslag på reviderade patientavgifter och avgifter för hjälpmedel (helårseffekt 2020, 58 mnkr)- Ökat utfall såld vård och minskad utfall köpt vård. Exempel på områden för detta är ortopedi, urologi, kvinnosjukvård, ögonsjukvård, plastikkirurgi och hjärtkirurgi (helårseffekt 2020: 25-30 mnkr)

2. Samordnad förvaltning av utrustning och verksamhet som bl.a. inrymmer:

- Samordning av processen för patienter med könsdysfori, samla resurserna och skapa en enhetlig hantering av denna patientgrupp som bl.a. innebär minskad köpt vård (helårseffekt 2020: 12 mnkr) - Utveckla den interna processen för neuropsykiatriska utredningar för att minska köpt vård och öka såld vård (helårseffekt 2020: 4 mnkr) - Samordnad förvaltning av utrustning till en och samma enhet, vi startar med CPAP-utrustning som används vid behandling av andningsuppehåll vid snarkning och kommer sedan titta vidare på flera områden, bl a nutitionspumpar (helårseffekt 2020: 2 mnkr)

3. Ökad samordning och/alternativt verksamhetsförändringar som bl. a. inrymmer:

- Översyn av jour- och beredskapslinjer för att minska arbetstid på kvällar och helger (helårseffekt 2020: 11,5 mnkr) - Minska antalet hyrläkare inom hälso- och sjukvården

(helårseffekt 2020: 25 mnkr) - Översyn av åtaganden, arbetssätt och utbud i primärvården
(Helårseffekt 2020: 10 mnkr) - Samordning av akuta patientflöden (helårseffekt 2020: 10 mnkr)

Totalt summerar handlingsplanen till resultatförbättring motsvarande 174 mnkr för 2020.

Som komplement till detta har varje områdeschef sedan 2018 ett uppdrag att minska kostnaderna med 2 %.

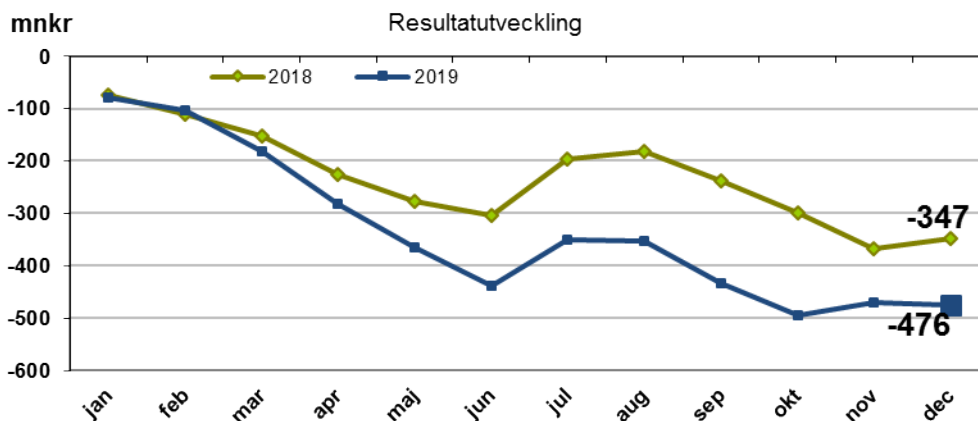
4 Ekonomi

4.1 Resultatrapport hälso- och sjukvårdsnämnden

Resultatrapport

Belopp i mnkr	Utfall 2019	Budget 2019	Utfall 2018	Budget- avvikelse	Utfalls- avvikelse
Avgifter och såld vård	1 734,0	1 707,3	1 726,5	26,7	7,5
Övriga intäkter	936,9	669,4	543,3	267,5	393,6
Summa intäkter	2 670,9	2 376,7	2 269,8	294,2	401,1
Personalkostnader	-5 197,1	-4 940,1	-4 980,3	-257,0	-216,8
Köpt vård	-364,6	-277,2	-330,7	-87,4	-33,9
Läkemedel	-961,6	-940,4	-917,7	-21,2	-43,9
Övriga kostnader	-2 314,3	-1 909,0	-2 188,4	-405,3	-125,9
Avskrivningar, inventarier	-110,0	-110,4	-110,5	0,4	0,5
Summa kostnader	-8 947,6	-8 177,1	-8 527,6	-770,5	-420,0
Verksamhetens nettokostnad	-6 276,7	-5 800,4	-6 257,8	-476,3	-18,9
Finansnetto	-6,8	-7,2	-8,2	0,4	1,4
Regionbidrag/ ersättning	5 807,6	5 807,6	5 919,1	0,0	-111,5
Resultat	-475,9	0,0	-346,9	-475,9	-129,0

Resultatutveckling



Sammanfattande analys

Det bokförda resultatet uppvisar ett underskott på 476 mnr, en försämring med 129 mnr jämfört med föregående år. Grundorsaken till resultatförsämringen är att det effektiviseringskrav som en uppräknig av regionbidrag och hälsovalsersättning med 1 % innebär (ca 140 mnr) inte har mötts av resultatförbättrande åtgärder i verksamheten. Utöver det har utfallet för köpt och såld vård visat en negativ utveckling som påverkat det totala resultatet. Dessutom konstaterar vi att lönekostnaderna ökat under året med 4,5 % vilket är ca 1,5 % över resultatet av löneavtalsrörelsen.

Efter beslut i regionstyrelsen i november lyftes det ekonomiska utfallet av statsbidragen för de nationella överenskommelserna över till hälso- och sjukvårdsnämndens ekonomi. Justeringen är gjord på så sätt att den budget som funnits för dessa bidrag flyttats över och motsvarande summa lyfts bort ifrån nämndens regionbidrag. Då förutsättningarna med anledning av den sena regeringsbildningen inte var klara när budgeten lades så innebär det att flera av överenskommelserna var obudgeterade och flytten bidrar därför till en positiv resultateffekt för hälso- och sjukvårdsnämnden beräknad till 119 mnr för helåret. När vi går in i 2020 kommer budgeteringen att justeras så denna effekt ska ses som en engångseffekt på resultatet 2019. Utfallet av köpmiljarden för september-november innebär ett utfall för region Örebro län med 65,6 mnr vilket tillsammans med statsbidragsjusteringen bidrar till att begränsa resultatförsämringen.

Den totala lönekostnadsökningstakten för 2019 är 4,5 %. Här ses framför allt en stor ökning gällande kostnader för övertid, jour och beredskap och timanställda, men även de nya karensreglerna avseende sjuklön har påverkat utvecklingen negativt.

Utfallet för läkemedelskostnader är 5,4 % högre än föregående år vilket för specialistvården ryms inom budget.

Helårsutfallet för köpt vård är 34 mnr högre än föregående år vilket innebär en ökning med 10,3 %.

Utfallet för såld vård är för 2019 37,1 mnr lägre än 2018 och det syns i produktionsvolymerna

en minskning av vårdtillfällena och operationer för utomlänspatienter totalt sett.

Utifrån hittillsvarande utveckling kommer tydligt fokus ligga på att stabilisera ekonomin med sikte på större resultatförbättringar 2020. En ekonomisk handlingsplan är framtagen som innehåller definierade åtgärder på kort och lång sikt.

4.2 Årets resultat

Intäkter

Om vi efter ovan nämnda statsbidragsjustering jämför det totala intäktsutfallet inklusive regionbidrag så är utfallet 293,6 mnkr eller 3,6 % högre än föregående år. Utöver posterna för statsbidrag och kömiljard är den post som redovisar den största ökningen hälsovalsersättningen som ökat med 31,4 mnkr eller 3,5 %. Det syns också större ökning relativt sett vad gäller patientavgifter med 8,7 mnkr eller 5,1 %. Delar av denna ökning går att hänföra till höjningen av högkostnadsskyddet i öppen vård.

Utfallet för såld vård summeras däremot, efter lägre utfall än föregående år för perioden juni-december, till 37,1 mnkr lägre än 2018 vilket tydligt påverkar det totala resultatet. Här är det framför allt utfallet från köpare utanför Uppsala-Örebro sjukvårdsregion som minskat vilket delvis har att göra med hur stora tillfälliga problem som finns hos dessa köpare och som gör att de behöver remittera till Örebro. Under 2019 har det varit lägre sådana volymer från både region Stockholm och region Östergötland än under 2018 samma period. Inom sjukvårdsregionen redovisas också ett lägre utfall jämfört med samma period 2018. Dock finns det stora variationer mellan de ingående regionerna. Ökat utfall redovisas vad gäller region Sörmland med 4,8 mnkr (9 %) medan en större minskning ses främst gentemot region Uppsala med 7,9 mnkr (54 %). När det gäller minskningen mot Uppsala så består den i hjärtsjukvård som de skickade under en period 2018 när de hade stora tillgänglighetsproblem. Sett till område är det framför allt inom område opererande och onkologi (-27 mnkr) och område thorax, kärl och diagnostik (-7,4 mnkr) som minskningen skett.

Personalkostnader

Lönekostnaderna har under perioden ökat som helhet med 4,5 %. Tydligast bidragande till denna ökning är den del av kostnaderna som är kopplade till övertid, jour och beredskap. Dessa kostnader har mellan åren ökat med 17,3 mnkr (exkl sociala avgifter) eller 8,6 %. En annan del som ökat och som tydligt illustrerar bemanningsproblematiken i vissa verksamheter är kostnaden för timanställda som ökat med 6,7 mnkr (exkl sociala avgifter) eller 10,2 %. När det gäller utfallet för sjuklön påverkar de nya karensreglerna utfallet kraftigt negativt vilket innebär ett ökat utfall med 14,3 mnkr (29 %). Utan denna effekt hade den totala ökningstakten varit 4,1 %.

Ökningstakten för de delar av lönekostnaderna som betecknas som månadslön är för helåret 3,6 % vilket huvudsakligen är en löneavtalseffekt men också ett resultat av att vi blivit flera anställda.

Övriga kostnader

Noterbart vad gäller övriga kostnader är att kostnaderna för köpt vård noteras till 34 mnkr eller 10,3 % högre än 2018. De huvudsakliga orsakerna till denna ökning är ökat utfall avseende valfrihetsvård (14,2 mnkr, främst neuropsykiatriska utredningar), köpt vård med anledning av vårdgaranti (5,6 mnkr, främst ortopedi) och akut somatisk vård (5,3 mnkr).

Läkemedelskostnaderna har ökat 2019 jämfört med föregående år med 48,9 mnkr eller 5,4 %. Ökningen inom specialistvården är 33,2 mnkr eller 4,8 % vilket innebär ett överskott motsvarande drygt 7 mnkr jämfört med budget. Utfallet inom primärvården visar en större ökning relativt sett. Här är ökningen 15,6 mnkr eller 7,3 %. Denna ökning är dock resultatneutral för hälso- och sjukvården då läkemedelskostnaderna i vårdvalsmodellen ersätts med intäkt motsvarande utfall.

När det gäller kostnader för hyrläkare är kostnaderna totalt sett 1,5 mnkr högre än 2018. Kostnaderna har ökat främst inom område opererande och onkologi (7,3 mnkr, främst inom kirurgiska kliniken) och område psykiatri (2,6 mnkr) medan den samlade primärvården redovisar en minskning med 6,4 mnkr vilken nåtts i alla närsjukvårdsområdena utom område söder. Minskat utfall mellan åren noteras också inom område thorax, kärl och diagnostik med 3,9 mnkr vilket nåtts inom röntgenkliniken.

Kostnaderna för sjukvårdsmaterial noteras totalt sett till 27,4 mnkr eller 6,4 % högre än 2018. I denna ökning ligger kostnader förorsakade av leveransproblemen under hösten kopplat till avtalet med Apotekstjänst AB som gjort att exempelvis material fått köpas in utanför avtal till en kostnad om ca 3 mnkr.

Driftredovisning hälso- och sjukvårdsnämnden

Belopp i mnkr	Budgetavvikelse 2019	Omsättning 2019	Relation (%)	Budgetavvikelse 2018
Område närsjukvård Väster	-4,8	627,6	-0,8	-24,5
Område närsjukvård Norr	-13,2	560,7	-2,4	-6,2
Område närsjukvård Örebro	-96,4	865,2	-11,1	-83,7
Område närsjukvård Söder	-12,4	212,8	-5,8	-13,9
Område medicin och rehabilitering	-89,1	1 349,7	-6,6	-29,5
Område opererande och onkologi	-242,1	2 121,9	-11,4	-174,8
Område thorax, kärl och diagnostik	-118,0	1 180,1	-10,0	-92,4
Område habilitering och hjälpmedel	-15,1	415,2	-3,6	-12,7
Område psykiatri	-18,5	778,6	-2,4	12,1
Förvaltningsgemensamt	133,6	367,2	36,4	78,7
Resultat	-476,0	8 479,0	-5,6	-346,9

Resultatutvecklingen för de i förvaltningen ingående områdena visar att samtliga verksamhetsområden utom två redovisar sämre resultat än föregående år. Grunden till detta är att man inte klarat av att möta det effektiviseringskrav som en lägre kompensation i

regionbidraget innebär. Under juni fördelades medel ur den från föregående år tillskapade planeringsreserven ut, samt även huvuddelen av den generella kompensationen till förvaltningen. Detta har lett till att resultatutvecklingen i flertalet av områdena stabiliserats.

Resultatförbättringen för område gemensamt beror huvudsakligen på resultateffekten av den ovan nämnda statsbidragsjusteringen. Föregående år låg planeringsreserven ofördelad och bidrog då till ett positivt resultat för område förvaltningsgemensamt.

Utöver de åtgärder som specificeras i den övergripande ekonomiska handlingsplanen har varje område fortsatt uppdraget att hitta åtgärder för ekonomi i balans.

4.3 Vidtagna åtgärder för att nå ekonomi i balans

Strategin för att uppnå ekonomi i balans är ett förbättrat samarbete och en välstrukturerad planering av resurser och produktion så att kostnader som orsakas av brister i planering och kvalitet minimeras. En bättre planering och samordning av personalresurserna är ett måste för sänka lönekostnadsökningstakten som under lång tid legat över resultaten av löneavtalsrörelserna. Som referens kan nämnas att varje procent som ökningstakten minskas innebär en kostnadsreduceringseffekt motsvarande ca 50 mnkr. Att i en tid med bemanningsproblematik undvika att kostnadsökningarna accelererar blir därför fortsatt en stor utmaning. Strategin här är att arbeta för att framstå som en attraktiv arbetsgivare för att säkra upp personalförsörjningen framöver. I detta ligger också att succesivt minska beroendet av hyrläkare.

Att fortsätta arbetet för att vara en självklar instans för hälso- och sjukvårdens inremmitenter inom och utanför sjukvårdsregionen är också en viktig del i den ekonomiska strategin. Här är tanken att hälso- och sjukvården med länsverksamheter fortsatt på ett ännu bättre sätt än tidigare får möjlighet att tillgodose behoven hos patienter både inom och utanför länet. Minskningar i utfall av såld vård har historiskt sett visat sig mycket svåra att parera på kostnadssidan så detta är en del av verksamheten som är viktig för den totala ekonomin i förvaltningen.

Fortsatt kommer stort fokus att läggas på arbetet med de strukturella omställningar som organisationsförändringen för hälso- och sjukvården inneburit och arbeta vidare med fokus på optimalt resursutnyttjande för att stabilisera ekonomin och gå emot en ekonomi i balans. I denna process är det viktigt att inte fastna i historiska tankesätt utan att som samlad hälso- och sjukvårdsförvaltning fortsätta tänka nytt och framåtsyftande. Tydligt är att detta inte kan göras med generella neddragningar utan att det är arbete med strukturella grepp som måste till.

Flera av dessa tankar fanns med redan i den ekonomiska handlingsplan som arbetades fram 2016. Då lyckades förvaltningen få effekter i flera delar bl. a. det som avsåg köpt och såld vård och ett ökat mått av ordning och reda men det blev delvis på bekostnad av andra delar i ekonomin som förvaltningen inte lyckades hålla i på samma sätt.

Den del av den handlingsplanen som ännu inte givit önskad effekt är framför allt den del som berörde fastställandet av antalet vårdplatser som vi fortsatt har svårt att se tydliga ekonomiska effekter av. Syftet med vårdplatsutredningen var att kartlägga optimalt antal vårdplatser bemannade och använda på ett bra sätt.

Sedan 2008 har antalet vårdplatser per 1000 invånare i vårt län minskat från 3,2 till 2,1 år 2018 och vi ligger nu på ett rikssnitt. Självklart märks detta ute i verksamheterna och det blir extra svårt när Sverige i ett internationellt perspektiv har en sviktande bassjukvård.

Bakgrunden till att vårdplatserna kunnat reduceras har sin grund i förändrade arbetssätt som medfört kortare vårdtider och en förskjutning från slutenvård till dagsjukvård. År 2018 infördes lagen 2017:612 om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård vilken medfört att utskrivningsklara patienter nu tidigare återgår till hemmet med stöd av hälso- och sjukvårdsinsatser från primärvården och kommunen. Inom vissa specialiteter finns behov av att öppna fler vårdplatser där utlokaliserade patienter fortfarande förekommer. Orsaken till att vårdplatser där behov föreligger ej kunnat öppnas i tillräcklig omfattning är avsaknad av tillgång till kompetens. Samtidigt finns det mer att göra avseende förändring av arbetssätt samt vårdförlopp i enlighet med för dagen rådande vårdpraxis. Mot bakgrund av detta sker en översyn av vårdplatsbehov i länet årligen. Införande av vårdnära service underlättar även kompetensförsörjningen och användande av hälso- och sjukvårdspersonal på ett mer ändamålsenligt sätt. En mall för bemanningsstruktur har framtagits vilken ännu inte använts i skarpt läge för översyn av vårdavdelningarnas tilldelade budgetutrymme.

Beträffande de effektiviseringar som utlovades 2016 avseende jour och beredskapslinjer krävs att vi gör ett omtag i nuvarande handlingsplan. Syftet med en översyn av både beredskaps- samt jourlinjer är att ytterligare öka patientsäkerheten för patienter och berörd verksamhet under jourtid samt att frigöra arbetstid för tjänstgöring dagtid. Viktigt i genomförandet är att följa upp att ovan beskrivet syfte uppnås.

På uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden är en handlingsplan för ekonomi i balans upprättad och beslutad. Den tar i första hand höjd för ett förbättrat resultat 2020 och innefattar både konkreta förslag som höjda patientavgifter och arbete med strukturella åtgärder men också frågor gällande ordning och reda för att framåt använda de tillgängliga resurserna mera effektivt.

Planen är indelad i tre områden:

1. Ökade intäkter, ökat stöd och minskade utgifter som bl.a. inrymmer:

- Förslag på reviderade patientavgifter och avgifter för hjälpmedel (helårseffekt 2020, 58 mnkr)-
Ökat utfall såld vård och minskad utfall köpt vård. Exempel på områden för detta är ortopedi, urologi, kvinnosjukvård, ögonsjukvård, plastikkirurgi och hjärtkirurgi (helårseffekt 2020: 25-30 mnkr)

2. Samordnad förvaltning av utrustning och verksamhet som bl.a. inrymmer:

- Samordning av processen för patienter med könsdysfori, samla resurserna och skapa en enhetlig hantering av denna patientgrupp som bl.a. innebär minskad köpt vård (helårseffekt 2020: 12 mnkr)
- Utveckla den interna processen för neuropsykiatriska utredningar för att minska köpt vård och öka såld vård (helårseffekt 2020: 4 mnkr)
- Samordnad förvaltning av utrustning till en och samma enhet, vi startar med CPAP-utrustning som används vid behandling av andningsuppehåll vid snarkning och kommer sedan titta vidare på flera områden, bl. a. nutritionspumpar (helårseffekt 2020: 2 mnkr)

3. Ökad samordning och/alternativt verksamhetsförändringar som bl. a. inrymmer:

- Översyn av jour- och beredskapslinjer för att minska arbetstid på kvällar och helger (helårseffekt 2020: 11,5 mnkr)
- Minska antalet hyrläkare inom hälso- och sjukvården (helårseffekt 2020: 25 mnkr)
- Översyn av åtaganden, arbets sätt och utbud i primärvården (Helårseffekt 2020: 10 mnkr)
- Samordning av akuta patientflöden (helårseffekt 2020: 10 mnkr)

Totalt summerar handlingsplanen till resultatförbättring motsvarande 174 mnkr för 2020.

Som komplement till detta har varje områdeschef sedan 2018 ett uppdrag att minska kostnaderna med 2 %.

4.4 Investeringar

(Belopp i mnkr) Sammanställning uppföljning av investeringar, mnkr (nettoinvesteringar)	Utfall 2019	Budget 2019	Utfall 2018
Byggnadsinvesteringar innevarande års budget			
Byggnadsinvesteringar överfört från tidigare års budget			
Medicinteknisk utrustning innevarande års budget	46,7	133,7	34,2
Medicinteknisk utrustning överfört från tidigare års budget	56,9	100,9	41,0
IT-utrustning innevarande års budget			
IT-utrustning överfört från tidigare års budget			
Övrig utrustning innevarande års budget	8,1	83,0	6,7
Övrig utrustning överfört från tidigare års budget	21,8	53,2	24,5
Summa	133,5	370,8	106,4

Investeringsutgifterna uppgår till 133,5 mnkr och fördelas på medicinteknisk utrustning 103,6 mnkr respektive övrig utrustning 29,9 mnkr. De största posterna vad gäller medicinteknisk utrustning är två delbetalningar av en linjäraccelerator till Onkologiska kliniken (13,2 mnkr) och uppgradering av MR-utrustning på röntgenklinikens enheter i Örebro, Lindesberg och Karlskoga (8,0 mnkr). De största posterna vad gäller övrig utrustning är patientsignalsystem M-huset USÖ (5,6 mnkr), låssystem USÖ (2,9 mnkr), byggnadsansluten utrustning barnakuten H-huset (2,4 mnkr) och passersystem Lindesbergs lasarett (2,4 mnkr).

Uppföljning medicintekniska investeringar > 2,5 mnkr

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

(mnkr)	Budget 2019	Utfall 2019	Status
Linjäraccelerator, Onk klin	17,0	6,4	Avtal tecknat. Installation klar. Utrustning i drift.

(mnkr)	Budget 2019	Utfall 2019	Status
Efterladdningsutrustningar, Onk klin	5,6	0,5	Avtal tecknat.
Anestesi apparater, ANIVA-klin	10,5	0,0	Upphandling överprövad.
GC-MS-MS, Laboratoriemedicinska klin	2,8	0,0	Avtal tecknat.
Uppgradering magnetkamera, Röntgenklinik	5,5	1,8	Avtal tecknat. Installation klar.
Uppgradering magnetkamera, Röntgenklin	5,5	1,5	Avtal tecknat. Installation klar.
Digital röntgenutrustning, Röntgenklin	4,0	0,0	Upphandling pågår.
Anestesi apparater, Käril-Thoraxklin	3,6	0,0	Upphandling överprövad.
Ambulanser, Akutklin	3,8	3,5	Avtal tecknat.
Ambulanser	3,8	3,5	Avtal tecknat.
Utrustning H-huset inkl Akutröntgen	48,0	20,3	Vissa upphandlingar pågår.

4.5 Produktions- och nyckeltal

I den öppna specialiserade vården ingår även kontakter som är så kallade kvalificerade telefon, brev och distanskontakter. Dessa kontakter är enligt Socialstyrelsens definition likställt med ett ”öga-mot-öga-besök”.

Hälso- och sjukvårdens produktionstal

Läkarbesök

	Jan - dec 2019	Jan - dec 2018	Förändring	Relation (%)
Antal läkarbesök	692 792	679 600	13 192	1,9

När det gäller läkarbesök har antalet ökat inom specialistvården med 6 561 besök, inom primärvården med 6 418 besök och område habilitering och hjälpmedel har ökat med 213 besök.

Inom specialistvården har antalet besök ökat främst inom område medicin och rehabilitering (+3 393), område opererande och onkologi (+1 579) och område psykiatri (+1 111). Ökningarna inom dessa områden har huvudsakligen att göra med ökat antal kvalificerade brev- och telefonkontakter. Det enda område som noterar minskningar är område närsjukvård väster (-989).

Inom primärvården har antalet besök ökat i område närsjukvård Örebro (+8 286), medan övriga närsjukvårdsområden har minskat antal läkarbesök.

Behandlingsbesök

	Jan - dec 2019	Jan - dec 2018	Förändring	Relation (%)
Antal behandlingsbesök	902 876	883 265	19 611	2,2

När det gäller besök hos andra kategorier än läkare har utfallet ökat i förhållande till föregående år. Antalet besök har ökat inom specialistvården med 12 679, inom primärvården med 5 926 och inom område habilitering och hjälpmedel med 1 006.

Inom specialistvården ses ökningsfrämst inom område opererande och onkologi (+5 306), område medicin och rehabilitering (+4 363) och område närsjukvård norr (+2 745). Ökningen inom område medicin och rehabilitering respektive område närsjukvård norr har till viss del att göra med att specialistvården år 2018 tog över bassängverksamheten från primärvården. Den förändringen var inte fullt genomförd i början av 2018. Minskning inom specialistvården noteras inom område psykiatri (-418) och område närsjukvård väster (-198).

Inom Primärvården har antalet besök ökat inom område närsjukvård Örebro (+8 747) och område närsjukvård väster (+4 574). Inom område närsjukvård söder och område närsjukvård norr har antal besök minskat jämfört med föregående år.

Operationer

	Jan - dec 2019	Jan - dec 2018	Förändring	Relation (%)
Antal operationer	32 880	32 635	245	0,8

Antalet operationer har ökat något jämfört med föregående år. Den största ökningen jämfört med 2018 noteras på ögonkliniken USÖ som redovisar 688 fler operationer. De största minskningarna syns verksamhetsmässigt inom ortopediska kliniken (-473).

Andelen opererade utomlänspatienter ligger på 16 % vilket är en minskning jämfört med föregående år då det var 18 %. Andelen operationer utförda i öppen vård är 61 % vilket är en ökning jämfört med föregående år då 58 % utfördes i öppen vård. Operationstiden är 24 243 timmar vilket är en minskning med 868 timmar (-3,5 %) jämfört med 2018.

DRG-poäng i somatisk slutenvård

	Jan - dec 2019	Jan - dec 2018	Förändring	Relation (%)
Antal DRG-poäng	41 566	43 097	-1 531	-3,6

DRG och DRG-poäng är ett överskådligt sätt att beskriva patientsammansättningen och kan användas för att jämföra olika sjukhus avseende produktivitet. Antalet DRG-poäng har minskat med 3,6 %. Det är inom område opererande och onkologi (-907 poäng) som vi ser den största minskningen jämfört med föregående år. Minskat antal poäng noteras även inom område thorax, kärl och diagnostik (-325), medicin och rehabilitering (-191) och område närsjukvård väster (-114).

Verksamhetsmässigt noterar vi störst minskning inom ortopediska kliniken (-438), Käril-Thoraxkliniken (-345) och medicinska kliniken (-257). Störst ökning noteras inom onkologiska kliniken (+119).

Noteras kan också att antal vårdtillfällen varit 1 315 färre än föregående år. Snittpoängen per vårdtillfälle har ökat med 0,2 %.

Vård dagar i psykiatrisk slutenvård

	Jan - dec 2019	Jan - dec 2018	Förändring	Relation (%)
Antal vård dagar	34 577	36 248	-1 671	-4,6

Antalet vård dagar redovisar en minskning mellan åren med 4,6 %. Vuxenpsykiatri exklusive rättspsykiatri har minskat med 1 431 vård dagar (-5,3 %), rättspsykiatri har minskat med 67 vård dagar (-0,8 %) och barn- och ungdomspsykiatri har minskat med 173 vård dagar (-13,2 %).

Tillgänglighet specialiserad vård

Tillgängligheten till första besök läkare har efter att under första halvåret legat i paritet med rikssnittet under andra halvåret förbättrats kraftigt för att vid årets utgång ligga 6 procentenheter högre än rikssnittet. Tillgängligheten till operation visar motsatt utveckling, från att i början av året legat i nivå med rikssnittet har under andra halvåret en försämring konstaterats som gör att värdet vid utgången av 2019 är 6 procentenheter sämre än rikssnittet.

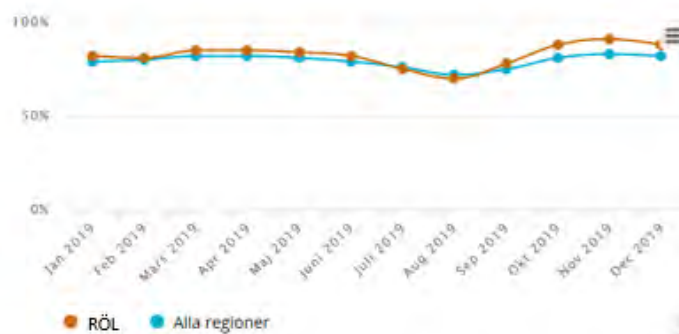
Måluppfyllelse förstabesök

December 2019



Måluppfyllelse vårdgaranti
88% (Alla regioner: 82%)

Andel väntande patienter som väntat 90 dagar eller kortare på ett beslutat besök i specialiserad vård.



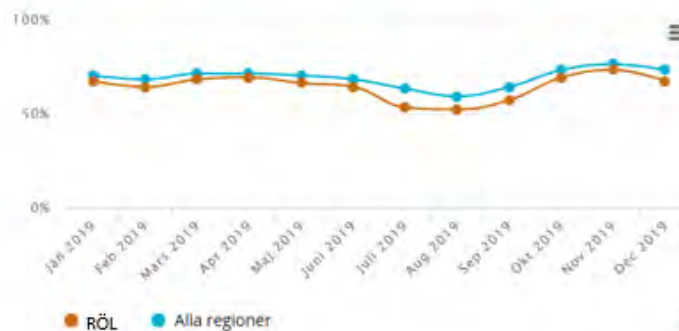
Måluppfyllelse operation/åtgärd

December 2019



Måluppfyllelse vårdgaranti
67% (Alla regioner: 73%)

Andel väntande patienter som väntat 90 dagar eller kortare på en beslutad operation/åtgärd i specialiserad vård.



Vårdplatssituationen i länet, vuxna

VUXNA	Tillgängliga vårdplatser i snitt/mån	Antal överbeläggningar i snitt/mån/100 vårdplatser	Antal utlokaliserade i snitt/mån /100 vårdplatser	Utskrivningsklara patienter i snitt per dag	Antal utskrivningsklara dagar i snitt per patient	Beläggningsprocent (status inne)
Område närsjukvård väster	40	0,0	0,0	2,6	1,7	83
Område närsjukvård norr	22	0,1	0,0	0,8	1,5	87
Område thorax, kärl och diagnostik	68	0,1	0,1	1,0	1,6	74
Område opererande och onkologi	230	1,1	2,2	4,7	1,7	76
Område medicin och rehabilitering	144	1,4	2,4	5,7	2,0	90
Totalt somatik	504	0,9	1,7	14,8	1,8	81
Område psykiatri	105	0,1	0,0	1,0	1,8	74
Totalt hälso- och sjukvård	609	0,8	1,4	15,8	1,8	79

Siffrorna avser vårdplatssituationen under december månad.

Vårdplatssituationen i länet, barn

BARN	Tillgängliga vårdplatser i snitt/mån	Antal överbeläggningar i snitt/mån /100 vårdplatser	Antal utlokaliserade i snitt/mån /100 vårdplatser	Beläggningsprocent (status inne)	Beläggningsprocent (status alla, inkl permission)
Område medicin och rehabilitering (avdelning 26)	21	0,0	0,3	57	103
Område psykiatri (avdelning 5)	6	0,0	0,0	43	49
Totalt hälso- och sjukvård	27	0,0	0,2	54	91

Siffrorna avser vårdplatssituationen under december månad.

5 Personalekonomi

5.1 Personalkostnader

	Utfall 2019	Utfall 2018
Lönekostnadsökningstakt (%)	4,5	3,9
Lönekostnad (kontoklass 40-41) (mnkr)	3 522,7	3 371,1

5.2 Kostnadsanalys

Konto	Kategori	Utfall 2019, mnkr	Utfall 2018, mnkr	Förändring, mnkr	Förändring %
4011+ 4081	Månadslöner	2 577,1	2 487,5	89,6	3,6
4012	Timanställda	73,1	66,4	6,7	10,1
4031	Obekväm arbetstid	135,6	130,9	4,7	3,6
4032	Övertid/mertid	89,6	79,5	10,1	12,7
4033	Jour och beredskap	123,6	122,1	1,5	1,2
4040	Förändring skuld jour, beredskap och övertid	5,2	-0,5	5,7	-1 140,0
4110+ 4150	Semesterkostnad inkl. skuldförändring	330,9	320,1	10,8	3,4
4120	Sjuklön	63,3	49,0	14,3	29,2
	Övrigt konto 40xx-41xx	124,3	116,1	8,2	7,1
	Totalt kontoklass 40-41	3 522,7	3 371,1	151,6	4,5

Ökningen av månadslöner och semesterkostnad går huvudsakligen att hänföra till sedvanlig avtalseffekt men är också ett resultat av fler antal årsarbetare i hälso- och sjukvården.

Det som annars tydligt avspeglas i tabellen är utvecklingen att de kostnader som går att hänföra till bemanningsproblematik (timanställda, övertid och jour/beredskap) ökat kraftigt under 2019 i jämförelse med föregående år. Relativt sett syns detta tydligast i kostnaderna för timanställda som ökat med 10,1 % eller 6,7 mnkr och i kostnaderna totalt sett för övertid, jour och beredskap som ökat med 8,6 % eller 17,3 mnkr.

Kostnaderna för sjuklön har ökat med 14,3 mnkr eller 29,2 % under perioden och är en effekt av förändrade karensregler vilket allt annat lika påverkar den totala ökningstakten och resultatet negativt. Utan denna förändring hade den totala ökningstakten stannat vid 4,1 %.

Ökningen i posten övrigt i tabellen kan bland annat hänföras till kostnader för extra ersättningar under sommarperioden (2,7 mnkr), avgångsvederlag (2,1 mnkr) och arvoden till förtroendevalda (1,7 mnkr). Det sistnämnda är ett resultat av den förändrade politiska organisationen och för detta har ekonomisk kompensation utdelats i regionbidraget.

5.3 Antal tillsvidareanställda årsarbetare

Yrkesgrupp	Antal årsarbetare dec 2019			Antal årsarbetare dec 2018			Förändring		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Sjuksköterska-allmän	1 314,7	176,4	1 491,2	1 251,0	156,7	1 407,7	63,8	19,7	83,5
Spec-ssk/ barnm/röntgenssk	1 101,0	184,6	1 285,5	1 159,8	198,1	1 357,9	-58,9	-13,5	-72,4
Biomedicinsk analytiker	251,6	26,0	277,6	248,6	17,0	265,6	3,0	9,0	12,0
Psykolog/ PTP-psykolog	106,0	40,0	146,0	104,7	33,0	137,7	1,3	7,0	8,3
Sjukgymnast/fysioterapeut	181,6	58,0	239,6	176,2	57,0	233,2	5,4	1,0	6,4
Arbetster o hjälpmkonsulent	137,7	12,0	149,7	129,2	11,0	140,2	8,5	1,0	9,5
Kurator/ famråd/kurativt arb	195,7	16,3	212,0	188,9	18,3	207,2	6,8	-2,0	4,8
Usk/sköt/barnsköt/ambulanssjv	1 101,4	141,3	1 242,7	1 047,1	130,6	1 177,7	54,4	10,6	65,0
Behandlingsassistent	13,0	2,0	15,0	13,4	2,0	15,4	-0,4	0,0	-0,4
Läkare	452,4	471,2	923,6	435,8	469,5	905,3	16,6	1,8	18,3
Medicinsk vårdadministratör	511,2	2,0	513,2	495,0	4,0	499,0	16,2	-2,0	14,2
Biträdespersonal HoS	8,0	3,0	11,0	9,8	2,0	11,8	-1,8	1,0	-0,8
Andra yrkesgrupp inom HoS	160,8	32,5	193,3	149,8	32,5	182,3	11,0	0,0	11,0
Kock/ kallskänka/köksbiträde	0,5	0,0	0,5	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Vaktmästare o förrädsarbetare	4,0	6,5	10,5	5,0	6,3	11,3	-1,0	0,3	-0,8
Trädgårdsarb/trädgårdstekniker	0,0	6,8	6,8	0,0	7,8	7,8	0,0	-1,0	-1,0
Administratör	96,8	8,0	104,8	91,4	6,0	97,4	5,3	2,0	7,3
Handläggare	193,9	56,8	250,7	162,9	59,3	222,2	31,0	-2,5	28,5
Chef	245,9	97,0	342,9	243,1	86,0	329,1	2,8	11,0	13,8
Ingenjör/tekniker/hantverkare	25,8	38,5	64,3	24,7	42,5	67,2	1,1	-4,0	-2,9
Lärare o annan pedagog	24,5	0,0	24,5	25,5	0,0	25,5	-1,0	0,0	-1,0

Yrkesgrupp	Antal årsarbetare dec 2019			Antal årsarbetare dec 2018			Förändring		
Tandhygienist	2,0	0,0	2,0	3,0	0,0	3,0	-1,0	0,0	-1,0
Tandläkare	7,0	2,0	9,0	4,0	2,0	6,0	3,0	0,0	3,0
Tandsköterska o ortodontiass	9,0	0,0	9,0	8,0	0,0	8,0	1,0	0,0	1,0
Teckenspråkstolk	56,0	3,0	59,0	54,0	3,0	57,0	2,0	0,0	2,0
Summa	6 200,5	1 383,9	7 584,4	6 031,4	1 344,6	7 376,0	169,1	39,4	208,3

5.4 Årsarbetare, faktiskt arbetad tid (nettoarbetstid + extra tid (mertid, övertid))

Yrkesgrupp	Årsarbetare, faktiskt arbetad tid jan-dec 2019			Årsarbetare, faktiskt arbetad tid jan-dec 2018			Förändring		
	Kvin nor	Män	Totalt	Kvin nor	Män	Totalt	Kvin nor	Män	Totalt
Sjuksköterska-allmän	864,0	130,7	994,7	818,5	122,5	941,0	45,5	8,2	53,7
Spec-ssk/ barnm/röntgenssk	783,2	144,9	928,1	826,3	149,9	976,2	-43,1	-5,0	-48,1
Biomedicinsk analytiker	182,2	16,8	199,1	185,2	14,8	199,9	-2,9	2,0	-0,9
Psykolog/ PTP-psykolog	82,3	32,0	114,3	78,3	29,3	107,6	4,0	2,7	6,7
Sjukgymnast/fysioterapeut	125,4	44,1	169,5	116,2	46,3	162,5	9,3	-2,2	7,0
Arbetster o hjälpkonsulent	100,3	8,5	108,9	96,3	9,7	106,0	4,0	-1,1	2,9
Kurator/ famråd/kurativt arb	139,1	14,4	153,6	136,4	17,2	153,6	2,7	-2,8	-0,1
Usk/sköt/barnsköt/ambulanssjv	878,9	130,3	1 009,2	843,4	129,2	972,6	35,4	1,1	36,5
Behandlingsassistent	9,0	2,3	11,2	10,6	2,1	12,7	-1,6	0,1	-1,5
Läkare	389,1	443,7	832,8	370,0	436,3	806,3	19,2	7,4	26,5
Medicinsk vårdadministratör	393,1	2,5	395,7	387,9	3,7	391,6	5,2	-1,1	4,0
Biträdespersonal HoS	30,7	17,4	48,1	24,3	18,5	42,8	6,4	-1,1	5,3

Yrkesgrupp	Årsarbetare, faktiskt arbetad tid jan-dec 2019			Årsarbetare, faktiskt arbetad tid jan-dec 2018			Förändring		
Andra yrkesgrupp inom HoS	117,3	25,8	143,1	106,3	26,1	132,5	11,0	-0,3	10,7
Städerska	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kock/ kallskänka/ köksbiträde	1,1	0,3	1,3	0,9	0,0	0,9	0,2	0,3	0,4
Vaktmästare o förrådsarbetare	2,1	5,9	8,0	3,6	6,3	9,9	-1,5	-0,5	-1,9
Trädgårdsarb/trädgårdstekniker	0,0	4,4	4,4	0,0	5,2	5,2	0,0	-0,8	-0,8
Administratör	97,7	8,4	106,0	89,4	8,8	98,2	8,2	-0,4	7,8
Handläggare	142,8	49,4	192,2	126,9	49,8	176,7	15,8	-0,4	15,5
Chef	203,7	78,7	282,4	209,5	72,6	282,1	-5,8	6,1	0,3
Ingenjör/tekniker/hantverkare	20,2	31,4	51,6	18,8	33,1	51,9	1,4	-1,7	-0,3
Lärare o annan pedagog	17,5	0,0	17,5	17,3	0,0	17,3	0,2	0,0	0,2
Eleveassistent	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tandhygienist	1,7	0,0	1,7	2,3	0,0	2,3	-0,6	0,0	-0,6
Tandläkare	4,9	2,1	7,0	4,9	1,9	6,8	0,0	0,2	0,1
Tandsköterska o ortodontiass	5,9	0,0	5,9	5,3	0,0	5,3	0,7	0,0	0,7
Tandtekniker o tandvårdsbitr	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Teckenspråkstolk	35,6	2,0	37,6	37,2	2,2	39,4	-1,6	-0,2	-1,8
Summa	4 627,8	1 196,0	5 823,9	4 515,8	1 185,5	5 701,3	112,1	10,5	122,3

Ökningen av faktiskt arbetad tid är lägre än ökningen av antalet anställda och ökningen av extratid. Den lägre ökningstakten beror på en ökad frånvaro.

Frånvarorsaker som har ökat mycket, är bland annat studieledighet och vård av barn.. Vi har fler beviljade specialistutbildningar för sjuksköterskor under 2019 jämfört med 2018. I och med att personalens medelålder har sjunkit under de senare åren är det en förväntad ökning av ledigheter som är kopplade till föräldraskap.

5.5 Extratid

Extratid i timmar	Jan-dec 2019			Jan-dec 2018			Förändring		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Timtid	253 723	91 693	345 415	249 701	86 342	336 044	2 %	6 %	3 %
Fyllnadstid	61 339	15 068	76 406	58 991	14 593	73 584	4 %	3 %	4 %
Enkel övertid	25 960	4 924	30 884	26 212	5 164	31 376	-1 %	-5 %	-2 %
Kvalificerad övertid	130 468	34 214	164 682	122 174	33 424	155 598	7 %	2 %	6 %
Arbetad tid under jour o beredskap	79 879	124 989	204 868	79 102	121 397	200 499	1 %	3 %	2 %

Kvalificerad övertid har ökat markant, det pekar på att ordinarie personal har behövt arbeta mer extra arbetspass än tidigare. Samtidigt visar minskningen an enkel övertid att personalen inte har behövt arbeta kvar efter ordinarie arbetspass slut.

5.6 Sjukfrånvaro

Kategori	Jan-dec 2019			Jan-dec 2018			Förändring antal timmar, procent		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Schemalagda timmar	12 977 986	3 046 090	16 024 076	12 706 293	3 051 951	15 758 244	271 693	-5 861	265 832
Sjukfrånvaro, korttidsfrånvaro (tim)	279 668	43 809	323 477	251 940	42 989	294 929	27 728	820	28 548
Sjukfrånvaro, långtidsfrånvaro (tim)	431 670	44 346	476 016	522 009	53 796	575 805	-90 339	-9 450	-99 789
Sjukfrånvaro totalt (tim)	711 338	88 155	799 493	773 949	96 785	870 734	-62 611	-8 630	-71 241
Sjukfrånvaro, korttidsfrånvaro % *	2,15 %	1,44 %	2,02 %	1,98 %	1,41 %	1,87 %	0,17 %	0,03 %	0,15 %
Sjukfrånvaro, långtidsfrånvaro % *	3,33 %	1,46 %	2,97 %	4,11 %	1,76 %	3,65 %	-0,78 %	-0,31 %	-0,68 %
Sjukfrånvaro totalt % *	5,48 %	2,89 %	4,99 %	6,09 %	3,17 %	5,53 %	-0,61 %	-0,28 %	-0,54 %

*) Procent av schemalagd tid

Minskningen av sjukfrånvaron fortsätter gällande över 14 dagar. Största minskningen har Område Psykiatri men även övriga stora områden har minskat. Minskningen består av den långa

frånvaron där alla minskat, utom Närområde Väster som ökat men dock från en lägre nivå.

Korttidsfrånvaron ligger som tidigare runt 2% och pendlar och har under 2019 ökat något förmodligen pga besvärligare "influensa" under våren.

Trenden med minskade sjuktal följer den trend som gäller i landet. Orsakssammanhanget vad gäller sjukfrånvaron är ytterst komplex i synnerhet med de svängningar som sker. Trots allt positivt med minskade tal.

6 Framtida utmaningar

Under 2019 beslutade fullmäktige målbilden för regionens hälso- och sjukvård fram till 2030. Målbilden har tre perspektiv som förutsätter varandra – ett invånar- och patientperspektiv, ett medarbetarperspektiv och ett organisationsperspektiv. Hälso- och sjukvården är självklart till för invånare och patienter. Med kunniga och motiverade medarbetare kan invånarnas och patienternas förväntningar och behov mötas. Med en klok organisering i alla delar kan detta göras på ett ändamålsenligt och effektivt sätt. Hur hälso- och sjukvården ska förhålla sig till invånarna, patienterna, medarbetarna och målbilden är strategier som kommer att utarbetas under 2020. Redan nu är dock hälso- och sjukvårdsförvaltningen en bit på vägen. Som en del i detta arbete har under 2019 även en utredning genomförts med syfte att utvärdera Hälso- och sjukvårdens organisation med fokus på strategier riktade mot målen i målbild 2030. Det blir ett viktigt arbete under 2020 att ta tillvara på de slutsatser och råd som utredningen utmynnar i.

Basen i all hälso- och sjukvård ligger i en välfungerande närsjukvård. Det är hit patienterna kommer ofta och med "vanliga" och kroniska sjukdomstillstånd. I hälso- och sjukvården inom Region Örebro län ligger ett starkt fokus på just detta. I de närsjukvårdsområden som utvecklas skapas successivt en struktur för att på ett bättre sätt jobba över traditionella gränser mellan till exempel vårdcentraler, kommunerna, akutmottagningar och den specialiserade vården på sjukhus, eller mellan den somatiska hälso- och sjukvården, psykiatri och habiliteringen. Utvecklingen av närsjukvården går stadigt framåt. Detta arbete är mycket positivt och kommer att fortsätta i framtiden. Parallellt med närsjukvården måste den mer specialiserade vården utvecklas i länet, i sjukvårdsregionen och i landet. På nationell nivå pågår ett fokuserat arbete när det gäller detta, bland annat utifrån regeringens uppdrag till Socialstyrelsen om en ökad nationell samordning och den fortsatta utvecklingen av kunskapsstyrning. Utgångspunkten i arbetet bygger på att ett större patientunderlag och att insatser bygger på bästa möjliga kunskap leder till en ökad kvalitet och effektivitet. Detta måste vi inom Region Örebro län förhålla oss aktivt till. För att vara en attraktiv medspelare i utvecklingen måste hälso- och sjukvården i Region Örebro län kunna visa på nationellt hög kvalitet och vara en bra samarbetspartner med övriga landet.

Samordningen av verksamheterna inom våra länskliniker har fört oss framåt i denna utveckling och det är positivt utifrån ett medicinskt kvalitetsperspektiv. Ett exempel är den länsövergripande produktionsplaneringen för operationer där länets gemensamma resurser används mer optimalt för att uppnå bästa möjliga kvalitet. En del i detta arbete kommer under 2020 att handla om att öka arbetad tid under dagtid genom att minska tid under jour och beredskap. Denna samordning i länet kommer få genomslag inom flera specialiteter, vilket påverkar tillgängligheten positivt. Det negativa ekonomiska resultatet är en stor utmaning att

hantera inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Förvaltningen redovisar ett underskott för helåret 2019 på -500 mnkr. Kostnadsdrivande är framförallt ökade kostnader för personal. Ekonomisk balans är en förutsättning för framtida utveckling. En långsiktig lösning för kompetensförsörjning i kombination med att använda kompetensen på bästa möjliga sätt är i nuläget helt nödvändig för att komma tillrätta med detta. De bakomliggande orsakerna till bristen på medarbetare är mångfacetterad. Det går inte att på ett enkelt sätt jämföra behoven idag med hur det såg ut några år tillbaka i tiden. Patienterna blir äldre och har mer komplexa sjukdomar som kräver mer insatser. Samtidigt finns en nationell riktning att sjukvården i Sverige går mot att allt mer avancerad vård bedrivs som öppenvård. Detta är en positiv trend som kan förklaras av den medicinska utvecklingen. Antalet vårdplatser i slutenvården minskar på många sjukhus i Sverige, parallellt med att beläggningsgraden och vårdkomplexiteten ökar. För Region Örebro län innebär denna utveckling att vi behöver skapa en tydlig planering av vilken vård som behöver produceras, och utifrån detta hitta ”rätt” dimensionering av tillgängliga resurser.

Under 2019 så påbörjades det viktiga arbetet att skapa en tydlig lokalförsörjningsplan för den samlade hälso- och sjukvården i regionen. Detta arbete behöver färdigställas under 2020. Arbetet med förberedelserna inför inflyttningen i det nya H-huset kommer också att bli allt mer intensivt under 2020.

I uppdraget till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ingår inte enbart att förbättra det ekonomiska resultatet. Lika viktigt är att fortsätta utveckla verksamhetens innehåll positivt och framtidsinriktat. Ett omfattande förändringsarbete pågår för att utveckla närsjukvården i länet och att fortsätta utvecklingen av länsövergripande kliniker med gemensam produktionsplanering. Det behövs även ett arbete för att utveckla och tydliggöra den högspecialiserade vården. Genom ett ökat samarbete och ett mer effektivt utnyttjande av länets samlade resurser kan hälso- och sjukvården möta utmaningarna och tillgodose patienternas behov.

Sammanfattning

1. Handlingsplanen för ekonomisk balans måste genomföras och resultat följas upp
2. Strategier för att föra Hälso- och sjukvården i riktning mot målbild 2030 skall utarbetas under 2020.
3. Omställningen mot en tydligare nära vård och utvecklad specialiserad vård är påbörjad.
4. Slutsatserna i organisationsutredningen behöver tillvaratas under 2020.
5. Förberedelserna för inflyttningen i det nya H-huset intensifieras och en lokalförsörjningsplan för Hälso- och sjukvårdens verksamheter skall färdigställas under 2020.

7 Intern styrning och kontroll

Intern styrning och kontroll (ISK) är en process som regionstyrelsen, nämnderna och verksamhetsledningarna har för att tillsammans upprätthålla en effektiv ledning och styrning av

verksamheten. Processen ska säkerställa en ändamålsenlig och lagenlig verksamhet, det vill säga att verksamheten bedrivs i enlighet med de krav som ställs på verksamheten:

Intern styrning

- a) Att verksamheten fullgör sina föreskrivna uppgifter samt uppnår beslutade mål och uppdrag.
- b) Att verksamheten bedrivs inom tilldelade ekonomiska ramar.

Intern kontroll

- c) Att verksamheten följer de styrande dokument som Region Örebro län har beslutat samt lagar, förordningar, föreskrifter och avtal som gäller för verksamheten.
- d) Att redovisningen och uppföljningen av verksamheten och ekonomin är rättvisande och ändamålsenlig.
- e) Att informationssäkerheten är tillgodosedd utifrån kraven på konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet.

Den interna kontrollen ska vara tillräcklig enligt Kommunallagen (KL) 6 kap. 7 §. Med tillräcklig menas att processen för den interna styrningen och kontrollen ska vara ändamålsenligt utformad efter verksamhetens förutsättningar, art och omfattning.

Nämnderna ansvarar för att verksamheten inom sina ansvarsområden bedrivs i enlighet med kraven samt att verksamheten inom sina ansvarsområden upprätthåller en tillräcklig intern styrning och kontroll.

Regionstyrelsen ska utifrån sin uppsiktsplikt göra ett utlåtande i årsredovisningen om den interna styrningen och kontrollen för verksamheten inom Region Örebro län har varit tillräcklig.

7.1 Internkontrollplan

Symbolförklaringar

✓ = Avslutad ↓ = Ej genomförd

HR

Risken att systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) inte efterlevs.

Status	Åtgärd
✓	<p>Varje chef ska säkerställa efterlevnaden av SAM utifrån de regionövergripande dokument som finns, och uppföljning ska ske i ledningsgrupper och i samverkansgrupper.</p> <p><i>Kommentar</i> Inför ett nytt samverkansavtal vid årsskiftet kommer utbildningsåtgärder ske för samverkansgrupperna. Utbildning av chefer sker via arbetsmiljöutbildningar och formellt ledarskap.</p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>

Risken att rekryteringsrutiner inte efterlevs.

Status	Åtgärd
✓	<p>Regionövergripande åtgärd: Tillse att chefer går igenom och får kännedom om rutinerna för rekrytering samt tillse att chefer går chefsutbildningar i Kompetensbaserad rekrytering.</p> <p><i>Kommentar</i> Chefsseminarier i rekrytering har genomförts under 2019. Introduktion av ny chef sker via HR-konsult där rekryteringsrutiner går igenom. Anställningsavtalsrutinen sker samlat via regionservice.</p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>

Risken att underlag för utbetalning av lön och arvoden inte är korrekta.

Status	Åtgärd
✓	<p>Mer information till ansvariga om konsekvenserna av felaktiga underlag inför löne- / arvodeutbetalning.</p> <p><i>Kommentar</i> Regionservice, lön, gör kontinuerliga påminnelser i Heroma när det är dags att kontrollera inför kommande löneutbetalning. I chefens uppdrag ingår att kontrollera rimligheten i nästkommande lön, stöd i detta finns i både utbildning och support. S k provlön ska genomföras. Även regionservice, lön, går igenom signaler inför kommande löneutbetalning. Återkoppling till förvaltningen sker om något är fel. Ett nytt schemahanteringssystem med direktkoppling till Heroma kan ytterligare underlätta uppföljningen, vilket nu utreds inför 2020.</p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>

Ekonomi

Risken att inköp görs utanför avtal.

Status	Åtgärd
✓	<p>Följa upp att förvaltningen har implementerat regionens Upphandlingspolicy.</p> <p><i>Kommentar</i> Genomgångar kring upphandlingspolicyen har skett på fler sätt i olika forum. Alla nya chefer får vid introduktionen information gällande inköp.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i> Delvis, insatser görs på flera håll för att säkerställa att Upphandlingspolicyen efterlevs men detta är ett arbete som måste utföras kontinuerligt i en så stor förvaltning med många beställare.</p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Nej</i></p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>

Status	Åtgärd
✓	<p>Genomföra avtalsuppföljning inom utpekade områden samt vidta åtgärder vid avvikelser.</p> <p>Kommentar Avtalsuppföljning har fortsatt under året inom kategorierna (6 av 11): 1 Övergripandematerial och tjänster 2 Fastighet 3, IT 4. Fordon 7. Vårdrelaterad utrustning, textil och hjälpmedel 8. Vårdrelaterade förbrukningsmaterial</p> <p>Inom kategori 1 har uppföljning av avtalen för hyrläkare innehållit avvikelser. Attesterade tidrapporter saknas fortfarande samt att fakturor saknar innehåll om utbildningsnivåer inom olika områden. Fortsatt avvikelser men ändå förbättring mot tidigare år. Verksamhetschefer har fått återkoppling i de fall avvikelser noterats.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i> <i>Vi ser tydligt att arbetet med IK av hyrläkarfakturor leder till förbättringar men då nya områden anlitat hyrläkare har vi ett fortsatt jobb med vidare kontroller för att säkerställa att även verksamheter som inte tidigare nyttjat hyrläkare lär sig rutinen.</i> <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</i></p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>
✓	<p>Öka beställarkompetens samt tydliggöra och utveckla beställarorganisationen inom respektive förvaltning.</p> <p>Kommentar Arbete kring detta är genomfört i UBF-projektet och ny beställarorganisation är införd</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i> <i>Ja delvis men detta är ett jobb som behöver ske kontinuerligt över flera år.</i> <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</i></p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>

Risken att kontanta medel hanteras felaktigt.

Status	Åtgärd
✓	<p>Genomföra stickprovskontroll av kontantkassor i enlighet med rutin.</p> <p>Kommentar Rutinen för hur stickprovskontrollerna ska gå till har färdigställts under 2019 och är beslutade av ekonomichefsgruppen. Medarbetarna som ska utföra kontrollerna har utbildats. Stickprov tas fr o m 2020.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i> <i>Kan bedömas tidigast from nästa år då inga kontroller skett i år.</i> <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</i></p> <p>Ansvar Ekonomichef</p>

Risken att ersättning till inhyrd personal (primärvård) är felaktig. Revisionsrapport.

Status	Åtgärd
✓	<p>Utifrån resultat av stickprovskontroller ska rutinen för hur tidrapporterna kopplas till fakturorna ses över.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Stickprov och utökad granskning har utförts under året. Resultatet har lett till en rad identifierade förbättringsåtgärder där vi bl.a. uppdaterat vår rutin för stickprovskontroll samt våra mallar för tidrapporter för att se till att läkaren fyller i all den information som krävs för att kunna säkerställa att rätt pris blir fakturerat. Information om vad som behöver förbättras från leverantörernas sida spreds under hösten 2019 dels via hyrläkarsamordnarna samt via upphandlingens möte med våra största leverantörer under november 2019.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p>Ja delvis men detta är ett arbete som vi behöver jobba med kontinuerligt en tid framöver.</p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</i></p> <p>Ansvar Ekonomichef</p>

Risken att fakturering av såld vård avseende patienter från andra landsting och kommuner i länet är felaktig. Revisionsrapport.

Status	Åtgärd
✓	<p>Säkerställa att underlag för fakturering upprättas utan onödig tidsförskjutning.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Rutin finns för månatlig kontroll av eftersläpning i registrering. Dialogen med regionservice har under hösten förbättrats och återkoppling sker nu förutom till berörd verksamhet också samlat till ledningsstaben inom hälso- och sjukvården.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Delvis</i></p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</i></p> <p>Ansvar Ekonomichef</p>

Risken att utbetalning av leverantörsfakturor avseende köpt vård är felaktiga. Revisionsrapport.

Status	Åtgärd
✓	<p>Ta fram en lista på kontaktpersoner hos övriga landsting/sjukhus för att underlätta kontakt vid frågetecken.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Har visat sig mycket svår att genomföra praktiskt fullt ut. Inom vår sjukvårdsregion finns dock etablerade kontaktvägar.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Ja</i></p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Nej</i></p> <p>Ansvar Ekonomichef</p>

Risken att utbetalning sker av leverantörsfakturer som är bristfälliga/ felaktiga.

Status	Åtgärd
✓	<p>Regionövergripande åtgärd: Säkerställa via information/utbildningsinsatser att alla beställare/attestanter tar ett bättre ansvar för kontroll och anteckning vid attest.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Ny delegationsordning och attestförteckning för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är processad och beslutad. Förvaltningen har många beställare. Utbildningsinsatser sker kontinuerligt, bl.a. via ekonomerna eller på utbildningar så som ekonomispelen. Nya beställare får genomgång i vad deras ansvar innebär.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i></p> <p><i>Ja delvis men kontinuerligt arbete krävs i en förvaltning av denna storlek.</i></p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i></p> <p><i>Ja, detta är en risk som behöver hanteras årligen.</i></p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>
✓	<p>Regionövergripande åtgärd: Genomföra stickprovskontroll av fakturer inom utpekade områden.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Sedan 2017 har AUS använt kontrollverktyget Inyett vid upplägg av nya leverantörer och vid samtliga utbetalningar inom Sverige. Verktyget utför olika kontroller som avvikande belopp, dubbla betalningar, felaktiga kontouppgifter, F-skatt och inte minst kontroll mot svenskhandels varningslistan (bluffleverantörer).</p> <p>Med jämna mellanrum ger Inyett indikationer som har lett till att AUS har stoppat felaktiga utbetalningar för HS räkning.</p> <p>Under året har AUS utvärderat tjänsten tillsammans med leverantörer och gjort justeringar som förbättrat tjänsten.</p> <p>Vi har inte genomfört några stickprovskontroller utöver ovan nämnt.</p> <p><i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Ja</i></p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</i></p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>

Informationssäkerhet

Risken att verksamheten inte efterlever tillämplig dataskyddslagstiftning.

Status	Åtgärd
✓	<p>Regionövergripande åtgärd: Varje förvaltning ska säkerställa ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete.</p> <p><i>Kommentar</i></p> <p>Pågår kontinuerligt.</p> <p><i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</i></p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>

Status	Åtgärd
✓	<p>Regionövergripande åtgärd: Säkerställa att informationsklassning av IT-stöd som innehåller personuppgifter har genomförts i enlighet med riktlinje för informationsklassning. Dokumentnr 434302</p> <p><i>Kommentar</i> Informationsklassningar är genomförd för följande system: Infomedixfamiljen (Remiss och svar, Vårdokumentation, Patientinformaton-PAS) NCS Cross inkl läkemedelsmodul Obstetrix (mödrhälsovård och förlossning) Provisio (operationsplanering) Lifecare S/P (stöd för vårdplanering med kommunerna) Resultatet är informerat till objektägare .</p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>
✓	<p>Regionövergripande åtgärd: Informationsägare/objektägare ska säkerställa att identifierade informationssäkerhetsbrister åtgärdas.</p> <p><i>Kommentar</i> För Infomedix är den största risken att vi inte har tvåfaktorsautentisering dvs att vi använder e-tjänstekortet vid inloggning. Det har varit frivilligt att logga in med e-tjänstekortet. det finns för närvarande problem med e-tjänstekortsinloggning vilket gör att den är avstängd för tillfället, leverantör felsöker. Beslut är ej fattat om det ska vara tvingande att använda e-tjänstekortet vid inloggning. Identifiering av informationssäkerhetsbrister är ett kontinuerligt och långsiktigt arbete. <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i> Ja. Detta arbete är långsiktigt och bör fortsatt följas upp.</p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>

Kvalitet och utveckling

Risken att verksamheter inte säkerställer ett systematiskt arbetssätt för att identifiera sina intressenter, deras krav och behov.

Status	Åtgärd
✓	<p>Säkerställa ett systematiskt arbetssätt för att identifiera intressenter, deras krav och behov samt vidta åtgärder som kan påverka tillfredsställelsen. Stöd: Definition av intressenter på intranätet samt riktlinje för Upprättande av intressentanalys Dokumentnr 449240.</p> <p><i>Kommentar</i> Regiongemensamma dokument finns fastställda och publicerade på intranätet. Ett systematiskt arbetssätt för att utvärdera det vetenskapliga underlaget och värdera nytta och risk inför införande av nya metoder och produkter finns och är infört i rådet för medicinsk kunskapsstyrning. Ett säkerställt inflöde av dessa ärenden saknas dock varför risken bör ingå även i nästa års ISK. <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys?</i> Ja</p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>

Risken att ett systematiskt arbetssätt för processer som kräver samordning över organisatoriska gränser inte tillämpas.

Status	Åtgärd
✓	<p>Regionövergripande åtgärd: Implementera ett processororienterat arbetssätt där behov finns. Stöd: adekvat metodstöd. Processororienterat arbetssätt på intranätet.</p> <p>Kommentar Ett gemensamt rekommenderat arbetssätt har tagits fram och utbildningsinsatser ges till olika intressenter. Kontinuerlig översyn av mallar och verktyg för att stödja arbetssättet är framtaget av enhet för kunskapsstyrning i samverkan med Utvecklings- och Kvalitetsgruppen. Successivt börjar nu även lokala arbetsgrupper inom kunskapsstyrning att arbeta utifrån detta vilket säkerställer att intressenter identifieras, deras krav och behov identifieras och åtgärder vidtas. <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Nej</i></p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>
✓	<p>Regionövergripande åtgärd: Varje förvaltning ska i samverkan identifiera och beskriva prioriterade processer som kräver samordning mellan verksamheter. Stöd: adekvat metodstöd. Organisation för processledning och Systemkarta på intranätet.</p> <p>Kommentar Roll, uppdragsbeskrivning och mandat för processägare, processledare samt processhandledare är fastställt. <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Nej</i></p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>

Risken att föreslagna och/eller beslutade åtgärder från avvikelshanteringen/risk- och händelseanalyser inte genomförs.

Status	Åtgärd
✓	<p>Säkerställ ett systematiskt arbetssätt för att kontrollera att föreslagna och/eller beslutade åtgärder hanteras/genomförs.</p> <p>Kommentar <i>Har åtgärden bidragit till önskad effekt?</i> Ett proaktivt patientsäkerhetsarbete möjliggörs nu via den etablerade Patientsäkerhetsenheten. Vid de årliga patientsäkerhetsronderna i verksamheten följs beslutade och föreslagna åtgärder upp gällande allvarliga avvikelser. Analysledare till händelseanalyser följer upp beslutade och föreslagna åtgärder efter 6 månader. Det etablerade arbetssättet bidrar till en fokusering på patientsäkerhetsarbetet samt att beslutade åtgärder genomförs och utvärderas samt att föreslagna åtgärder hanteras</p> <p>Ansvar Förvaltningschef</p>

Patientsäkerhet

Risken att händelseanalyser fördröjs och därmed inte håller god kvalitet.

Status	Åtgärd
✓	<p>Säkerställ/förtydliga verksamhetschefernas ansvar för god och säker vård.</p> <p><i>Kommentar</i> Har åtgärden bidragit till önskad effekt? Med förtydligat uppdragsbrev från verksamhetschef till utsedd analysledare ska medlemmar i analysteamet vara utsedda då händelseanalysen begärs. Kontakt med övriga ingående kliniker ska vara etablerad för tidsnära initiering av händelseanalys. Detta är avgörande för resurs- och kostnadseffektivitet avseende åtgärder. Efterlevnad har uppnåtts och en förbättring gällande en snabbare start av händelseanalyser har skett.</p> <p>Ansvar Förvaltningschef Förvaltningsövergripande chefläkare</p>

Risken att lex Maria anmälningar inte håller god kvalitet.

Status	Åtgärd
✓	<p>Förtydliga verksamhetschefernas utredningsansvar med skärpt chefläkargranskning</p> <p><i>Kommentar</i> För att säkerställa god kvalitet på lex Maria anmälningarna så tillämpas en rutin där två chefläkare läser igenom internutredning och anmälan innan den skickas till IVO. Det är ett nytt arbetssätt och utvärdering av effekt är för tidigt att genomföra.</p> <p>Ansvar Förvaltningsövergripande chefläkare</p>

Risken att anmälningsskyldigheten enligt PSL avseende legitimerad yrkesutövare inte efterlevs.

Status	Åtgärd
✓	<p>Säkerställ/förtydliga verksamhetschefernas ansvar för god och säker vård.</p> <p><i>Kommentar</i> Ny rutin är framtagen för att förstärka samarbetet mellan verksamhetschef, HR, jurist och chefläkare med specifikt fokus på leg. yrkesutövare vid brister i yrkesutövningen. Detta avser därmed tryggt och rättssäkert medarbetarskap för alla.</p> <p>Ansvar Förvaltningschef Förvaltningsövergripande chefläkare HR-chef</p>

Risken att klagomål och synpunkter inte tas tillvara och att patientdelaktigheten inte stärks.

Status	Åtgärd
✓	<p>Systematisk aggregering och analys av klagomål/ synpunkter och åtgärder.</p> <p><i>Kommentar</i> Samma kategorisering som Patientnämnderna används numera vilket möjliggör en form av analys för åtgärder. För säkerställt resultat behövs dock en nationell modell för aggregering och analys för vidare åtgärd. Arbete pågår på nationell nivå via SKR och Socialstyrelsen. Har åtgärden bidragit till önskad effekt? <i>Tveksamt i nuläget</i> Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? <i>Ja</i></p> <p>Ansvar Förvaltningsövergripande chefläkare</p>

Risk för överanvändning av antibiotika och bestående nivå av VRI.

Status	Åtgärd
✓	<p>Uppföljning av resultat från Infektionsverktyget PPM-VRI/BHK och MJG.</p> <p><i>Kommentar</i> Användandet av Infektionsverktyget har under året begränsats pga. IT-problem i anslutning till en uppdatering. Ett pilotprojekt för antibiotikaronder har genomförts under året och utvärdering är planerad. Utfallet av PPM VRI/BHK måste ånyo sättas i fokus då resultaten inte är tillfredställande. Har åtgärden bidragit till önskad effekt? <i>Nej, framförallt gällande PPM VRI/BHK</i> Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? <i>JA</i></p> <p>Ansvar Förvaltningsövergripande chefläkare</p>

Kunskapsstyrning

Risken att det lokala kunskapsstyrningsarbetet inte svarar upp mot den nationella överenskommelsen.

Status	Åtgärd
✓	<p>Få beslut om projektdirektiv och projektplan för genomförande och uppföljning av det lokala kunskapsstyrningsarbetet.</p> <p><i>Kommentar</i> Beslutad projektplan finns och delrapporter lämnas två gånger per år Etableringsfasen övergår nu till en driftsfas. Mål, strategier och aktiviteter beskrivs framöver i en handlingsplan. Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? <i>Nej</i></p> <p>Ansvar Utvecklingschef</p>



Status	Åtgärd
	Arbeta för att kunskapsstyrningsarbetet prioriteras i verksamheten. Kommentar Flera parallella resurskrävande uppdrag försvårar att detta arbete prioriteras. För att nå framgång krävs även att ledning på alla nivåer öppet stödjer de medarbetare som deltar i nationella, sjukvårdsregionala och lokala sammanhang som motvikt till de kritiska inspel som finns i det offentliga rummet. <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</i> Ansvar Utvecklingschef

Risken att patientdelaktighet i utvecklingsarbeten inte prioriteras.

Status	Åtgärd
	Utbilda och informera om hur patienter kan vara delaktiga i utvecklingsarbeten. Säkerställ att patientdelaktighet beaktas i utvecklingsarbeten. Kommentar Strategi och aktivitetsplan har tagits fram och är publicerad. Beslut om rutin och överenskommelse för ersättning till patient och närstående som deltar i utvecklingsarbete har fattats. <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Nej</i> Ansvar Utvecklingschef

Risken att rutin för ordnat införande inte efterlevs.

Status	Åtgärd
	Information/kommunikation i HSLG för vidare spridning i verksamheten via områdena. Kommentar Det förefaller osannolikt att rutinen efterlevs då inga ärenden har nått Rådet för Medicinsk Kunskapsstyrning under 2019 om ordnat införande. <i>Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Ja</i> Ansvar Utvecklingschef

Risken att verksamheten inte arbetar systematiskt med förbättringsarbete som en delkomponent i kunskapsstyrningsmodellen.

Status	Åtgärd
✓	<p>Utbildning riktad till chefer samt till lokala arbetsgrupper inom kunskapsstyrningsstrukturen.</p> <p><i>Kommentar</i> Utbildningsinsatser sker fortlöpande. Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Nej</p> <p>Ansvar Utvecklingschef</p>

Risken att kunskapsunderlag från CAMTÖ inte blir kända eller använda.

Status	Åtgärd
✓	<p>Samtliga rapporter från CAMTÖ presenteras och diskuteras i RMK.</p> <p><i>Kommentar</i> Sker fortlöpande vid RMK möten Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Nej</p> <p>Ansvar Områdesrepresentanter i RMK</p>
✓	<p>Rekommendationer från RMK ska komma till kännedom för verksamheter och HSLG</p> <p><i>Kommentar</i> Sker fortlöpande Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Nej</p> <p>Ansvar Ordförande och områdesrepresentanter i RMK</p>
✓	<p>CAMTÖs rapporter skickas per sändlista till Hälso- och sjukvårdsnämnden</p> <p><i>Kommentar</i> Sker fortlöpande fr.o.m oktober 2019. Ska risken ingå i nästkommande års riskanalys? Nej</p> <p>Ansvar Enhetschef CAMTÖ</p>

7.2 ISK-bedömning

Ändamålsenlighet	Ange Ja/Nej	Ev. kommentar/ Om förslag till förbättringar finns ange dem
Upplevs den interna styrningen och kontrollen som en integrerad del av planeringen, genomförandet, uppföljningen och förbättringen av verksamheten?	Ja	
Upplevs den interna styrningen och kontrollen bidra till en ändamålsenlig och lagenlig verksamhet; att verksamheten bedrivs i enlighet med krav a-e?	Ja	
Tillämpning		
Finns dokumentation att tillgå som visar hela processen för den interna styrningen? (identifiera framgångsfaktorer, värdera framgångsfaktorer, ta fram och besluta aktiviteter samt följa upp och utvärdera aktiviteter)	Ja	Se dokument i platina "Intern styrning och kontroll (ISK), Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, dok 386016
Finns dokumentation att tillgå som visar hela processen för den interna kontrollen? (identifiera risker, värdera risker, ta fram och besluta åtgärder samt följa upp och utvärdera åtgärder)	Ja	Finns i Stratsys

Den interna styrningen och kontrollen (ISK-processen) är en integrerad del av planeringen, genomförandet, uppföljningen och förbättringen av verksamheten inom nämndens ansvarsområde. Arbetet bidrar till att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och lagenligt, det vill säga i enlighet med krav a-e. ISK-processen är dokumenterad i enlighet med Riktlinjen för intern styrning och kontroll och detta görs i systemet Stratsys

Den interna styrningen och kontrollen är ändamålsenligt utformad och det beslutade arbetssättet har tillämpats i verksamheten. Därmed bedöms den interna styrningen och kontrollen som tillräcklig.

4

Hälsa- och
sjukvårdsförvaltningens
patientsäkerhetsberättelse för
2019
20RS1090

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Katrin Pöntynen Boström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1090

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens patientsäkerhetsberättelse för 2019

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att fastställa patientsäkerhetsberättelsen för 2019.

Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) reglerar ansvaret för vårdens arbete med patientsäkerhetsfrågor. Region Örebro läns patientsäkerhetsberättelse innehåller redovisning från Hälso- och sjukvården, Folk tandvården samt Regionservice.

Vårdgivaren är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att varje år senast den 1 mars upprätta en Patientsäkerhetsberättelse som ska vara tillgänglig för den som vill ta del av den. Den publiceras på regionen samt sänds till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har en förvaltningsövergripande chefläkarfunktion i samarbete med de olika områdenas chefläkare/anmälningansvariga och patientsäkerhetscontroller ansvar för det samlade patientsäkerhetsarbetet. Anmälningansvarig från Medicinsk Teknik, Regionservice deltar också i chefläkargruppens möten för ett nära och säkert samarbete i vården.

Inom Folk tandvården ansvarar en cheftandläkare för patientsäkerhetsarbetet och den cheftandläkaren deltar i hälso- och sjukvårdens chefläkararbete. Privata vårdgivare med vårdavtal presenterar patientsäkerhetsberättelser utifrån eget vårdgivaransvar, dessa följs upp av enheten för Hälsoval inom Staben hälso- och sjukvård på Regionkansliet.

Det nya klagomålssystemet är i funktion fullt ut och följer lagens intention. Systemet har benämnts som ”ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården”

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Katrin Pöntynen Boström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1090

och det nya systemet ska avlasta Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som endast ska utreda de mer allvarliga fallen av vårdskador. Vårdgivarna ska nu i första hand ta emot och besvara klagomål från patienter och deras närstående. Vårdgivarna ska också förklara vad som inträffat och vid behov vidta åtgärder för att liknande händelser inte ska inträffa igen. Tanken är att vårdgivarna i ett tidigt skede ska kunna vidta åtgärder för att förebygga vårdskador. Vårdgivarnas ansvar att anmäla allvarliga vårdskador till IVO är oförändrat.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet bedöms inte medföra ekonomiska konsekvenser.

Uppföljning

Patientsäkerhetsarbetet följs fortlöpande av förvaltningsövergripande chefläkare tillsammans med patientsäkerhetscontroller.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26 Patientsäkerhetsberättelse
Patientsäkerhetsberättelse

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

(Ange vem/vilka beslutet ska skickas till)

Patientsäkerhetsberättelse 2019



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
STRUKTUR	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förbygga vårdskador	7
Patienters och närståendes delaktighet	14
Klagomål och synpunkter	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	16
Egenkontroll	16
PROCESS	17
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	17
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits	20
Informationssäkerhet	25
RESULTAT OCH ANALYS	26
Patientdelaktighet	26
Vårdgivarens anmälningsskyldighet	29
Risk- och händelseanalys	31
Mål och strategier för kommande år	32
Bilaga 1	37

Sammanfattning

Under år 2019 har arbetet med att se patientsäkerhet som en självklarhet i vården fortsatt starkt i positiv anda. Patientsäkerhet är inget fristående moment utan ska ses integrerat i verksamheten, i den egna yrkesutövningen och kompetensen. I detta ingår också en medvetenhet om det egna ansvaret att rapportera patientsäkerhetsrisker i ett aktivt medarbetarskap för god och säker vård. Året som gått har inneburit utmaningar, flexibilitet, struktur, omställning, hållbarhet, tydlighet, ödmjukhet och respekt för allt arbete samt kunnande i komplexa organisationer. Mest avgörande har varit:

- Leveransproblematiken vid byte av leverantör. De uppenbara effekterna när hälso- och sjukvården inkl. folktandvården plötsligt ställdes inför faktum att en bristsituation på material hotade i den dagliga vården. Kraften i den omställning, flexibilitet och den samverkan med lösningsfokuserat arbete som då skedde under veckorna av stabsläge möjliggjorde upprätthållande av all verksamhet på normal nivå för patienternas bästa. Organisationens tydlighet och styrka i samverkan mellan förvaltningarna lyftes fram och beredskapen höll.
- Patientsäkerhetsperspektivet runt förlossningen i Karlskoga och riskerna runt de akut sjuka nyfödda barnen vid ett ev. återöppnande. Stöd till verksamhetschefen som tagit ansvar, har krävt tydlighet från chefläkarna gällande nyfödda barns rätt till god och säker vård på lika villkor.
- Införandet av ett enhetligt akutlarm för att säkra omhändertagandet vid akut livshotande tillstånd. Uppdraget har varit en utmaning utifrån tidigare avvikelser, krävt såväl flexibilitet som struktur och tydlighet, men har nu landat i respekt där utvärdering förestår.
- Utmaningen med blåsöverfyllnad som risk för vårdskador har hanterats med konceptutbildning via regionens tre KTC kopplat till avvikelser. Denna vårdskada är i princip helt undvikbar och kräver därmed tydlighet och struktur för hållbarhet över tid i arbetet.
- Antibiotikaronder har införts under året i ett pilotprojekt. Det innebär en omställning av kollegialt arbetssätt och även struktur, allt för att hantera framtidens utmaning med antibiotikaresistens.
- Avvikelsehanteringen har fortsatt utvecklats, med hållbarhet och ny struktur av mindre skuldbeläggande och mer förbättringsvilja för säkerhet i vården. Gott medarbetarskap kräver respekt och ödmjukhet men också tydlighet avseende kompetens och ansvarstagande.
- Patientsäkerhetsronder genomförs i regelbundet verksamheterna. Chefläkargruppens arbete med ensning och systematik avseende avvikelser med åtföljande anmälningsskyldighet har utvecklats såväl i medicinskt- som omvårdnadsperspektiv. Patientsäkerhetsenheten bistår med sin bredd, sin erfarenhet och sitt kunnande i utbildning för kompetens och utveckling i verksamheterna.

Inger Nordin Olsson

Förvaltningsövergripande chefläkare, PhD

Maria Cottell

Patientsäkerhetscontroller

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Region Örebro län

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Den av Region Örebro län tidigare antagna visionen "Tillsammans skapar vi ett bättre liv" utgör grunden för arbetet inom regionens olika förvaltningar. I anslutning till den nya visionen finns en öppen inbjudan med fortlöpande utvecklingsarbete inom verksamheterna att fram till mars 2020 gemensamt ta fram en ny värdegrund. Detta för att spegla framtiden vilket också tydliggörs i regionens "Målbild 2030", där formuleras regionens ansvar och uppdrag ur såväl individ/medborgarperspektiv som medarbetare och organisation.

Vision:

Tillsammans skapar vi ett bättre liv

Visionen är utgångspunkten för all verksamhet. Den ska peka ut riktningen för organisationen och stärka den gemensamma identiteten.

Patientsäkerhet och medicinsk kvalitet utgör Region Örebro läns strategiska områden för god och säker vård. Patientsäkerhetsarbete är en del av vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete och ska bedrivas som en integrerad del i det dagliga arbetet. I Region Örebro län ska patienter känna sig trygga, informerade och delaktiga i den vård som ges av kompetenta och engagerade medarbetare på alla nivåer.

Med patientsäkerhet menas skydd mot vårdskada. Vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården i enlighet med patientsäkerhetslagen. Långsiktighet, engagemang och tydligt beskrivna mål i arbetet är avgörande för god och säker vård med alla de utmaningar och möjligheter som hälso-och sjukvården står inför i framtiden.

Organisation och ansvar

SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

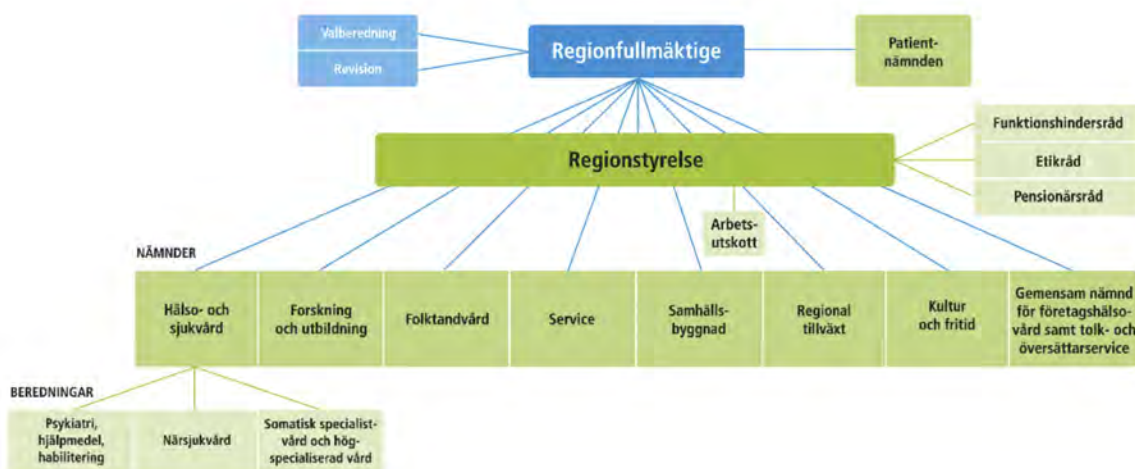
Region Örebro län är en politisk styrd organisation med olika uppdrag men ffa en uppgift att säkerställa att länets innevånare erbjuds god och jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård utifrån befolkningens behov. Detta utförs huvudsakligen av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen men även i privat regi. Region Örebro län erbjuder högspecialiserad vård till länsinvånare och till andra län genom särskilda avtal.

Regionfullmäktige är Region Örebro läns högsta beslutande organ. 71 politiskt valda ledamöter från olika partier i Örebro län beslutar om ekonomiska ramar och riktlinjer för Region Örebro läns verksamhet, fastställer budget, skattesatsens storlek samt vilka avgifter och taxor regionorganisationen ska ta ut. Fullmäktige utser också ledamöter och ersättare i nämnder, liksom revisorer och revisorsersättare.

Regionstyrelsen är Region Örebro läns högsta verkställande organ. I styrelsen sitter 15 politiker som valts av fullmäktige. Ledamöterna kommer både från den politiska majoriteten och från oppositionen. Styrelsen planerar, leder och följer upp regionorganisationens verksamhet samt beslutar i övergripande frågor.

Nio nämnder ska vara och en inom sitt område se till att verksamheten, inom de tilldelade ekonomiska ramarna, bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. De står under regionstyrelsens uppsikt och ansvarar för sin verksamhet inför fullmäktige.

Politisk organisation



I den politiska organisation som trädde i kraft 2019 är Hälso- och sjukvårdsnämnden vårdgivare och har därmed ansvaret för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

bedrivs. Detsamma gäller för Folk tandvården utgör en egen nämnd. Regionservice ingår i Servicenämnden.

Hälso- och sjukvården utgör den klart största förvaltning under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören tillika förvaltningschef. I organisationen ingår Universitetssjukhuset i Örebro, länsdelssjukhusen i Karlskoga och Lindesberg samt 25 vårdcentraler. Verksamheten är organisatoriskt indelad i områden med specialiserad hälso-och sjukvård: Psykiatri, Habilitering och hjälpmedel, Medicin och Rehabilitering, Opererande och Onkologi samt Thorax, Kärll och Diagnostik. Inom den specialiserade hälso- och sjukvården har länskliniker inom kirurgi, ortopedi, röntgen, kvinnosjukvård och laboratoriemedicin etablerats. Därutöver finns tre närsjukvårdsområden: Örebro/Söder, Väster och Norr. I närsjukvårdsområdena ingår primärvård och akutmottagningarna. Inom Närsjukvårdsområde väster och Område närsjukvård norr dessutom allmän internmedicin samt viss specialiserad öppenvård.

Folktandvården bedriver allmäntandvård, specialisttandvård och tandteknisk verksamhet. Allmäntandvården bedrivs vid 23 kliniker där en mobil tandvårdsklinik ingår, dessa kliniker erbjuder individanpassad tandvård. Ett nära samarbete sker också med sjukhustandvården som bedrivs vid Käkkirurgiska kliniken på USÖ.

Regionservice arbetar med stödprocesser inom områdena: Administrativ utveckling och service, Försörjning, Kundtjänst, Regionfastigheter, Region IT och Medicinsk Teknik. Regionservice uppgift är att stödja samt ge service till Regionens ledning och kärnverksamheter.

Region Örebro län bedriver forskning och högre utbildning tillsammans med Örebro Universitet.

I Region Örebro län finns inom respektive förvaltning en linjeorganisation med upprättad ansvarsbeskrivning som tydliggör ansvaret för respektive chefsroll. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är den dominerande förvaltningen. Nedanstående beskrivning tydliggör ansvarsfördelningen i patientsäkerhetshänseende.

Förvaltningschef, ansvarar enligt uppdrag och delegation för verksamheterna utifrån gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt föreskrift avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete inkluderande att chefläkare/anmälningansvarig utses. Förvaltningschefen har till sitt stöd en ledningsgrupp med utsedda chefer, t ex områdeschefer med uppdrag enligt delegation

Verksamhetschef, ansvarar för att organisera verksamheten så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ansvarar även för att alla medarbetare engageras, har rätt kompetens och tar ansvar för att god och säker vård bedrivs. Till verksamhetschefens stöd finns sedan utifrån verksamhetens behov s.k. första linjens chefer med delegerat och avdelat ansvar.

Medarbetare, ansvarar för att aktivt medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och att rapportera händelser eller risker som rör patientsäkerheten.

Inom Hälso-och sjukvårdsförvaltningen finns:

Förvaltningsövergripande chefläkare

För hälso- och sjukvården finns en förvaltningsövergripande chefläkare med processansvar för patientsäkerheten utifrån gällande regelverk och samtidigt grundlagt i medicinsk kvalitet. Förvaltningsövergripande chefläkaren leder ett sammanhållet arbete med områdenas chefläkare/anmälningansvariga.

Chefläkare/anmälningansvarig

Inom varje område finns en chefläkare/anmälningansvarig utsedd, som aktivt ska delta i processinriktat patientsäkerhetsarbete på förvaltningsnivå samt inom områdets verksamheter samt ansvara för hantering av klagomål, delta i risk-och händelseanalyser samt utreda vårdskador enligt gällande anmälningsskyldighet.

Inom Folktandvården finns en **chefstandläkare** med ansvar för anmälningar och avvikelser.

Inom Regionservice, Avdelningen för Medicinsk Teknik finns en **anmälningansvarig**.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOF 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. p 3

Det viktigaste arbetet för att förebygga vårdskador sker dagligen i samverkan mellan verksamheter, i teamsamverkan mellan professioner och i samverkan mellan medarbetare samt ledning. Det handlar om mål, uppföljning och kommunikation, med åtgärder för förbättring där så krävs och för positiv feedback när så ges möjlighet. Några exempel här: Dagens Medicin utsåg USÖ till landets bästa universitetssjukhus 2018 baserat på en rad olika indikatorer, och även i år intog USÖ förstaplatsen i kategorin.

Via undersökningen av akutmottagningar inom Nationell Patientenkät utsågs Lindesbergs lasarett till bästa akutsjukhus.

Årets pris för bästa kvalitetsarbete, "Diamanten", gick till avdelning 12 för deras arbete med trycksår.

Ett tydligt förbättringsarbete värt all eloge är också den förkortning av utskriftstider för diktat som man åstadkommit inom område MR för att säkra tillgänglig information runt patienten.



Personal och avdelningschef, avdelning 12 som med initiativet "Inga trycksår med mer patientkraft" vann Region Örebro läns interna kvalitetspris Diamanten.

Patientsäkerhetsenheten

Enheten finns etablerad i syfte att stärka processarbetet runt patientsäkerhet med samordningsvinster och tydlighet ut i organisationen och har hittat sina samverkansformer där kompetens, tillgänglighet och minskad risk för vårdskador utgör minsta gemensamma nämnare inom flera områden. Under året har en läkare med inriktning inom medicinsk etik anställts på deltid vilket möjliggjort mer fokus på etiska frågeställningar i vården och även delaktighet etiknätverket inom SKR. I arbetet är vinsten styrka och bredd för genomförande samt åtgärder ut i organisationen. Verksamhetschef för enheten är den förvaltningsövergripande chefläkaren varvid det också blir en direkt och tydlig koppling till chefläkargruppen. Inom enheten finns numera:

Kliniskt träningscenter (KTC)

Under 2019 besökte totalt 11 000 personer KTC i olika utbildningssammanhang. Utbildningsaktiviteterna under året utgjordes av:

- Färdighetsträning, teamträning, kommunikationsträning, HLR utbildning och förflyttning (på KTC och/eller i reell miljö).
- Instruktörs- och introduktionsutbildningar.
- Konceptutbildningar.
- Språkutbildning i medicinsk kontext.
- Nationella/internationella kurser.
- Utbildningsaktiviteter byggda på rapporterade avvikelser

Större aktiviteter under året:

- Uppdaterat den gemensamma introduktionsutbildningen för nyanställda sjuksköterskor på regionens tre KTC enheter.
- Införande av NEWS 2 (mätning av vitalparametrar) har genomförts i samarbete med chefläkarorganisationen.
- Utvecklat innehållet i ”Språkutbildning i medicinsk kontext” till olika nivåer.
- Deltagit i planering, design och varit utbildare i ett kompetensutvecklingsprogram för undersköterskor. Ett tvåårigt projektarbete med medel från omställningsfonden

KTC har drivit och samverkat i olika kvalitetsarbeten och forskningsprojekt som syftar till förbättrad patientsäkerhet och ökad personaltrygghet. Samordnare för forskning och utveckling ingår i en forskningsmiljö (Care about Caring) på Örebro universitet som fokuserar på interventioner för en relationsskapande vård, samt förutsättningar för en sådan vård dvs. professionsutveckling och lärande.

Vårdhygien/ Strama/ Smittskydd

Vårdhygien arbetar länsövergripande med att förebygga och minska risker för spridning av smittsamma sjukdomar till och mellan människor och att tillsammans med hälso- och sjukvården förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner. Smittskydds-enheten ute i samhället och Vårdhygien inom vården. I arbetet ingår rådgivning, information, utbildning, övervakning av det epidemiologiska läget i länet, utredning vid utbrott, förebyggande insatser och utarbetande av lämpliga rutiner.

Hygienronder är en möjlighet för verksamheten att i öppen dialog med hygiensjuksköterskan identifiera vad som ur ett vårdhygieniskt perspektiv går att förbättra. Under året har hygienronder genomförts på USÖ, inom psykiatri, på Karlskoga lasarett, men inga på Lindesbergs lasarett, därutöver även inom primärvården/habiliteringen samt vid kommunernas vårdboenden. Vårdhygien har deltagit i planeringen i olika byggprojekt samt vid upphandlingar inom RÖL och kommunal verksamhet allt för att minska vårdrelaterade infektioner.

Infektionskliniken och Vårdhygien samarbetar sedan hösten 2009, där ett s.k. MRB-team jobbar länsövergripande för att erbjuda kvalificerat omhändertagande av patienter med multiresistenta bakterier gällande smittspårning, prevention och information.

Infektionsverktyget avseende vårdrelaterade infektioner och antibiotikabehandling är en del i arbetet inom Vårdhygien och Strama. Nytt i infektionsverktyget är att data kan hämtas ut på avdelningsnivå samt att ordinationsorsak kan

ändras. Efter uppdatering februari 2019 tillstötte IT-tekniska svårigheter vilket medförde att verksamheterna inte kunnat ta ut fullständiga data från verktyget under året. Under december har funktionerna kommit igång med vissa undantag och de uppskjutna insatserna planeras starta i början av 2020 efter en validering i slutet av 2019.

I Stramas regi påbörjades under våren 2019 introduktionen av ”Antibiotikasmarta sjuksköterskor”, ett arbetssätt och rondkort för sjuksköterskor för delaktighet i arbetet kring minskad antibiotikaresistens. Först ut blev Medicinkliniken i Karlskoga följt av Infektionskliniken i Örebro. Intentionen är att successivt föra ut rondkortet och arbetssättet till vårdavdelningar på regionens tre sjukhus.

Strama har under året genomfört tre utbildningstillfällen för primärvård respektive slutenvård i ”Smart antibiotikaanvändning”. Utbildningarna uppskattades av deltagarna men trots upprepad information till berörda verksamhetschefer var det få anmälda till samtliga tillfällen.

Smittskyddsenhetens huvudsakliga uppdrag är att förebygga och minska spridning av smittsamma sjukdomar i Region Örebro län. Epidemiologisk övervakning av smittsamma sjukdomar, förebyggande insatser, utarbetande av lämpliga rutiner och riktlinjer, utbrottshantering, rådgivning, information till allmänhet och sjukvård samt utbildning hör till huvuduppdraget. Verksamheten styrs av smittskyddslagen (SFS 2004:168) och smittskyddsförordningen (SFS 2004:255). Under 2019 bearbetades och diariefördes 2660 kliniska anmälningar, 363 paragrafärenden, 144 inkomna handlingar samt flera utbrottshanteringar. I övrigt se Smittskyddsenhetens verksamhetsberättelse.

Vårdslussen

Vårdslussen handlägger frågor gällande vårdgaranti och valfrihet, dvs. väntetider och tillgänglighet. Samarbetet med verksamheterna/klinikerna fungerar väl på sjuksköterskenivå och till medicinska vårdadministratörer, men

är väsentligt svårare vid behov av kontakt eller hjälp av läkare alt. chefer. Ett enhetligt arbetssätt tycks komplicerat att uppnå då klinikerna ofta har och vill ha olika egna rutiner. Ensning och riktlinjer krävs från ledningsnivå i tolkning av regelverk.

Under våren 2019 medförde bristen på operationssjuksköterskor långa väntetider till operation och därmed ett stort antal kontakter och patientärenden vid Vårdslussen. Genom gott samarbete med operationsplanerare och en satsning inom opererande verksamheter har situationen hanterats och även kunnat lösas via tillfälliga rutiner. Efter många tidigare påringningar från patienter och påtalan inom organisationen blev det en tydlig signal när väntetiderna ökade ytterligare vid Audiologen och det uppmärksammades från flera håll, även medialt. Detta ledde till kontakter på en ny nivå mellan Vårdslussen och Audiologen för att förbättra tillgängligheten.

Handläggning av EU-vård ingår i uppdraget. Nätverksträffar finns med andra regioners EU-vårdshandläggare runt den komplexa handläggningen av dessa ärenden.

KVÅ – klassificering av vårdåtgärder

Under 2019 tillsattes en klassificeringskoordinator med uppdrag att skärpa, ensa och lyfta kodningen inom HS-förvaltningen. Kodningen utgör underlag till Socialstyrelsens rapporter av vad vårdgivarna gör, men också DRG- ersättning som underlag för fakturering och kontroll av såväl egna betalningar som debiteringar av vårdgrannar. Befintliga brister inom ramen för KVÅ har också uppmärksammats inom SVF arbetet med de tveksamma utfall som ses inom en del av förloppen. De koder som sätts är då avgörande för de resultat som redovisas vid kontrollpunkterna i mätningarna.

I och med initieringen av uppdraget för en klassificeringskoordinator har en bredare kvalitetsgranskning av diagnos- och åtgärdskodning inom verksamheterna möjliggjorts. Ett kodarnätverk har etablerats

inom förvaltningen för systematiskt arbete med entydiga rutiner.

Standardiserade vårdförlopp (SVF)

Det nationella målet är att 80 procent av patienter med misstänkt malignitet ska utredas inom de maximala ledtiderna och 70 procent av nydiagnostiserade med cancer ska ha utretts inom SVF. Utvecklingen av ledtiderna visar ingen förbättring under året utan generellt en tydlig försämring. Även i nationell jämförelse är regionens ledtider bland de som försämrats mest. Verksamheterna anger framförallt brist på mottagningstider till specialist, långa svarstider för patologprover och operationstider som orsaker till de försämrade ledtiderna. Det finns även brister i rutiner och riktlinjer som förlänger ledtider, ansvaret för processen och vid överlämnade av patienter mellan regioner. Inför 2020 är utmaningen att arbeta med flödena för att se var flaskhalsarna finns i förloppen, ta fram åtgärder och tydliggöra hur ansvaret ska vara i processledning. När det gäller målet att 70 procent av nya cancerfall ska ha utretts inom SVF når vi inte målet för samtliga förlopp. Det finns brister i att patienter inte blir registrerade i förloppen och således osäkert om patienter blir utredda enligt SVF för aktuell diagnos.

Säkerhet, Beredskap och Miljö

Verksamhetens arbete består både av händelsestyrda aktiviteter och strategiskt stödjande arbete gentemot verksamheterna. Enheten har i uppdrag att stödja och samordna frågor inom säkerhet, beredskap och miljö såsom exempelvis risk- och kontinuitetshantering samt hantering av händelser inom enhetens ansvarsområde: Före, under och efter en inträffad händelse.

Region Örebro län är en del av samhällets krishanteringssystem och

målet är att på ett optimalt sätt ge trygghet och säkerhet för patienter, anhöriga, anställda, förtroendevalda och allmänhet, förebygga skador på egendom och miljö samt ha förmåga att hantera krishändelser (med krishändelser avses

alltifrån allvarliga och extraordinära händelser till förhöjda beredskapsnivåer och krig).

Aktiviteter under 2019:

- Reviderad, beslutad, kommunicerad, övad och implementerad plan för särskild sjukvårdsledning på lokal nivå utifrån regional plan.
- Översyn av larmlistor i larm och meddelandeservern relaterat till beredskapshöjningar, informationslarm allvarlig driftstörning, avstängning ventilation med flera inom HS utifrån övergripande fastställda styrdokument.
- Implementerat larmläge vid särskild händelse för regionens tre sjukhus
- Revidera och besluta säkerhetsrutiner i samband med vård av kriminalvårdspatienter inom HS i samverkan med kriminalvård och polis.
- Bevaka och krav ställa arbetet med processen runt säkerhetssystem i samverkan med Regionkansliet och Regionservice (passersystem, inbrottslarm och kameraövervakningssystem).
- Stötta områdenas arbete med miljöronder.
- Uppdatera Klimatlistan så att den omfattar fler produkter. Uppdateringen görs tillsammans med bland annat sterilcentraler, Vårdhygien och upphandling.
- Verka för en implementering av strategi och handlingsplan för hållbar medicinsk teknik inom förvaltningen.

Funktionssäkerhetsråd inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Funktionssäkerhetsrådet ansvarar för samordning och utveckling av frågor som gäller beredskap, katastrof, säkerhet (patient och medarbetare) samt funktionssäkerhet (drift och verksamhet). De tre sjukhusen i Region Örebro län arbetar fortlöpande med åtgärder för att säkerställa driften i olika försörjningssystem för att stärka sjukhusens robusthet i samverkan med Regionservice olika delar, fastighet, IT och telefoni.

Under det gångna året har Funktions-säkerhetsrådet fortsatt arbetat med att ta fram riktlinjer och rutiner för att kunna erbjuda våra patienter en trygg och säker vård. Med driftsäkerhet eller kontinuitetshandling avses arbete med organisatoriska, tekniska och administrativa skyddsåtgärder som undanröjer eller minimerar störningar och avbrott i verksamhetskritiska processer och därmed påverkan på patientsäkerheten. Under året har bland annat följande riktlinjer processats i funktionssäkerhetsrådet:

- Rutin för avstängning av ventilation på områdena Karlskoga, Lindesbergs lasarett, USÖ samt Karlahuset och Rättspsykiatri Mellringe
- Ändrad larmplan för driftstörningslarm utifrån ny beslutad plan för särskild sjukvårdsledning lokal och regional nivå

Läkemedelscentrum

I den förvaltningsövergripande läkemedelsgruppen har fortsatt samarbete skett med utgångspunkt i föreskriften HSLF-FS 2017:37. Gruppen har bred representation bestående av läkare, sjuksköterskor, farmaceuter samt avdelningen för Vårdsystem, Patientsäkerhetsenheten och chefläkare. Ett samarbete med patientsäkerhetscontrollern gällande avvikelser inom läkemedelsområdet har upprättas, vilket innebär att dessa kommuniceras ut både muntligt och skriftligt via Läkemedelscentrums informationskanaler.

Utifrån påtalade och uppmärksammade risker om läkemedelsfel togs beslut om en ny rutin där alla ordinationer ska uppdateras samt dokumenteras i läkemedelsmodulen och inte dikteras. Införandet mötte visst motstånd från kliniker som vårdar utomlänspatienter, vilket manade till ett omtag, men en ny framkomlig rutin har hittats för införande 2020.

Revidering av läkemedelsrekommendationerna, utifrån senaste vetenskapliga evidens har pågått under hela året. Information erbjuds alla vårdcentraler i länet två gånger per år. Fokusområden har varit säker förskrivning och hantering av beroendeframkallande läkemedel

samt den uppdaterade konverteringstabellen för opioider.

Problemen med restnoterade läkemedel har förvärrats under året och utgör ett dagligt bekymmer för hälso- och sjukvården. En halvtidsapotekare har resurssats till barnkliniken för att bl. a hjälpa till med restsituationen. Läkemedelskommitténs ordförande har engagerat sig massmedialt i frågan, deltagit som referent i Läkemedelsverkets utredning och har också deltagit i en podd som Socialstyrelsen har för att diskutera restproblematiken nationellt.

Strålsäkerhet

Under året har ny organisationsplan för strålsäkerhet beslutats av Hälso- och sjukvårdsnämnden. Expertfunktionerna strålningsfysikalisk ledningsfunktion och strålskyddsexpert har införts i enlighet med nya författningskrav från strålsäkerhetsmyndigheten.

Ett fokus i år har varit att skapa ett ledningssystem för strålsäkerhet med rutiner tillgängliga på intranätet. En riskanalys över den externa strålbehandlingsprocessen har gjorts och resultatet rapporterats till strålsäkerhetsmyndigheten. Arbete för att förbättra systematiskt optimeringsarbete gällande röntgenundersökningar har utförts i samverkan mellan röntgenkliniken och sjukhusfysik. Omfattande insamling och uppföljning av standarddoser vid röntgenundersökningar samt rutin för uppföljning av höga huddoser vid intervention har införts. Antal strålningsrelaterade avvikelser som rapporterats i Platina är 22 st. gällande röntgenundersökningar och 13 st. gällande strålbehandling.

Folktandvården

Chefstandläkaren deltar regelbundet i chefläkargruppens möten. I analys av Folktandvårdens utmaningar har framkommit bl.a. problem med bristande behandlarkontinuitet för vissa patienter, problem med fördröjd diagnostik och fördröjd

behandling i ett antal fall. Patienter har tappats bort i kallelesystemet. Bristande kontinuitet och långa behandlingsperioder pga. stor vårdefterfrågan på vissa kliniker.

Positivt att notera är en generell ökad vilja att anmäla avvikelser. De anställda förefaller ha förtroende för avvikelshanteringssystemet. Patientsäkerhetsronder har införts och återkoppling sker från chefstandläkare via intranätet varannan månad till alla anställda om avvikelser, klagomål och åtgärder.

Avvikelse där patienter har glömts bort i tidbokningsprocessen har lett till ett flertal justeringar av rutiner, varefter sådana händelser har minskat. Förändringar i riktlinjen för remisshantering kommer att införas för att minska risken för att remisser inte blir skickade i tid. I summering av 2019 ses ett ökat antal anmälda avvikelser men inte fler allvarliga händelser. Det finns ett förtroende för avvikelshanteringssystemet som en del i en lärande och icke skuldbeläggande organisation. Avgörande faktorer i patientsäkerhetsarbetet framöver är tillgång till utbildad personal.

Regionservice - Medicinsk teknik

I dagens moderna hälso- och sjukvård används någon form av medicinteknisk produkt i nästan varje moment ex. infusionspumpar, EKG-apparater, blodtrycksmanschetter, digitala journalsystem, datortomograf eller operationsbord. Det kräver specifik kompetens varför ett nära samarbete är etablerat med Regionservice Medicinsk teknik och Regionservice IT för direktkontakt och samråd vid en eventuell anmälan. Anmälningsansvarig för medicintekniska produkter deltar regelbundet i chefläkarmötena vilket tillfört nya perspektiv utifrån en digital och teknologisk hälso- och sjukvård. Anmälningskyldigheten vid allvarlig vårdskada inkluderar efter den senaste föreskriften att såväl medicinteknisk produkt som läkemedel som varit involverade i händelsen anges.

En ökning i rapportering av händelser/ risker med medicintekniska produkter inom Region Örebro län ses. Antalet anmälningar av produkt till tillverkare/Läkemedelsverket har också ökat. I flera av dessa är det risk för vårdskada som föranlett anmälan. Viktiga säkerhetsmeddelanden som kommer från tillverkarna ökar också i antal sannolikt beroende på att tillverkarna förbättrat informationen om risker med produkterna som behöver minimeras. Aktiviteter har och kommer att pågå kring Brexit och införandet av ny förordning om medicintekniska produkter (MDR) och IVDR (in-vitro diagnostik) och hur detta kommer att påverka befintliga och nya medicintekniska produkter och verksamheterna.

Patientnämnden

Patientnämndens kansli och chefläkarorganisationen har en etablerad kontakt och fortlöpande avstämningar. Ett förtydligande av verksamheternas ansvar att handlägga Patientnämndens ärenden har medfört färre påminnelser och fler svar i tid. Patientnämnden begär av sitt kansli tematiska rapporter. I samband med presentation av dessa har utsedda företrädare från hälso- och sjukvården samt chefläkare varit representerade för diskussion, analys och återföring.

Patientnämndens rapporter och analyser 2019:

- Synpunkter och klagomål, som avser intyg
- Synpunkter och klagomål, framförda av patienter med cancersjukdom
- Synpunkter och klagomål, återkommande resultat i patientnämndens rapporter
- Klagomål och synpunkter, analys av ärenden hos patientnämnden RÖL 2018
- Halsvårsanalys 2019, Klagomål och synpunkter från manliga resp. kvinnliga patienter

Samverkan med kommunerna vid utskrivning från slutenvård

De goda effekterna av de nya arbetsätt som Region Örebro län och kommunerna har kommit överens om runt samverkan vid utskrivning håller i sig. Samarbetet mellan länets kommuner och Regionen när det gäller utskrivningsklara patienter och en säker utskrivning från slutenvård på sjukhus har under 2019 haft en god utveckling. Ett par kommuner hade en period svårighet att ta hem utskrivningsklara patienter inom tre dagar. Det föranledde snabb kontakt mellan kommun och region vilket ledde till att adekvata åtgärder sattes in med påföljande resultat att flödet förbättrades och patienter åter kunde skrivas ut på ett säkert sätt. Antal utskrivningsklara dygn i länet fortsatte minska under året och i princip samtliga utskrivna inom somatisk vård får en fast vårdkontakt. Inom psykiatrisk vård är andelen som får en fast

vårdkontakt färre men åtgärder pågår för att förbättra rutiner. Många personer erbjuds fortfarande inte en Samordnad individuell plan (SIP).

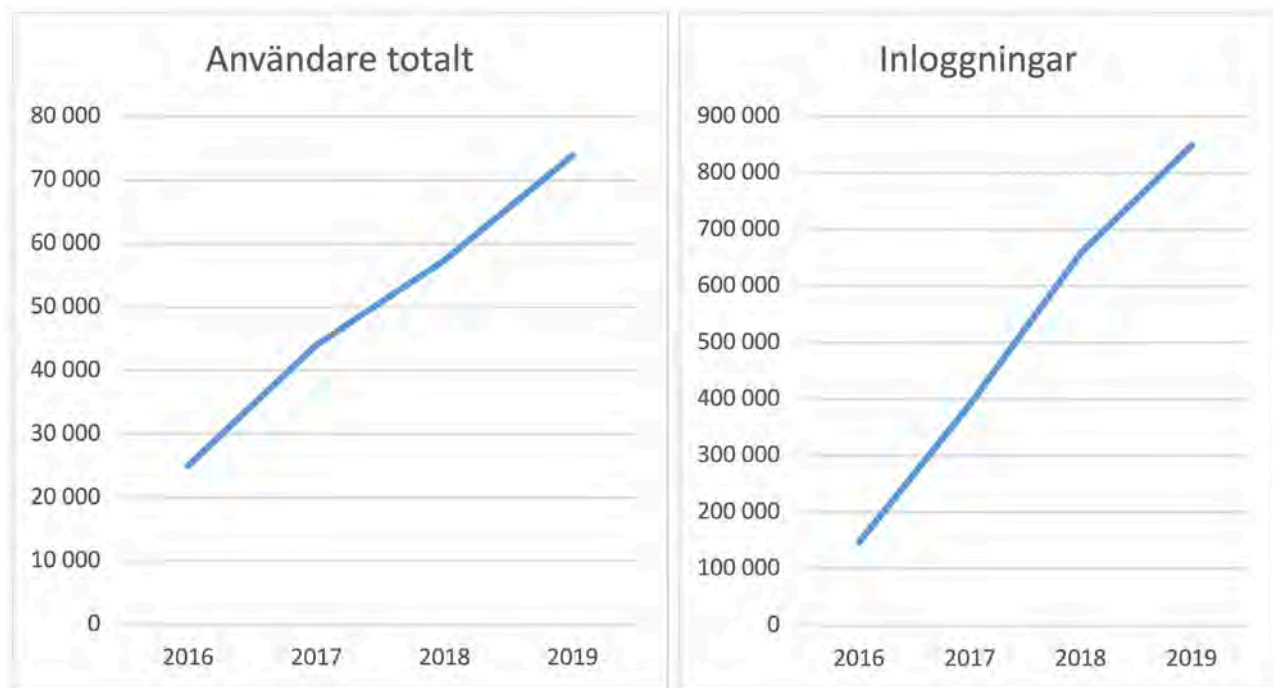
Under året har en uppföljning gjorts vad gäller SIP som är den plan vilken upprättas inom fyra veckor efter utskrivning för att följa upp att individen har rätt insatser i hemmet. Antalet varierar kraftigt i länet och visar att det i ganska stor omfattning saknas planering och uppföljning av medicinska och rehab-insatser medan hemtjänstinsatser finns med i planen.

En enkätundersökning genom det nationella verktyget webbollen där både kommunernas och Regionens verksamheter har värderat varandras insatser genomfördes i mars. Mätningen omfattade över 100 vårdkedjor och indikerar på att utskrivningsprocessen fungerar i de allra flesta fall.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659, 3 kap. 4 §

Patienternas delaktighet i sin egen vård möjliggörs genom "Journalen", där dokumentationen finns om det egna vårdförloppet, utredning och behandling. I övrigt kan patienter och närstående ta del av de olika digitala vårdtjänster för kontakt som erbjuds. Region Örebro län ligger långt fram såväl avseende utnyttjande, läsbarhet som utveckling, vilket framgår av nedanstående grafer.



Användning "Journalen"

Tekniskt sett görs förbättringar hela tiden på nationell nivå via 1177 för att ge invånarna en bättre upplevelse. Lokalt har information getts på olika mässor och andra forum där länsinnevånare har informerats om Journalen. Användandet har fortsatt öka i stadig takt 2019.

För ökad delaktighet ska alla cancerpatienter erbjudas en skriftlig individuell vårdplan i enlighet med den nationella cancerstrategin. "Min vårdplan" har funnits i cancervården sedan flera år och finns sedan 2018 i e-tjänsten "Stöd och behandling" på 1177.se. "Min vårdplan" ska innehålla information om kontaktuppgifter till vården, tider till undersökningar, information om cancerdiagnosen och information om patientens rättigheter. Vårdplanen är ett verktyg

med syfte att öka tryggheten och delaktigheten i vården för patienter och närstående. Intentionen är att vårdplanen ska digitaliseras under de närmaste åren. Informationen i vårdplanen tas fram nationellt vilket ger en ökad jämlikhet och ökad kvalitet på informationen. Nästa steg i detta arbete är utarbetande av patientkontrakt.

Nationell patientenkät (NPE) är en sedan tidigare använd mätning för uppföljning av patientnöjdhet och delaktighet. Under 2019 har en nationell mätning utförts i Primärvården gällande sjuksköterske- och läkarbesök med värdering inom olika dimensioner och helhetsintryck. Resultaten blir offentliga och presenteras i februari 2020.

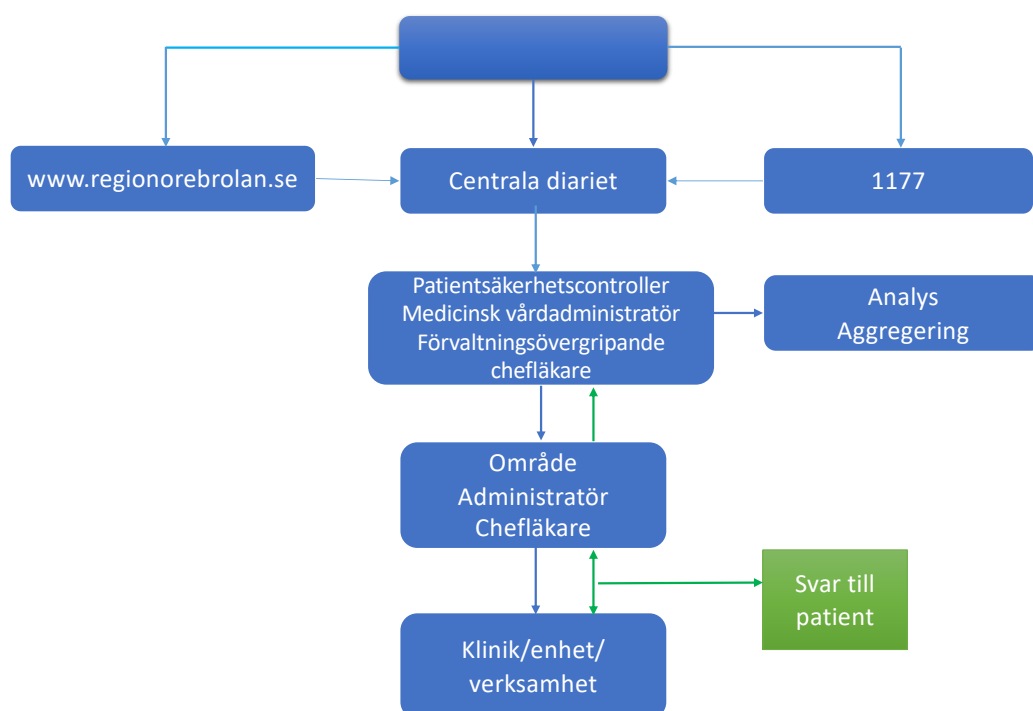
Inom psykiatrin ses bra exempel på patientdelaktighet och medverkan. Där finns en väl inarbetad tradition att samverka med psykiatrins brukare på olika sätt. Psykiatrin är representerad i organisationen NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa) som är en paraplyorganisation för de brukarföreningar som organiserar personer med psykisk sjukdom eller deras närstående. Sedan ett par år tillbaka har man infört s.k. Peer Support på en av

vårdavdelningarna. Detta är personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa som har ett anställningsförhållande och medverkar i vården. Patientforum finns också inom psykiatrin. Det är brukarorganisationer som kommer till vårdavdelningarna och informerar om sin verksamhet för patienter som är inlagd för vård. Beroendecentrum har sedan flera år tillbaka ett eget välfungerande brukarråd med stort engagemang.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§. 7 kap 2 § p 6

Region Örebro län var tidiga med att inrätta en tydlig klagomålsrutin och efter två år med den nya lagen "Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården" ses att funktionen och strukturen håller samt uppfyller kraven.



Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för att klagomål och synpunkter i den egna verksamheten hanteras. Klagomål och synpunkter ska alltid bedömas och värderas utifrån ett vårdskadeperspektiv för att garantera god och säker vård.

Patientsäkerhetscontrollern har en viktig koordinerande roll i nära samarbete med Centrala diariet och ansvariga inom områdena. Inflödet och spridningen inom förvaltningen följs kontinuerligt. Verksamheternas besvarande och efterlevnad till svarsrutin är genomgående god.

Under 2019 har Socialstyrelsen utifrån regeringsuppdrag lett en serie workshops där representanter för vårdgivare, IVO och Patientnämnden deltagit. Uppdraget syftar till att stödja utvecklingsarbetet om att skapa en enkel, enhetlig och säker klagomålshantering för både patienter, närstående och vårdgivare. Fokus har legat på att få samsyn kring frågan om långsiktig samverkan aktörer emellan i dagens klagomålssystem. Målsättningen är att komma fram till hur aktörerna kan samverka för att innehållet i klagomålen kan leda till ökad patientsäkerhet och kvalitet. Region Örebro län har varit en av representanterna för vårdgivarna nationellt och slutredovisning sker till Socialdepartementet.

Det pågår även ett arbete via SKR med att skapa förutsättningar för en enhetlig väg in till vårdgivaren via 1177 Vårdguiden för patienter och närstående när det gäller klagomål och synpunkter. Arbetet kommer att genomföras av Inera under 2020. För RÖL ligger utmaningen i att under 2020 få till stånd ett bättre IT-stöd som möjliggör aggregering, överblick och analys på enhetsnivå i större utsträckning.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Enligt Patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att upprätthålla hög patientsäkerhet genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. Skyldigheten har funnits i lagstiftning och ledningssystem, men tydliggjordes än mer kraftfullt i föreskriften HSLF-FS 2017:40 vilket haft effekt.

Avvikelsehantering ingår som en viktig beståndsdel i ledningssystemet tillsammans med egenkontroll. Varje verksamhetschef ska ha rutin för avvikelsehantering. Avvikelseansvarig på områdesnivå har ett nära samarbete med respektive chefläkare. Samtliga avvikelser rörande patientsäkerhet inom HS-förvaltningen läses och följs av patientsäkerhetscontroller, varvid ett tjugotal allvarliga händelser har identifierats som inte markerats till chefläkare såsom risk för allvarlig vårdskada, dvs. lex Maria.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap 2 § p 2

Patientsäkerhet i vården bygger på att identifiera, mäta och följa upp skador och risker för skador, s.k. egenkontroll i enlighet med föreskriften om ledningssystem. I detta ligger olika metoder och mätningar vars uppföljningar utgör grund för att nå målet med nollvision för vårdskador.

Av regionens verksamhetsplan framgår också grunden för intern styrning och kontroll (ISK). De inriktningsmål som finns gällande patientsäkerhet och personcentrerad vård följs upp i delårsrapporter. Se tabell i bilaga 1.

Tillsyn

Hälso- och sjukvården liksom tandvården står under statlig tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Säkerheten i vården baseras på vårdgivarens ansvar enligt regelverken, men också på egenkontroller och fullföljande av de anmälningsskyldigheter som föreligger. IVO bedriver därutöver sin tillsyn via inspektioner såväl utifrån pågående ärenden som egeninitierade områden. Under året har sju IVO- inspektioner genomförts varav fem haft direkt koppling till ärenden och två fallit in under ramen för nationell tillsyn:

- Återanvändning av engångsprodukter, vårdhygienisk standard och säkerhet, med deltagande från Medicinsk teknik, Sterilcentral, Vårdhygien samt verksamhetschefer.
- Patientsäkerhet för utlokaliserade patienter, med deltagande av medarbetare från verksamheterna, chefer, vårdkoordinatorer samt chefläkare.

PROCESS

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 §, p 2

Det arbete som utförts för att öka patientsäkerheten under 2019 måste framförallt ses i relation skeenden i regionen, mellan regionerna och omvärlden, men kan givetvis kopplas till satta mål för året utifrån grundläggande värderingar och uppdrag.

Ett aktivt och tydligt patientsäkerhetsarbete måste bedrivas dynamiskt och flexibelt, dvs. anpassat till händelser som uppkommer mer eller mindre plötsligt och kräver åtgärder alternativt ställningstagande för att säkra vården.

En bra grundläggande organisation för strategiskt och systematiskt patientsäkerhetsarbete utgör då basen för snabb anpassning och prioritering i arbetet, under det att ett mer långsiktigt förbättringsarbete fortgår på en för perioden anpassade nivå.

Under år 2019 kan framförallt fem punkter lyftas fram som fokusområden inom patientsäkerhet.

1. Leveransproblematiken i samband med leverantörsbyte
2. Förlossningsverksamheten i Karlskoga
3. Akutlarm vid livshotande situationer
4. Blåsöverfyllnad, utbildning och förbättringsarbete
5. Antibiotikaronder

1. Leverantörsbyte

Den stora händelse som satte direkt fokus på patientsäkerhet, sårbarhet i samhället och beredskapsförmåga under året var och är leveransproblematiken av sjukvårdsmaterial. Den 1 oktober 2019 övertogs uppdraget för leveranserna av Apotekstjänst AB, efter upphandling via Varuförsörjningen med beslut av Varuförsörjningsnämnden för den s. k Femklövern dvs. Sörmland, Uppsala, Västmanland, Dalarna och Örebro. Sjukvårdsmaterial är ett gigantiskt fält med produkter omfattande t.ex. sopsäckar och kuvert, infarter, operationsmaterial, provrör,

etiketter, nålar, förlossnings- och IVA-utrustning, dvs. tusentals produkter. Redan efter ett par dagar rapporterades om leveransproblem av olika karaktär, men inom en vecka var krisen uppenbar liksom vidden av den. Det handlade direkt om möjligheterna att överhuvudtaget bedriva god och säker vård, såväl akut som planerad, dvs. grunden för alla verksamheter.

Region Örebro län gick liksom flera av regionerna upp i s.k. stabsläge, här särskild sjukvårdsledning på regional nivå. Detta innebär möjlighet till direkt omställning av all verksamhet när så behövs via sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig. Ett omfattande stabsarbete i samverkan mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HS), Folktandvården (FTV) samt Regionservice (RS) vidtog, initialt dagliga möten inklusive helg. Alla områden inom HS representerades med verksamhetsperspektiv, kommunikationsansvariga och strategisk samordning samt från RS företrädde av försörjningssidan.

Genom ett gediget arbete från områdessamordnare med genomgångar och kontroller i alla verksamheter av behov, tillgång, planering och lån från varandra tillsammans med förstärkta logistik- och transportinsatser samt tät kommunikation och information ut i verksamheterna kunde situationen balanseras. I tidigt skede var det extra sårbart med särskilt verksamhetskritiska produkter under ett par dagar, men genom ständiga kontakter, avstämningar och stödleveranser från andra regioner klarades alla verksamheter utan att patientsäkerheten hotades och de planerade operationer behövde ställas in.

Stabsläge med dagliga möten kvarstod under ett par veckor, därefter successiv utglesning av avstämningar i takt med att leveranserna stabiliserades och verksamheterna kunde fokusera på kärnverksamhet utan oro för förråd och material.

På regionnivå föranledde den akut uppkomna situationen insatser av regionledningen med tjänstemän och politiker visavi upphandling, Varuförsörjningen och

Varuförsörjningsnämnden. Det ekonomiska och juridiska efterspelet till leveransproblemen kvarstår och arbete pågår gemensamt inom den s.k. Femklövern. En allvarlig lärdom är sårbarheten inom modern hälso- och sjukvård då inga förråd eller lager finns vilket måste beaktas i framtida sårbarhetsanalys utöver vikten av nogsam risk- och konsekvensanalys vid större förändringar.

2. Förlossningsverksamheten i Karlskoga

I anslutning till sommarstängningen av förlossningen vid Karlskoga lasarett beslöt verksamhetschefen vid Kvinnokliniken inom regionen att inte återöppna förlossningen vid lasarettet då de nyfödda, akut sjuka barnens säkerhet inte kunde garanteras. I bakgrunden till detta finns ett oavslutat lex Maria ärende som föranlett kompletteringar och inspektion från IVO. Mandat för beslutet ligger inom verksamhetschefens befogenheter och i linje med det yttersta ansvaret för patientsäkerheten, i detta fall de nyfödda barnen. Beslutet delgavs Hälso- och sjukvårdsnämnden vid deras möte på försommaren, där verksamhetschefen vid Kvinnokliniken biträdde av verksamhetschefen vid Barn- och ungdomsmedicinska kliniken samt förvaltningsövergripande chefläkare. Beslutet väckte stor medial uppmärksamhet med åtföljande möten och insatser. Ett politiskt uppdrag gavs till tf hälso- och sjukvårdsdirektör att skyndsamt genomföra en ”Kartläggning avseende möjligheterna att återöppna förlossningen i Karlskoga”. Vid genomgång av framtagna kartläggningar noterades att patientsäkerheten för de akut sjuka nyfödda barnen inte stärktes. Detta föranledde chefläkargruppen samt berörda verksamhetschefer att verkställa skrivelser till Hälso- och sjukvårdsnämnden med tydligt ifrågasätta återöppnandet av förlossningen i Karlskoga ur ett patientsäkerhetsperspektiv. IVO har öppnat ett egeninitierat ärende i frågan och genomfört ytterligare en inspektion då man inte funnit patientsäkerheten tillgodosedd i den framtagna kartläggningen. IVO avser att hålla tillsynsärendet öppet tills vidare.

3. Ett enhetligt akutlarm inom HS-förvaltningen

Efter flera tillbud, oklarheter och även tidigare lex Maria runt akuta livshotande situationer på inneliggande patienter där brister i utrustning, kommunikation och kompetens noterats kunde så arbetsformen: Ett larmnummer, ett larmteam, en akutvagn och samma utrustning implementeras, dvs. samma struktur inom hela HS-förvaltningen med olika nivåer för sluten- respektive öppenvård. Det förberedande arbetet med genomgång och kartläggning via KTC USÖ hade pågått under lång tid med förankring i chefläkarorganisationen samt inriktningsbeslut från hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. En projektledare utsågs och arbetsgrupp via KTC USÖ, i samverkan med övriga KTC-enheter, växeln, ANIVA, Läkemedelscentrum samt respektive medicinklinik för såväl bemanning som kompetens, utrustning och teamarbete. All information ut och uppbyggnad av en hemsida skedde i nära samarbete med kommunikationsansvarig. I införandeuppdraget ingick också upphandling av standardiserade akutvagnar som möjliggör arbete enligt ABCDE – koncept. Övergången och start för akutlarmen skedde i september efter möten, information och kommunikation ut i alla verksamheter. Nogsam uppföljning sker av alla larm med planerad utvärdering sex månader efter start.

4. Arbete och utbildning avseende blåsoverfyllnad

Redan under 2018 noterades avvikelser i en oacceptabel hög frekvens gällande blåsoverfyllnad hos patienter inom hälso- och sjukvården. Detta är en form av vårdskada som i allra högsta grad är undvikbar och därtill utgör risk för allvarlig vårdskada med åtföljande anmälan enligt lex Maria, vilket också verkställdes i ett antal fall. Under 2018 och 2019 har inalles 163 avvikelser gällande blåsoverfyllnad rapporterats, utöver detta tillkommer de fall som noterats via MJG och inte finns registrerade samt mörkertal. Inför 2019 uppsattes mål med ett gediget och prioriterat arbete. Våra tre KTC -enheter med sjuksköterskor

och läkare med specialinriktning tog efter genomgång av avvikelserapporterna fram ett utbildningsmaterial angående blåsoverfyllnad. Detta sammanställdes i ett pedagogiskt koncept och utbildningsaktiviteter har genomförts på ett flertal enheter på USÖ, Lindesbergs lasarett och Karlskoga lasarett. Deltagandet gjordes obligatoriskt för alla verksamheter med allvarliga vårdskador i frågan och öppen inbjudan till alla övriga. Vid dags dato har drygt 600 medarbetare, främst undersköterskor och sjuksköterskor, tagit del i utbildningar samt genomgångar och arbetet behöver fortgå då tyvärr nya avvikelser och tillbud kommer.

5. Antibiotikaronder – pilotprojekt

I september 2019 påbörjades efter förberedelse och planering via Strama och Vårdhygien ett pilotprojekt med ”Antibiotic Stewardship” s.k. antibiotikaronder inom regionen och då på Geriatriska kliniken, avd. 82, 84 och 94. Projektet ska avslutas och utvärderas under första halvåret 2020. Under de första två månaderna bedömdes 120 patienters antibiotikaordinationer och preliminära data visar att någon form av justering av antibiotikaordinationen gjordes i 71 % av fallen. Hos ungefär en tredjedel bedömdes antibiotikabehandling inte längre indicerat och kunde sättas ut. Planerat nu närmast är anslutning till den studie som initierats av nationella Strama inkluderande uppföljning och utvärdering av lokalt arbetssätt med antibiotikaronder.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits

Inom HS-förvaltningens olika områden och verksamheter har ett aktivt patientsäkerhetsarbete bedrivits vilket syns i denna sammanställning baserat på underlag från patientsäkerhetsronder:

Vad har varit viktigast?

Det viktigaste för vårdcentralerna har varit dialogen med varandra gällande arbetet med avvikelser samt hur man kan involvera medarbetare i avvikelse- och patientsäkerhetsarbetet. Utbyte av goda exempel på återföring av avvikelser och inrättande av avvikelsegrupp inom området. (Närsjukvårdområde Örebro/söder, NÖS)

Ett samlat fokus på blåsoverfyllnad och falltillbud inom området. (Område medicin och rehabilitering, OMR)

Organiserat patientsäkerhetsarbete och avvikelshantering i vårdssäkerhetsteam, fler internutredningar som ökat medvetandet och betydelsen av patientsäkerhetskulturen. (Område psykiatri)

Att vi nu påbörjat ett samarbete med chefläkare och medicintekniskt anmälningsansvarig och involverat dem i patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna. (Område habilitering och hjälpmedel)

Patientsäkerhetsronderna med tydligt fokus på viktiga områden och feedback på genomförda åtgärder. Struktur kring patientsäkerhetsarbetet på enheterna ofta med tydlig ansvarsfördelning och tid avsatt för patientsäkerhetsarbetet och etablering av avvikelsehandläggarnätverk förbättrar hanteringen av avvikelser i området. Flera forum finns för diskussion och återkoppling i patientsäkerhetsfrågor vilket bidrar till en icke-skuldbeläggande kultur. "Månadens patient" – regelbunden falldragningsring kring patienter med komplexa sjukdomstillstånd, många sjukvårdskontakter och/eller behov av samarbete över enhetsgränser. Utbildningsprogram/kvalitetsarbete för distriktsjukvårdsköterskor för patientsäkerhet och arbetsmiljö i samband med drop-in-verksamhet på vårdcentraler (Område närsjukvård norr, ONN)

Att samla alla berörda för gemensam diskussion. Det är fortfarande ett ganska ensamt arbete på de flesta enheter med avvikelshantering och klagomålsärenden. (Område närsjukvård väster, ONV)

Hösten har inneburit en stor arbetsbelastning på verksamhetscheferna som medfört att patientsäkerhetsarbetet nedprioriterats. Det har även varit svårt att få tillgång till områdets ledningsgrupp pga. stort arbete med kömiljarden/omstrukturering av verksamheter. Arbetet med avvikelser liksom klagomål inom klinikerna har fungerat väl. (Område opererande och onkologi, OO)

Att patientsäkerhetsronderna genomförts enligt plan och att områdeschefen deltar vilket ger en signal om vikten av kontinuerligt och uppföljande patientsäkerhetsarbete. (Område thorax, kärl och diagnostik, TKD)

Vilka har varit de största riskerna för patientsäkerheten?

Inom primärvården är hyrläkare en stor risk för patientsäkerheten, framförallt när det gäller kontinuiteten (t ex provsvar och signering av dessa). För Akutklinikens del upplevs väntetiden för läkarbedömning, kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare samt tiden till att det finns en vårdplats tillgänglig vara risker. (NÖS)

Oklar kommunikation med risk för att viktig information missas. (OMR)

Brist på läkare, hyrläkarberoende och alla typer av övergångar i vården. (Psykiatri)

Det finns risker kopplade till hur ambulansresursen utnyttjas som medför felaktigt resursutnyttjande och ökat användande av ambulanstransport p g a brist på vårdplatser och/eller operationskapacitet. Hyrläkarberoendet medför stor variation i kvalitet och kompetens

där flera avvikelser av allvarligare karaktär varit kopplade till hyrläkare.(ONN)

Kommunikationsbrister, överföringar mellan enheter, olika rutiner vid exempelvis remisshantering trots att vi arbetar i samma system.(ONV)

Brister i samverkan med framför allt psykiatri och primärvård samt avvikelser med hjälpmedel såsom rollatorer, rullstolar och sängryggstöd. Även långa vårdköer på Barn- och ungdomshabiliteringen och Audiologiska kliniken.(Område Hab.)

Överflyttningar av patienter mellan regionens sjukhus är en komplicerad process för att få rätt prioritering av ambulans, lång väntan på transport samt bristande kommunikation/rapportering mellan sjukhus/kliniker. Prioritering av akuta operationer är en utmaning och bristfällig observation av dessa patienter vid väntan på operation har rapporterats. En bättre struktur på akutsalen har uppnåtts senaste halvåret på operation har men periodvis för hög belastning. Tyvärr ses ibland bristande teamarbete/kommunikation mellan jourer/kliniker. Bristande kunskap om läkemedelsmodulen leder till inkorrekta läkemedelslistor med risk för bl.a. feldosering.(OO)

De största riskerna har uppstått utanför områdets egna kliniker vad gäller rutiner rörande patienter som överlämnats från annan vårdenhet där både läkemedelsordinationer och patientflyttningar varit riskabla, felaktiga eller bristfälliga med avseende på den aktuella diagnosen. (TKD)

Finns det mönster/trender inom området?

Det skrivs oftare avvikelser som gäller händelser och fel inom egen vårdenhet. Tendensen är tydlig i de vårdenheterna där hyrpersonal förekommer. Avvikelsesystemet blir på så sätt en del av verksamheternas egenkontroll. Antal avvikelser från slutenvården där man i efterhand uppmärksammar fördröjningar eller felaktigheter i primärvårdens diagnostik ökar. (NÖS)

Fler läkare skriver avvikelser. Alla kliniker inom området arbetar mer och mer strukturerat med patientsäkerhetsfrågor. (OMR)

Förbättrad kommunikation mellan sluten-och öppen psykiatrisk vård samt nya arbetssätt enligt vårdprogram för suicidnära patienter som har implementerats. (Psykiatri)

En ökad upplevd resursbrist avseende ambulansverksamheten har setts inom området. Avvikelsemässigt kluster av missar i vårdcentralernas uppföljning av patienter t. ex avseende prov-och röntgensvar. (ONN)

Avvikelser med rollatorer där framgaffelbrott fortfarande inträffar. Flera avvikelser rör samverkan med andra vårdenheter.(Område Hab.)

Ökat antal rapporterade avvikelser som lett till ökat antal lex Marior. En hel del brister har uppmärksammas kopplat till det snabba beslut som skedde kopplat till förlossningens nedläggning, där otydligheter kring gynekologiska patienters hantering blivit ett problem. Brister i SVF-förlopp har genererat en del avvikelser i hanteringen, sannolikt relaterat till den ökade mängd SVF-förlopp som nu är aktuella. Kompetensbrist hos enskilda hyrläkare som lett till stora problem på redan utsatt vårdcentral med att ställa allt till rätta.(ONV)

En hög arbetsbelastning inom området speciellt för verksamhetschefer har lett till nedprioritering patientsäkerhetsfrågor. Det innebär en minskad dialog mellan verksamhetschefer och chefläkare. (OO)

På en klinik ses många små avvikelser rörande brister i läkemedelshanteringen vilka behöver åtgärdas på ett systematiskt vis under kommande år. För utredningsärenden till annan verksamhet förekommer alltför långa bevaknings- och svarstider vilket bromsar upp avvikelens samlade hantering. (TKD)

Vad har varit bäst under året?

Tendensen till minskat hyrberoende liksom arbetet kring Tullhuset. Minskad eftersläpning av diktat samt förbättrade resultat inom avvikelsemått (7, 90 och 365 dagar). (NÖS)

Bra samarbete i patientsäkerhetsgruppen och inom vårdsäkerhetsrådet. Förbättrad trygghet för barn och ungdomar som vårdas inom slutenvård. (Psykiatri)

Verksamheternas engagemang i patientsäkerhetsfrågor vid patientsäkerhetsronder samt användandet av daglig styrning i verksamheterna vilket medfört ett systematiskt, kontinuerligt förbättringsarbete i praktiken. Utskrivningsprocessen har förbättrats vilket lett till färre utskrivningsklara patienter som väntar på kommunal insats. (ONN)

Den gemensamma bilden av att arbeta för patienten över gränserna inom närsjukvårdsområdet, stor vilja att gemensamt lösa ex. vårdcentralsjour och familjecentralens sommarbemanning. Specialistmottagningar och medicinklinik samt akutmottagning som jobbar för att säkra upp för patienten och bidra med medarbetare till primärvården. (ONV)

Bra trend för målvärden inom avvikelshantering. Internrevisioner rörande användning och hantering av medicintekniska produkter. Förbättrade resultat för BHK/PPM mätningar. Förbättrad förståelse för patientsäkerhetsfrågor. Att vi för första gången fått ett resultat från nationell patientenkät. (Område Hab.)

Att det finns flera kontrollinstanser för avvikelser så att inte allvarliga händelser missas.

Utbildning i värdering/kategorisering av avvikelser liksom dialog med avvikelshandläggare på klinikerna som lett till att insikten om att jobba med avvikelser som ett förbättringsinstrument har ökat. (OO)

Att det finns en tillåtande attityd till avvikelseanmälan så att alla personalkategorier har blivit mer benägna att skriva avvikelser – även när de själva gjort fel. Antalet anmälda avvikelser ökar vilket i huvudsak är att se positivt på om det leder till rättelse och förbättring. (TKD)

Hur har organisationen av patientsäkerhetsarbetet utvecklats?

Utökad tjänst och tjänstgöringstid för områdets chefläkare. Verksamhetsutvecklare med ett övergripande ansvar för områdets avvikelser och klagomål erbjuder riktat stöd till avvikelshandläggare i verksamheterna vilket lett till både resultatförbättring och ökad problemmedvetenhet. (NÖS)

Genom en god organisation på områdesnivå kan rutiner skapas utifrån nya frågor/identifierade problem. (OMR)

Det har blivit mer systematiskt och ett gemensamt arbete över klinikgränserna. (Psykiatri)

Tydliggjord ansvarsfördelning och arbetssätt i patientsäkerhetsfrågor på flera enheter, liksom ett etablerat avvikelshandläggarnätverk. Ett chefläkarbyte har skett där arbetsfördelningen mellan chefläkare och verksamheter inom området har förtydligats. (ONN)

Habilitering och hjälpmedel har under hösten genomfört patientsäkerhetsronder med chefläkare för första gången samt inrättat en områdeshandläggare för klagomålshantering. (Område Hab.)

Fram till våren 2019 fanns en god dialog med områdeschef och chefläkare gällande ett flertal förändringar innan de verkställdes. Chefläkare blev tillfrågad i flertal ämnen som exempelvis utredning av jourlinjer och förlossningsverksamheten i Karlskoga. Hösten har haft ett annat fokus där patientsäkerhetsarbetet har fått en annan prioritering liksom chefläkarens plats i områdets ledningsgrupp. (OO)

På områdesnivå granskar chefläkare och områdessamordnare varje vecka samtliga avvikelser för att fånga upp dem som fordrar internutredning samt för att hitta systematiska fel. På kliniknivå finns olika rutiner, men alla har en avvikelsegrupp och vid behov deltar både chefläkare och sjukhusfysiker. Avvikelshandläggarna på flera håll har bristfällig tid för sitt arbete vilket fördröjer

relevanta åtgärder då patientsäkerhetsbrister uppdagats. Patientsäkerhetsronderna har under året kompletterats med strålskyddsfrågor ur ett patientsäkerhetsperspektiv. *(TKD)*

Chefläkares/anmälningsansvarigs analys av patientsäkerhetsarbetet 2019

Hyrläkarberoende är det största problemet. Diktateftersläpning har minskat under året och arbete pågår för att ordna organisationen kring Tullhuset. Avvikelseberättelser är naturlig del av verksamheten och har hög prioritet. Patientsäkerhetsrond ger möjlighet för dialog med personal som är engagerad i patientsäkerhetsarbete på verksamhetsnivå. Regelbundna och täta chefläkarmöten ger perspektiv samt stöd i patientsäkerhetsarbetet. *(Pawel Haczkiwicz, NÖS)*

Patientsäkerhetsarbetet inom områdesledningen i MR präglas av hög aktivitetsgrad och stark medvetenhet om det förebyggande patientsäkerhetsarbetets betydelse. Verksamhetsutvecklare och controller är två viktiga funktioner i arbetet och områdeschefens engagemang i och betoning av frågorna är grundläggande. *(Claes-Mårten Ingberg, OMR)*

Alla verksamheter visar stor delaktighet i hantering av klagomål, utredning av avvikelser och uppföljning av Lex Maria ärenden. *(Spyridon Kilaidakis, Psykiatri)*

Det finns en god patientsäkerhetskultur i området. De största patientsäkerhetsutmaningarna är av mer systematisk karaktär – IT-system, informationsöverföring i övergångar mellan olika vårdenheter/vårdgivare, bemannings- och kompetensfrågor. Området visar en tydlig vilja att konstruktivt bidra med lösningar och goda erfarenheter även inom dessa mer övergripande områden vilket bådär gott inför nuvarande och framtida patientsäkerhetsutmaningar. *(Bruno Ziegler, tf. chefläkare ONN)*

Ett pågående arbete som bör fortsätta i samma riktning 2020 *(Henrik Ahlin, ONV)*

Chefläkargruppen har utvecklats, bra dialoger

i ärenden liksom gott stöd. Delaktighet på övergripande nivå ger en helhetsbild som kan kommuniceras inom det egna området. En informell etikgrupp har skapats vilket lett till att etiska problem kan diskuteras på ett annat sätt. *(René Bangshøj, OO)*

Benägenheten att anmäla avvikelser samt den övergripande och systematiska granskningen av alla avvikelser som sker på områdesnivå, liksom terminsvisa träffar med alla avvikelsehandläggare är en styrka. Till bristerna hör att många avvikelsehandläggare, liksom chefläkare inte har tillräckligt avsatt tid för att sköta patientsäkerhetsarbetet på ett tillfredsställande vis. Detta yttrar sig bland annat i att många internutredningar tar alltför lång tid för att acceptabla ledtider till anmälan av allvarlig vårdskada hålls. På HS-nivå är de regelbundna mötestillfällena med alla chefläkare av stor betydelse för att uppnå normering av vilka ärenden som ska anmälas. *(Jan Forslid, TKD)*

Avgörande faktorer i patientsäkerhetsarbetet framåt?

I första hand insatser för att minska hyrläkarberoende och bättre sökbarhet för rutiner och riktlinjer på intranätet. Det finns stort förbättringsutrymme vid avvikelserapportering och initial hantering samt internutredningar. Förberedelse inför FVIS - introduktion av nya datasystem innebär både nya möjligheter men även en enorm utmaning från patientsäkerhetssynpunkt. *(NÖS)*

Dialog mellan Patientsäkerhetsgruppen och verksamheterna. *(OMR)*

Läkarbrist och svårigheter att rekrytera även övrig personalkategori. Säkra övergångar mellan öppen och slutenvård. *(Psykiatri)*

Till utmaningarna hör svårigheter med IT-system och kompetensförsörjning. Medicinskt ansvarig läkare (MAL) roll i enheternas ledningsorganisation är viktig

liksom chefläkarnas roll i övergripande förändringsarbete. Vid omställning av jourverksamheten vid Lindesbergs lasarett måste patientsäkerhetsfrågor bevakas. (ONN)

Bibehålla och utveckla det områdes- och verksamhetsnära patientsäkerhetsarbetet. Det är i verksamheten som patientsäkerhet skapas. Engagemang från chefer och patientsäkerhetsansvariga är nödvändigt. (Område Hab.)

Riktade medel för återkommande utbildningsinsatser i vanliga vårdskador för att undvika dem, ex. blåsoverfyllnad och vårdrelaterade infektioner. En förstärkt primärvård för att på sikt minska behovet av tillfälligt inhyrd personal, som under året stått för flera allvarliga vårdskador. Ökat samarbete mellan vårdenheter för att lösa svackor i bemanning (ONV)

Att ha en samlad överblick över området samt att förmedla kunskap mellan verksamheter. Ett ständigt arbete med kommunikation, information och dialog som innefattar öppenhet och tydlighet med delaktighet på alla nivåer. (OO)

Betydelsen av den förvaltningsövergripande chefläkaren för att driva patientsäkerhetsarbetet framåt på ett systematiskt, samlat vis inom regionen är avgörande och stor kraft bör läggas på att rekrytera en god ersättare för nuvarande befattningshavare. Interdisciplinära avvikelsemöten med verksamhetsföreträdare och berörda chefläkare borde skapas där man dryftar kliniköverskridande avvikelser för att skapa rutiner över klinikgränserna. I övrigt är som i all kvalitetssäkring uthållighet av avgörande betydelse så att inte punktvisa insatser kommer avlösa varandra istället för det systematiska rutinarbetet med avvikelser – åtgärd – återkoppling till verksamheterna. (TKD)

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Information är en av Region Örebro läns viktigaste tillgångar och en förutsättning för en säker och effektiv verksamhet. Med informationssäkerhet inom Region Örebro län menas att kraven på konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet är tillgodosedda.

Medborgarna ska kunna lita på att den information regionen hanterar och att den skyddas på säkert sätt. Informationssäkerhetspolicyn beskriver Region Örebro läns mål och övergripande principer som gäller för informationssäkerhet i verksamheten.

Kravet i GDPR att anmäla personuppgiftsincidenter har uppmärksammats av verksamheterna. Under 2019 rapporterade verksamheterna 199 avvikelser som rör personuppgifter, av dessa rapporterades 45 vidare till Datainspektionen. I rapporterna till Datainspektionen beskrivs även vilka åtgärder som gjorts för att undvika liknande incidenter i framtiden.

För att hitta rätt nivå av skydd för den information som regionen hanterar är det viktigt att utgå från värdet av den informationen och de risker som finns. Detta görs genom informationsklassning och riskanalys av informationen i system och funktioner. Det ska ske i samband med inköp, upphandlingar och förändringar.

Under 2019 har många informationsklassningar och riskanalyser genomförts men med begränsade resurser. Det finns ett stort behov av att öka kunskapen i verksamheterna om hur informationsklassningar och riskanalyser sker. Fler personer i verksamheterna behöver också kunna genomföra både klassningar och riskanalyser.

Målet för 2020 är att färdigställa styrande dokument och bättre stödjande dokument som visar på hur informationsklassningar och riskanalyser ska genomföras.

Informationssäkerhetsrådet har under 2019 hittat sin form och har haft återkommande möten där alla förvaltningar och områden kan lyfta sina frågor kring informationssäkerhet. För detaljer se *Årsrapport Informationssäkerhet 2019*

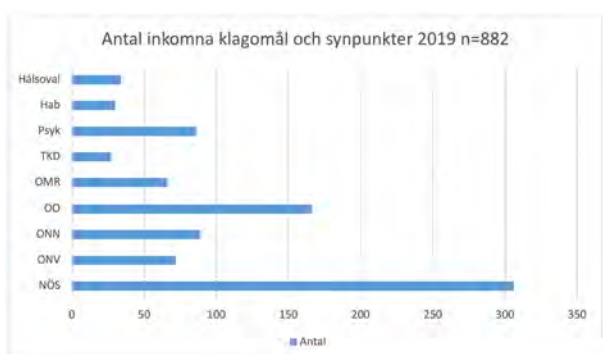
RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 §, p 3

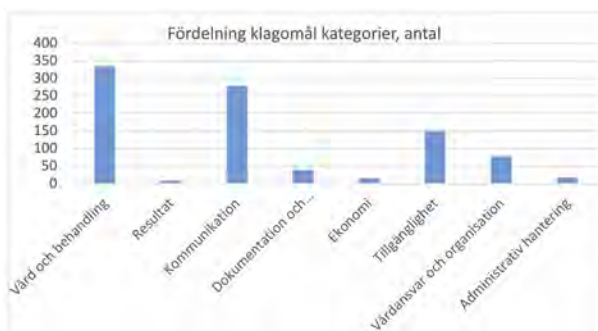
Patientdelaktighet

Klagomål och synpunkter

Under året inkom 882 klagomål och synpunkter till Region Örebro län. Det mest frekventa sättet att framföra sitt klagomål var via "Mina vårdkontakter" på 1177 och det största orsaksområdet för klagomålen var vård och behandling.



Antalet inkomna klagomål har ökat under 2019. En anledning kan vara att det nu finns en större kännedom om att det är vårdgivaren som ska besvara klagomål och synpunkter i första hand. Endast 40 klagomålsärenden överfördes från IVO.



Under 2019 var vård och behandling den mest förekommande kategorin bland klagomålen. Där har det skett en förändring jämfört med föregående år då upplevda brister i bemötande var mest frekvent. HS-förvaltningen använder nu samma klassificeringssystem som Patientnämnderna, vilket till viss del kan förklara resultatet. Efter utredning har sex

klagomål resulterat i lex Maria-anmälan samt en anmälan till Läkemedelsverket. Andelen besvarade klagomål inom utsatt tid ligger kvar på en mycket hög nivå. Liksom under föregående år är det mycket få patienter/närstående som inkommer med påföljande klagomål efter besvarande vilket ses som ett bra mått på svars kvaliteten.

Exempel på förbättringsarbete utifrån klagomål

Klagomål	Åtgärd
Bemötande	Reflektion i grupp, återkoppling till berörd personal. Ökat fokus på gott bemötande och bättre telefonrådgivning.
Information	Åtgärder för bättre kontakt/information till patienter
Vårdansvar och organisation	Utifrån klagomål har brister i den interna kommunikationen identifierats och åtgärdats t.ex. genom förbättrad överrapportering och teamarbete.
Vård och behandling	Fördröjd handläggning av SVF som resulterat i ändrade rutiner på vårdcentral Förbättrade dialoger på klinisk nivå Avvikelsesrapportering och åtgärder i förekommande fall internutredningar
Dokumentation	Bättre struktur på patientdata i journalen
Tillgänglighet	Åtgärder för att minska väntetider på aktuell mottagning Nytt arbetssätt för att korta köer vid en klinik Övergripande arbete med att förbättra telefontillgängligheten i primärvård, NÖS.

Avvikelser

En avvikelse definieras som en ej förväntad händelse som medfört eller kunnat medföra skada på patient medarbetare, besökande, utrustning eller organisation.

Hälso-och sjukvårdspersonal ska rapportera vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada eller annan allvarlig skada till vårdgivaren enligt Patientsäkerhetslagen. (2010:659)

	Antal avvikelser 2019	Varav patientsäkerhet	Antal avvikelser 2018
HS-förvaltning	10322	7121	9591
Folktandvård	635	363	446
Regionservice	931	136	835

Resultat målnivåer

Målnivån vid 7 dagar anger att avvikelsen öppnats och klassificerats. Detta är avgörande för att tillbuden ska fångas upp samt att åtgärder vidtas.

Andel avvikelser som klassificerats inom sju dagar. Mål: >70%.



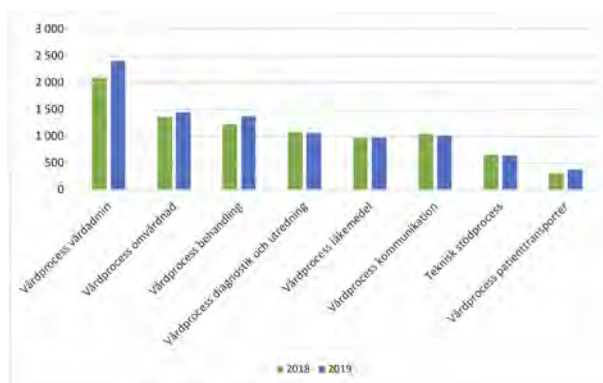
Den ökning i resultatet som sågs under 2018 har fortsatt under 2019 och målnivån nåddes med god marginal under hela året. Det etablerade arbetssättet i på områdesnivå såväl som i verksamheterna med verksamhetsuppföljningar och avvikelsegrupper ger resultat och ett ökat fokus på handläggning, arbete och förbättringsåtgärder gällande avvikelser.

Andel avvikelser där åtgärd påbörjats inom 90 dagar. Mål: $\geq 90\%$.



Den positiva utveckling som sågs föregående år har fortsatt under 2019. Resultatet kan avläsas till och med oktober månad (3 månader ska ha gått för att avvikelsen ska inkluderas i måttet). Genom ett systematiskt arbete har målnivån om 90 procent uppnåtts under augusti-oktober och ser ut att göra det även under årets sista månader.

Avvikelser inom olika vårdprocesser



Vårdprocesser inom HS-förvaltningen ex:

Vårdadministration: journalföring, intyg, diktering, kallelser, väntelista och svar.

Omvårdnad: trycksår, fall, hygien, katetrar och infarter.

Behandling: medicinsk behandling, rehabilitering och kirurgisk behandling.

Diagnostik och utredning: MR, röntgen, ultraljud och provtagning.

Läkemedel: ordination, administration, dosering, recept.

Förbättringsåtgärder efter avvikelser

Avvikelse	Förbättringsåtgärd
Läkemedel	Ampuller med adrenalin ersätts med adrenalinpennor för att eliminera risk för feldosering Efter svinn av narkotiska preparat har installation av säkerhetsskåp med inloggning på berörd avdelning skett Information till läkemedelsansvariga sjuksköterskor regelbundet från LMC baserat på aktuella avvikelser Utökad del i introduktionsår för sjuksköterskor gällande rimlighetsbedömning/ läkemedelshantering under 2020
Blåsöverfyllnad	Kontroll av blåsfyllnad ingår i inkomstprover vid inläggning på avdelning. Stramare rutiner för när kontroll av urinmängd ska utföras. HS-övergripande utbildning via samtliga KTC
Fall	Ny rutin med information om hur personal skall agera vid falltillbud samt en checklista för att underlätta för vad som skall ingå i fallutredningen och dokumentationen.
Trycksår	Avvikelser om trycksår har lett till ett projekt om att systematiskt detektera och förebygga trycksår på lungmedicin vilket belönades med kvalitetspriset Diamanten
Vårdadministration	Fokus på signering av journaler inom utsatt tid Ändring i systemet Remiss och svar (RoS) för att undvika felaktig remittering pga. snarlik förkortning mellan enheter. Ny rutin för röntgensvar när flera beställare finns. Förtydligande av lokala anpassningar efter avvikelser gällande SVF-förlopp Område OO har satt ihop en övergripande rutin för patienter som avbokat sig. Det har underlättat uppdatering av väntelistorna. Målsättningen är att få till en stabil struktur och ett bestående arbetssätt kring väntelistan vilket i sin tur kommer att ha en positiv inverkan på tillgänglighet, patientsäkerheten och förbättrad arbetsmiljö.
Bristande följsamhet till rutiner	Ett mer strukturerat sätt att utbilda och påminna om rutiner har skapats genom att varje vecka eller månad anslå en specifik rutin som ska repeteras. Kunskapen följs upp genom kontroll av lärandet vid möten på vårdavdelningarna.
Kommunikation	Förbättrad överrapportering mellan kliniker men även mellan enheter på samma klinik Införande av NEWS2 Säkrare vårdövergångar genom förbättrad och systematisk kommunikation (SBAR)

Fall och fallskador är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården. 2019 registrerades drygt 250 fall inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det är en ökning jämfört med 2018 och kan till viss del bero på en förbättrad avvikelserapportering. Fall kan bero på olika orsaker men vanligt är fall i samband med förflyttning till toalett, förvirring, yrsel och ostadighet. Kompetensgruppen för fallprevention har haft aktiviteter under fallkampanjveckan (vecka 40) på alla tre sjukhus samt på vårdcentraler, medverkat i förberedelser till Socialstyrelsens webbutbildning "Ett fall för teamet", genomfört föreläsningar samt deltagit i regional fallförebyggande arbetsgrupp inom Regional utveckling.

I det trycksårsförebyggande arbetet bistår kompetensgrupp trycksår med stöd till vårdavdelningar i analys av resultat, orsaker och idéer till förbättringar. Utbildning från KTC har också genomförts på plats. Utbildningsaktiviteter gällande trycksår riktade till medarbetare i kommunerna och regionen har genomförts med bl.a. fokus på hjälpmedel, behandling och nutrition kopplat till trycksår. I samarbete med Örebro universitet gavs en workshop där deltagarna arbetade med egna handlingsplaner utifrån nationella rekommendationer om trycksårsprevention och behandling. Utöver detta ges kontinuerligt utbildningar via KTC på alla tre sjukhusen en grundutbildning i preventivt arbetssätt och via introduktionsutbildningen. Inför kommande år kommer tyngd att läggas på att trycksår ska registreras som avvikelse då det är en vårdskada.

Vårdgivarens anmälningskyldighet

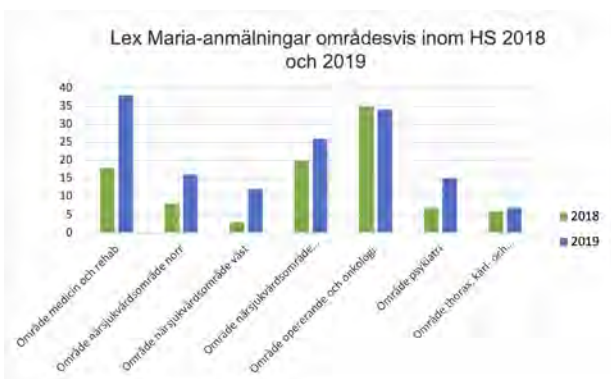
Allvarlig vårdskada (lex Maria)

När en patient drabbats av eller utsatts för risk för allvarlig vårdskada är det vårdgivarens skyldighet att utreda och anmäla händelsen till IVO enligt patientsäkerhetslagen. Tillbud och händelser av sådan allvarlighetsgrad tas upp på chefläkarmöten för bedömning, diskussion, samsyn och ensning av anmälningsunderlag. Internutredningen färdigställs av verksamhetschefen och granskas av chefläkare/anmälningsansvarig innan verkställighet till IVO. I vissa särskilt komplexa och verksamhetsöverskridande fall beslutas om fördjupad utredning, dvs. händelseanalys. Under 2019 verkställde HS-förvaltningen 148 lex Maria-anmälningar jämfört med 93 föregående år.



Händelser och vårdskador

Det ökade antal anmälningar som gjorts gällande fördröjd diagnos, vård och behandling härrör till stor del från en ökad avvikelserapportering gällande SVF-förlopp där remissgången Brustit, provsvar inte uppmärksammats eller där patienter borde ha gått in i ett SVF. Omställning till E-remisser i RoS gav under en övergångsperiod upphov till ett flertal avvikelser. Flera anmälningar har gjorts på grund av att avvikande provsvar och remissvar inte upptäckts och därmed har allvarliga diagnoser missats. Av de allvarliga/risk för allvarlig vårdskador som anmäls har 30 procent utgjorts av omvårdnadsrelaterade fel såsom blåsöverfyllnad,



fel i läkemedelsadministration, bristande fallriskbedömning och åtgärder samt bristande observation av patienter som lett till att försämrade tillstånd ej uppmärksammats i tid.

Exempel på åtgärder utifrån internutredningar vid lex Maria

- Arbete med att förebygga blåsöverfyllnad på övergripande, områdes- och verksamhetsnivå
- Verksamhetsanpassat introduktionsprogram för hyrläkare efter flera avvikelser kopplade till hyrläkares efterlevnad av vårdcentralens rutiner.
- Säkrare rutiner om hantering av remissvar vid läkares frånvaro.
- Tydliggjorda rutiner för akutkontakt vid patologiska utredningsfynd på fysiologsektionen.
- Införd journaldokumentation på röntgen om dränagestatus (öppen/stängd).
- Nya rutiner för byte av läkemedelskassett i smärtpump
- Stickprovskontroller av läkarutlåtanden på röntgen för att hitta tolkningsbrister
- Nya rutiner gällande patienter som avslutats/ uteblivit.
- Utbildning inom suicidprevention för samtliga medarbetare samt förbättrad intern samverkan då utredningar och åtgärder tagits fram gemensamt.
- Ökat arbete med fallriskbedömning och åtgärder utifrån senior alert
- Översyn av rutiner vid kejsarsnitt
- Tydliggörande av dokumentations- och handläggningsrutiner.

Anmälan av legitimerad personal

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 3 kap. 7§) ska legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som kan utgöra en fara för patientsäkerheten anmälas till IVO. Skyldigheten omfattar alla anställningsformer dvs. ordinarie såväl som inhyrd personal och vikarier oavsett om vederbörandes anställning avslutats. Anmälan till IVO verkställs i samråd mellan verksamhetschef, HR och chefläkare. Grund för anmälan utgörs ofta av t. e x läkemedelsstöld, missbruk, sjukdom och uppenbar kompetensbrist.

Område NÖS	8
ONV	2
TKD	2
Psykiatri	2
ONN	1
Totalt	15

Risk- och händelseanalys

Utifrån SKR:s handbok används standardiserade metoder för att identifiera och förebygga risker samt utreda händelser. Syftet med analysen är att föreslå åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna för vårdskador och tillbud. Efter avslutad händelseanalys sker publicering i nationella kunskapsbanken Nitha, som stödjer lärande utifrån andras erfarenheter.

Alla händelseanalyser ska följas upp efter sex månader för avstämning om beslutade åtgärder är genomförda och har haft avsedd effekt.

Händelseanalys	Riskanlys
Lång väntan på Akutmottagning för multisjuk patient	Strålbehandlingsprocess
Övervakning av patient med frågeställning allvarlig diagnos	Ombyggnation av neonatalavdelning
Fördröjd behandling av djup ventrombos och lungemboli	
Pat avlider under ambulanstransport	
Omhändertagande av våldsam patient	
Flerskadelarm	
Försenad transport av sjukt barn	
Sövning av sectio	
Akut sectio med postoperativ cirkulationschock	
Totalt 9	Totalt 2

Händelseanalyser har till största delen förbehållits komplexa verksamhetsöverskridande händelser. Det har varit svårt att frigöra analysledare från sina ordinarie uppgifter varför begäran om händelseanalys i vissa fall fått hänvisas till internutredning i verksamheten. Det kan till stor del förklaras med analysledarbrist. Under 2019 har färre riskanalyser genomförts jämfört med föregående år.

Resultat punktprevalensmätningar (PPM)

Försiktighet får som alltid iaktas i tolkning av resultaten från PPM-mätningar då det är ögonblicksbilder med relativt små underlag.

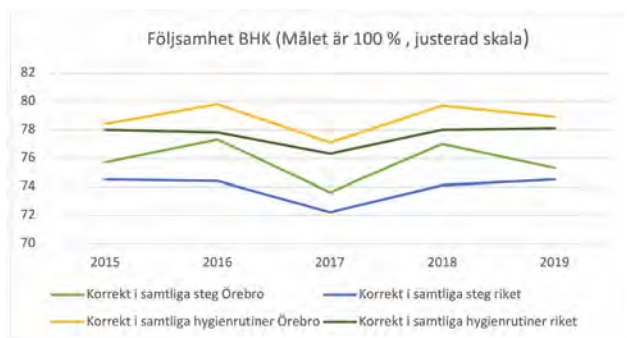
Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Målet nationellt är att < 5 % av patienterna ska drabbas av en vårdrelaterad infektion.

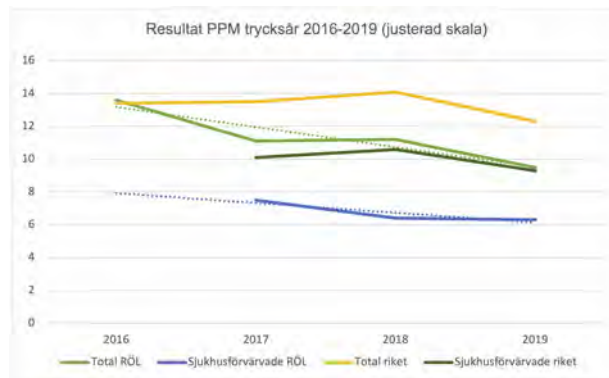


Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

PPM- BHK/VRI mätningar genomförs två gånger per år inom Region Örebro län. Vårens mätning initieras av SKL och höstens mätning initieras av Region Örebro län via Vårdhygien. Diskussioner förs tillsammans med områdenas kvalitetsansvariga om hur resultatet från mätningarna kan användas för förbättringsarbete



Trycksår



Nationella mätningen 2019 visar att en andel på 12,3 procent av alla patienter vårdade på sjukhus hade ett eller flera trycksår.



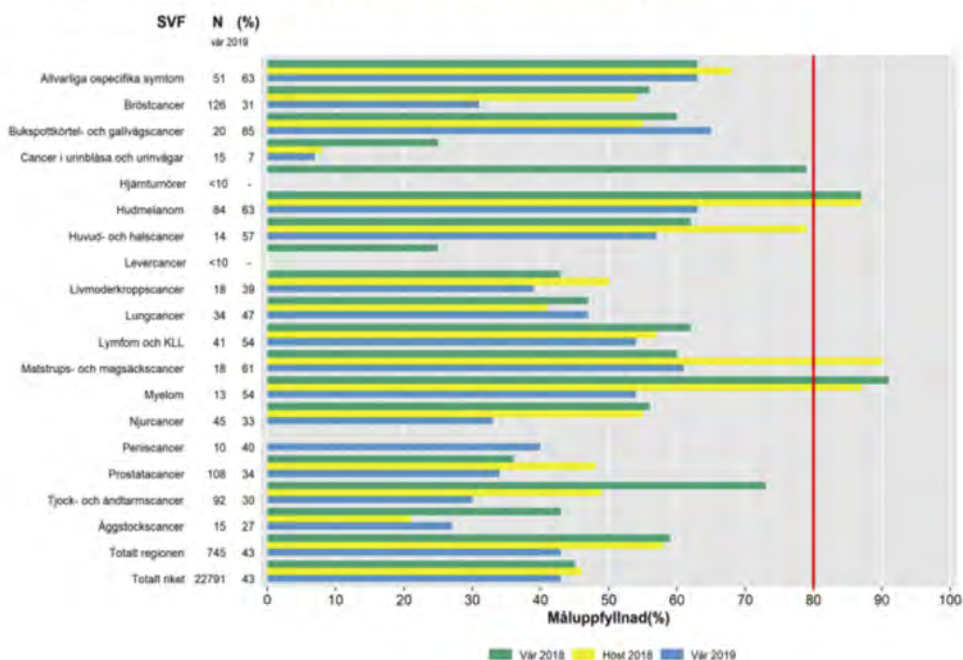
I denna mer detaljerade bild framgår utfallet av de mer allvarliga trycksåren (kategori 2-4).

Inom HS-förvaltningen i Örebro län genomförs PPM 2 ggr/år och årets sista mätning visar en andel på 9,8 % vilket är positivt och klart under riksgenomsnittet. Även andelen sjukhusförvärvade trycksår har minskat vilket indikerar att arbetet med tidig hudbedömning och dokumentation sker mer frekvent.

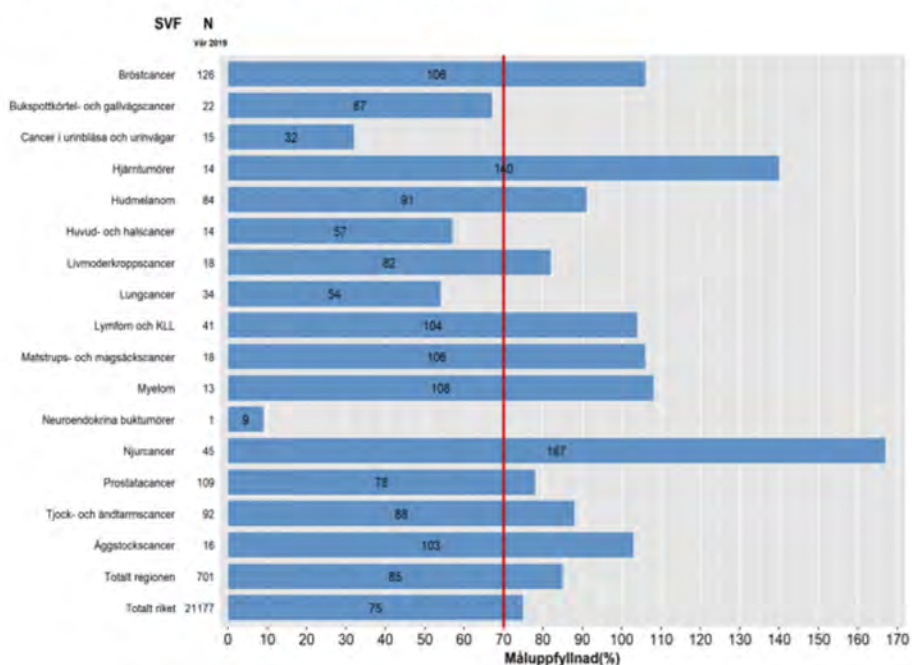
Resultat SVF

Patienter med välgrundad misstanke om malignitet ska erbjudas utredning och behandlingsstart inom SVF i en fastställd tidsram. Det nationella målet är att 80 procent av patienterna ska utredas inom maximal ledtid och 70 procent av nydiagnostiserade patienter med cancer ska utredas via SVF.

Andel patienter inom ledtiden – 80-procentsmålet



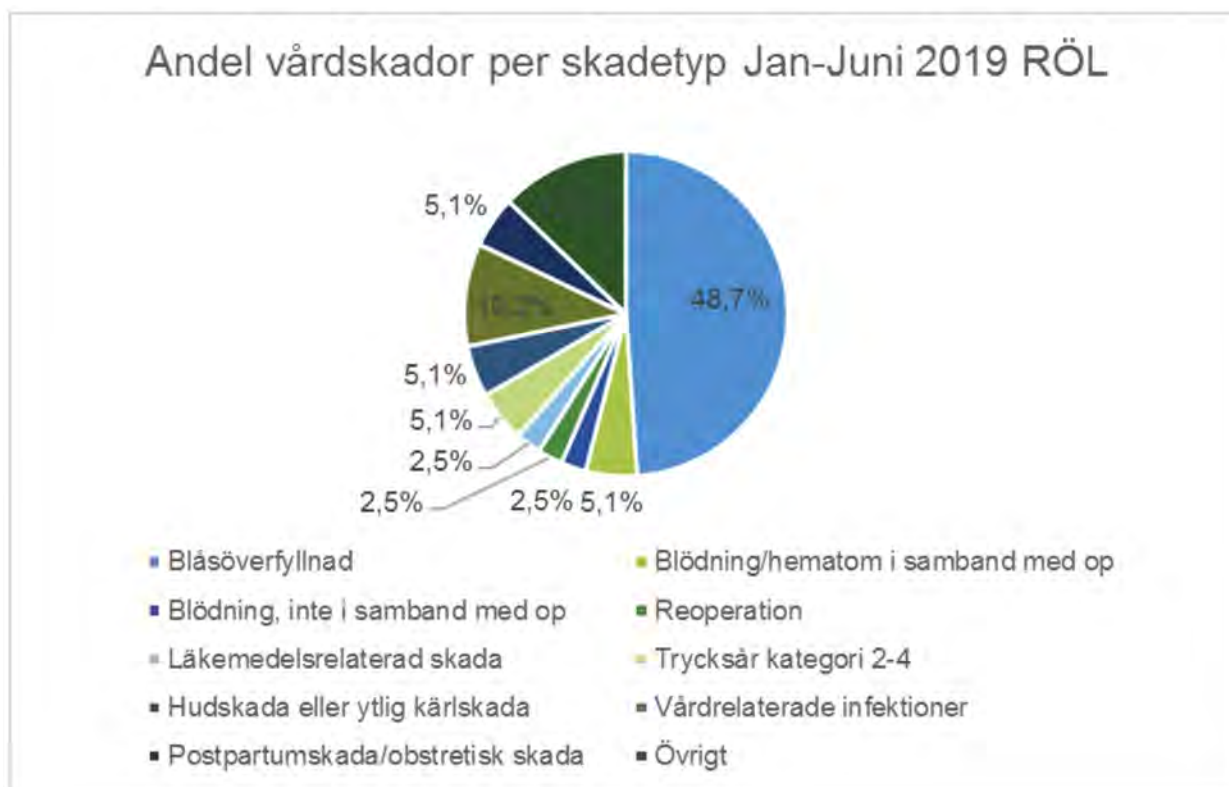
Andel inkluderade patienter – 70-procentsmålet



Utvecklingen av ledtiderna visar ingen förbättring utan generellt visar de på en tydlig försämring under året. Även i nationell jämförelse är regionens ledtider bland de som försämrats mest. Verksamheterna anger framförallt brist på mottagningstider till specialist, långa svarstider för patologprover och operationstider som orsaker till de försämrade ledtiderna.

Markörbaserad journalgranskning

Metoden är framtagen av SKR och används för att mäta förekomsten av skador i vården.



Blåsöverfyllnad är den klart mest frekventa vårdskadan som upptäckts i samband med MJG. De vanligaste upptäckta vårdskadorna med MJG är blåsöverfyllnad (>500 ml i blåsan) och vårdrelaterade infektioner. Under första halvåret 2019 har blåsöverfyllnader ökat och vårdrelaterade infektioner som minskat något.

De flesta detekterade vårdskadorna har allvarlighetsgraden temporär skada som krävde vård/åtgärd. Utmaningen med MJG är att resultatet av granskningen kommer till nytta. En ökad återkoppling till verksamheterna har skett 2019, men responsen varierar.

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter (antal/ 100 vpl)



Utlokalisering av patienter innebär särskilda risker för vårdskador. Inom HS har därför stort fokus lagts på arbetet med vårdplatser samt överbeläggning kontra utlokalisering. Strukturerade vårdplatsmöten, i frekvens tätare vid behov, har fortgått under hela året med veckoansvarig verksamhetschef.



Vårdkoordinatorerna har en mycket viktig roll i överblicken över vårdplatsläget och då i nära samarbete med verksamheterna. Ett inriktat arbete med att hellre lägga in patienter som överbeläggningar på egen klinik än som utlokaliserade på annan har bedrivits i verksamheterna.

Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle, somatisk vård



Antalet utskrivningsklara dygn har minskat något jämfört med förra året trots att ett par kommuner under kortare perioder haft problem att ta hem utskrivningsklara. Fast vårdkontakt med samordningsansvar utses till nästan alla personer i somatisk vård. Andel oplanerade återinskrivningar har inte förändrats i någon högre grad sedan ny lag infördes.

Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle, psykiatrisk vård



Fortsatt stabilt låga värden i genomsnitt. Enstaka vårdtillfällen har långa vårdtider som utskrivningsklara. För fast vårdkontakt med samordningsansvar har värdet inom psykiatri minskat under hösten.

Mål och strategier för kommande år

Ur förordet till Region Örebro läns verksamhetsplan 2020 framgår att invånarna i Örebro län ska möta en nära, tillgänglig och effektiv vård. Hälso- och sjukvården i Örebro län ska främja hälsa, förebygga sjukdom och ge god och patientsäker vård på lika villkor, med nollvision för vårdskador.

Ur Socialstyrelsen remiss **Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024** kan följande hämtas:

Visionen för den nationella handlingsplanen:

God och säker vård – Överallt och alltid.

Övergripande mål:

Ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada.

Både visionen och det övergripande målet är formulerade för att betona en bred ansats i säkerhetsarbetet, vilket både inkluderar perspektiven; frånvaro av skador och närvaro av säkerhet. Det signalerar dessutom att alla verksamhetsområden berörs – i alla situationer, i hela hälso- och sjukvården inklusive tandvården. Syftet med handlingsplanen är att regeringen ser behov av en nationell kraftsamling för att stärka huvudmännens arbete med det systematiska patientsäkerhetsarbetet och förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Handlingsplanen ska kunna användas av regioner och kommuner för att genom regionala handlingsplaner etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet.

Med dessa utgångslägen stärks följande mål och strategier.

- **Kompetens och bemötande i vårdkontakten.** Samma regelverk, samma skyldigheter och ansvar föreligger även för egen personal, men utifrån frekventa avvikelser krävs skärpt kontroll av hyrläkare. Verksamhetschefen har alltid fullt ansvar oavsett anställningsform.
- **Antibiotikaronder.** Fortsatt planering med sikte på ett breddinförande på samtliga tre sjukhus i regionen. Nya utbildningstillfällen för "Antibiotikasmarta sjuksköterskor". Återupptagande av "sit-ins" inom primärvården med stöd av Primärvårdskvalité.
- **Risk-och händelseanalyser.** Att få till stånd en robust organisation för risk-och händelseanalyser är avgörande, så att analys i ett tidigt skede efter en allvarlig händelse kan påbörjas och slutföras, för lärande och förbättringsåtgärder.
- **Läkemedelsbehandling.** Fortsatt arbete utifrån ansvar och avvikelser med läkemedelsgenomgång, rimlighetsbedömning, hantering och uppdatering av läkemedelslista.
- **Utskrivningsrutiner och SIP.** Utbildningsinsatser gällande SIP planeras vid regionens KTC samt förbättring av rutiner för bedömning av preliminärt utskrivningsdatum.
- **Informationsöverföring.** Korrekt dokumentation enligt policy, säker överrapportering och kommunikation enligt SBAR.
- **Säkra patienttransporter.** Såväl medicinskt som omvårdnadsmässigt säkra transporter inom sjukhusen och överflyttningar mellan sjukhusen baserat på kompetens och samverkan.
- **Beredskap runt allvarliga händelser.** Återkommande övningar och test av åtgärdsplaner på lokal och regional nivå för särskild sjukvårdsledning.
- **Patientsäkerhetsronder.** Utökad systematisk uppföljning i närvaro av områdeschef för återföring och säkerställande av åtgärder.
- **Anmälningsskyldigheter.** Internutredningar vid lex Maria **ska ske i tid**. Anmälan enligt Patientsäkerhetslagen 3 kap.7 § av legitimerad HS-personal **ska ske snarast**. Orosanmälan för barn som far illa enligt Socialtjänstlagen 14 kap. **ska ske snarast**.

Bilaga 1

Tabell 1
Identifierade och värderade risker utifrån IK-plan

Nr	Risk	Krav	Beskrivning av konsekvens	Risikoäng	Hantering	Period	Beskrivning av bakomliggande orsaker till risken	Åtgärd
1	Risken att anmälningskyldigheten enligt PSL avseende legitimerad yrkesutövare inte efterlevs. ➤	c)	Kan leda till patientsäkerhetsrisker i vården.	6	Reducera	Ingångsvärde 2020	Brister i kunskap och ansvarstagande hos chefer på olika nivåer. Rädsla och bristande medarbetarskap.	Implementera ny riktlinje "Legitimerad personal som utgör risk för patientsäkerheten". ➤ + Åtgärd
2	Risken att klagomål och synpunkter inte tas tillvara och att patientdelaktigheten inte stärks.	c)	Kan leda till att viktiga områden för förbättring förbises och kan leda till att förtroendet för vården inte stärks.	4	Bevaka	Ingångsvärde 2020	Bristande uppföljning och analys av klagomål för verkställighet.	Systematisk aggregering och analys av klagomål/synpunkter och åtgärder. ➤ + Åtgärd
3	Risk för överanvändning av antibiotika och bestående nivå av VRI.	c)	Kan leda till antibiotikaresistens och även förlängda vårdtider/vårdskador p.g.a. VRI.	9	Reducera	Ingångsvärde 2020	Bristande följsamhet till rekommendationer för antibiotikabehandling, riktlinjer för vårdhygien.	Uppföljning av resultat från infektionsverktyget PPM-VRI/BHK och M.JG. ➤ + Åtgärd
4	Risken att händelseanalyser inte utförs, fördröjs och inte håller god kvalitet. ➤	c)	Kan leda till att undvikbara negativa händelser kan ske igen. Kan leda till att adekvata åtgärder inte vidtas.	6	Bevaka	Ingångsvärde 2020	Brist på analysledare. Resursfråga	Utforma analysledare, utveckla och anpassa organisationen. ➤ + Åtgärd
5	Risken att avvikelser inte rapporteras, hanteras inom verksamheten och förs vidare vid behov. ➤	c)	Kan leda till att undvikbara negativa händelser kan ske igen. Kan leda till att adekvata åtgärder inte vidtas.	9	Bevaka	Ingångsvärde 2020	Bristande kompetens och förståelse av egenkontroll	Information om skyldighet, som ett led i systematiskt förbättringsarbete. ➤

Tabell 2
Egenkontroller inom HS-förvaltning

Mätning/ uppföljning	Omfattning och frekvens	Källa	Kommunikation av resultatet
Basala hygienrutiner och klädrutiner (BHK)	Nationell mätning en gång per år Lokal mätning en gång per år, oftare utifrån behov	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)/ PPM-databasen Region Örebro län	Resultatet från nationell och lokal mätning ses direkt i databasen och återförs Hygienombudsträffar
Vårdrelaterade infektioner	Nationell mätning en gång per år Lokal mätning en gång per år	SKL/ PPM-databasen Region Örebro län	Resultatet från nationell och lokal mätning ses direkt i databasen och återförs
Trycksår	Nationell mätning, landstingsgemensam mätning två gånger per år och lokala mätningar varje månad inom delar av somatisk slutenvård	SKL/ PPM-databasen Region Örebro län	Resultatet från nationell och lokal mätning ses direkt i databasen och återförs
Antibiotikaförskrivning	Kvartalsvis	Folkhälsomyndigheten	Smittskyddsläkaren rapporterar till lokala Stramagruppen
Infektionsverktyget	Kvartalsvis	Region Örebro län	Controller i varje område skickar ut till verksamhetschefer för återföring/ analys
Hygienronder	Löpande	Verksamheter HS, kommuner	Protokoll redovisas till verksamhetschef och chefläkare för återföring/ analys
Avvikelse lokalt	Antal och karaktär följs löpande	Avvikelsehanteringssystem	Avvikelseansvariga Verksamhetschef/ chefläkare
Avvikelse övergripande	1 gg/mån	Avvikelsehanteringssystem	Patientsäkerhetscontroller/ chefläkare
Klagomål och synpunkter	Antal följs löpande Sammanställning månadsvis	Rutin för klagomålshantering Region Örebro län	Verksamhetschefer Områdeschefer Patientsäkerhetscontroller Chefläkare
Risk-och händelseanalyser	Antal analyser följs löpande	Internt register/Nitha	Kompetensgrupp Chefläkare
Allvarliga vårdskador och anmälningsskyldighet	Regelbunden avstämning och uppföljning var 3:e vecka	Chefläkargrupp Verksamhetschefer	Områdeschef Förvaltningsövergripande Chefläkare Delårsrapport
Överbeläggningar av patienter och Utlokaliserade patienter	Antal följs dagligen per sjukhus inom somatisk och psykiatrisk slutenvård	SKL och Regionens datalager	Ledningsgrupper Rapporter och analys
Patientsäkerhetsrund	1 gg/år	Verksamheter HS	Protokoll redovisas av verksamhetschef till chefläkare för uppföljning och dialog Patientsäkerhetsberättelse

Tabell 3**Exempel på olika typer av egenkontroller i verksamheterna**

Kvalitet	<p>Kontroll av hyrläkare på verksamhetsnivå enligt rutin "Hyrläkare inom Hälsoval Region Örebro län"</p> <p>Analysering av verksamhet via Uppföljningsportal och "Medrave"</p> <p>Uppföljning av diktateftersläpning samt telefontillgänglighet</p> <p>Journalgranskning av olika diagnosgrupper</p> <p>Återkoppling från informationsläkare (LMC) kring medicinföreskrivning</p> <p>Kontroll och uppföljning från Hälsovalsenheten - enligt Krav- och kvalitetsboken</p> <p>Upprättade SIP-planer</p> <p>Kvalitetsregisterdata för olika diagnoser och typer av ingrepp</p> <p>Genomgång av Patientnämndsärenden</p> <p>Internkontroller vid provanalysarbete, vertikal och horisontell internrevision</p> <p>Uppföljning av att journaler signeras i tid</p> <p>Daglig kontroll av medicinsk teknisk utrustning</p> <p>Regelbunden kontroll av väntelistor</p> <p>Läkarstudenter som utför sin kandidat eller magisteruppsats ofta med syfte att kvalitetsgranska behandlings- och operationsresultat</p>
Patientsäkerhet	<p>Patientsäkerhetsronder och avvikelsehandläggarrträffar</p> <p>Genomgång av SVF flöden</p> <p>Risk klassificering av patienter på förlossning</p> <p>Triagering på avdelning/mottagning av akuta patienter</p> <p>Kontroll av läkemedelshantering på verksamhets- och övergripande nivå</p>



Tillsammans skapar vi ett bättre liv

5

Initiering av upphandling av hyrläkare

20RS673

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Katrin Pöntynen Boström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS673

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Initiering av upphandling av hyrläkare

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera upphandling av hyrläkare.

Sammanfattning

För att klara bemanningen har hälso- och sjukvården ett fortsatt behov av att kunna ta in hyrläkare för att kunna möta behoven av vård.

Region Örebro län arbetar aktivt för att minska beroendet av hyrläkare och för att ha en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare. Pågående arbete och strategier kring detta ska fortsätta. Med oberoende menas att verksamheterna hyr in personal enbart när det finns särskilda skäl från ett effektivitets- och kvalitetsssyfte.

Ett nationellt mål finns att kostnaden för hyrpersonal ska ner till en nivå som motsvarar 2% av den totala personalkostnaden för hälso- och sjukvårdspersonal. Region Örebro län låg vid senaste mätningen på 2,9% som i en jämförelse är ett förhållandevis bra resultat. Region Örebro län hyr endast in läkare medan många övriga regioner även hyr in sjuksköterskor, en grupp som alltså ökar i flera regioner.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha påverkan på miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Det ekonomiska utfallet när det gäller hyrläkare påverkas av i vilken utsträckning regionen kan klara att kompetensförsörja med ordinarie personal.

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälsa- och sjukvård, Katrin Pöntynen Boström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS673

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden den 26 februari 2020.

Initiering av upphandling.

Diagram hyrläkare 2019 jämfört mot tidigare.

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Initiering av Upphandlingsuppdrag, Dnr

Undertecknas av uppdragsgivare som enligt delegation* har rätt att initiera upphandling.

Syfte med upphandlingen

Nuvarande avtal löper ut <input type="checkbox"/>	Nytt avtal <input type="checkbox"/>			
Kortfattad beskrivning och omfattning av vad som ska upphandlas:				
Upphandlingens värde Uppskattad inköpsvolym per år <input type="checkbox"/> eller totalt för hela avtalsperioden <input type="checkbox"/>	Önskad avtalsstart – datum			
Ekonomiska medel tas ur (gäller främst medicintekniska upphandlingar)				
Beviljad investeringsram <input type="checkbox"/>	Driftbudget <input type="checkbox"/>	År	Belopp	Övrigt

Verksamhetens kontaktperson och referensgrupp

Kontaktperson för upphandlingen – för- och efternamn	Telefon
E-post	Förvaltning/Enhet/Avdelning
Referensgrupp - ange personer som ska ingå i referensgruppen med namn, e-postadress och enhet	

Beslut initiering av upphandling

Uppdragsgivaren garanterar härmed att beslut om anskaffning eller upphandlingens genomförande fattats enligt gällande delegationsordning samt att ekonomiska medel säkerställts för detta.		
Uppdragsgivare – förnamn och efternamn	Telefon	E-post
Befattning	Förvaltning/Enhet/Avdelning	
Undertecknande	Datum	

* **Rätten att initiera upphandling framgår av delegationsordningen.**

För upphandling som beslutas av Regionstyrelsen

< 5 miljoner: Förvaltningschef

5-10 miljoner: Regiondirektör

> 10 miljoner: Politiskt beslut

För upphandling som beslutas av annan nämnd

< 5 miljoner: Förvaltningschef

> 5 miljoner: Politiskt beslut

Ifyllt och undertecknat uppdrag skickas till:

Medicinsk Teknik (medicintekniska upphandlingar)

Via internpost: Medicinsk teknik, F-huset, USÖ märkt "MT-upphandling"

Regionservice upphandling (övrigt)

Via e-post: upphandling@regionorebrolan.se

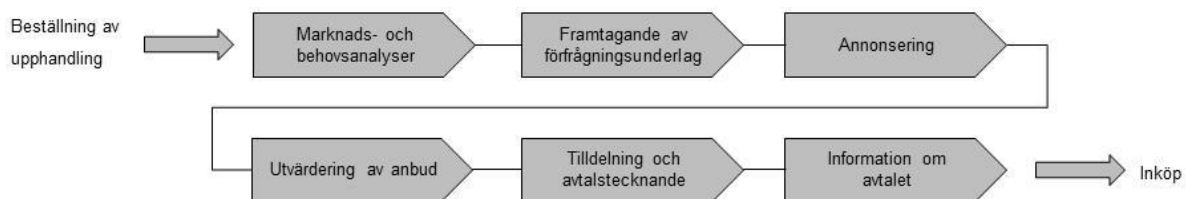
Förklaring och information

Om initieringsblanketten

Syftet med blanketten är att säkerställa att behörig person initierar en upphandling. Blanketten ger även ansvarig upphandlare viktig information om t.ex. vad som ska upphandlas, när upphandlingen ska ske och vilka från verksamheten som ska vara delaktig i upphandlingen. Utan dessa fakta kan inte upphandlaren starta arbetet med upphandlingen.

Om upphandlingsprocessen

En upphandling är en process där man på förhand bestämmer vad, hur och när en vara eller tjänst ska köpas. Materialet sammanställs i ett förfrågningsunderlag som sedan offentliggörs. Det är sedan upp till alla leverantörer som vill, att skicka in anbud. Efter utvärdering av anbud tilldelar sedan Region Örebro län till den leverantör/er som bäst uppfyller de krav som ställts i förfrågningsunderlaget.



Tiden för att genomföra en upphandling varierar beroende på vad som ska upphandlas. Tidsintervallet brukar vara mellan 4-12 månader.

För att kunna planera in och genomföra upphandlingen till det datum som verksamheten vill nyttja varan/tjänsten behöver således beställningen inkomma i god tid.

Om ansvar och roller i upphandlingen

För att genomföra en upphandling och säkerställa att verksamhetens krav och behov tillvaratas behövs både upphandlarkompetens och kompetens från berörd verksamhet.

Uppdragsgivare:

- Ansvarar för att initiera upphandlingen
- Ansvarar för att utse kontaktperson och referensgruppsmedlemmar till upphandlingen
- Ansvarar oftast för att skriva på avtalet

Upphandlare:

- Huvudansvarig för upphandling
- Ansvarar för att lagar och regler gällande upphandling följs
- Ansvarar för att alla formella aktiviteter i upphandlingen utförs
- Ansvarar för att sammanställa allt material under upphandlingen

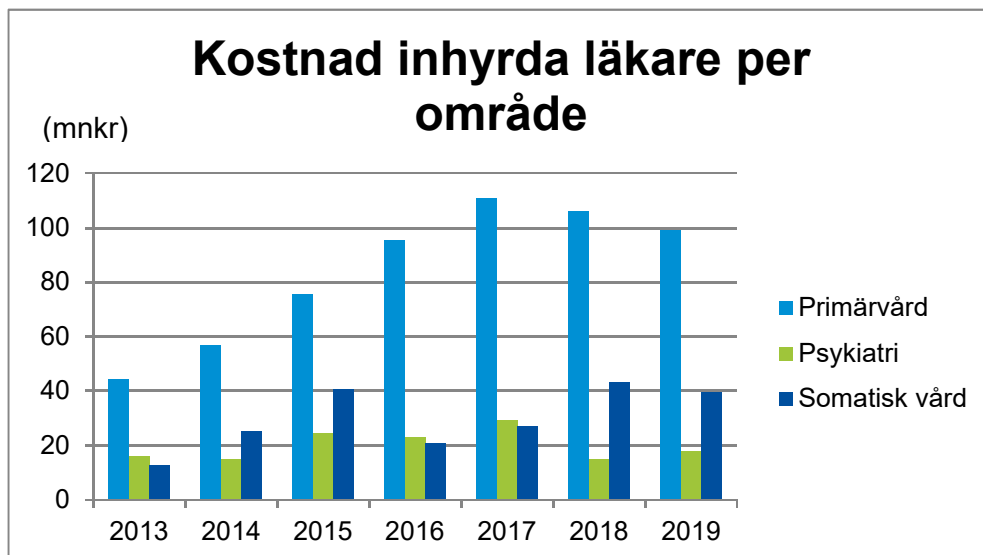
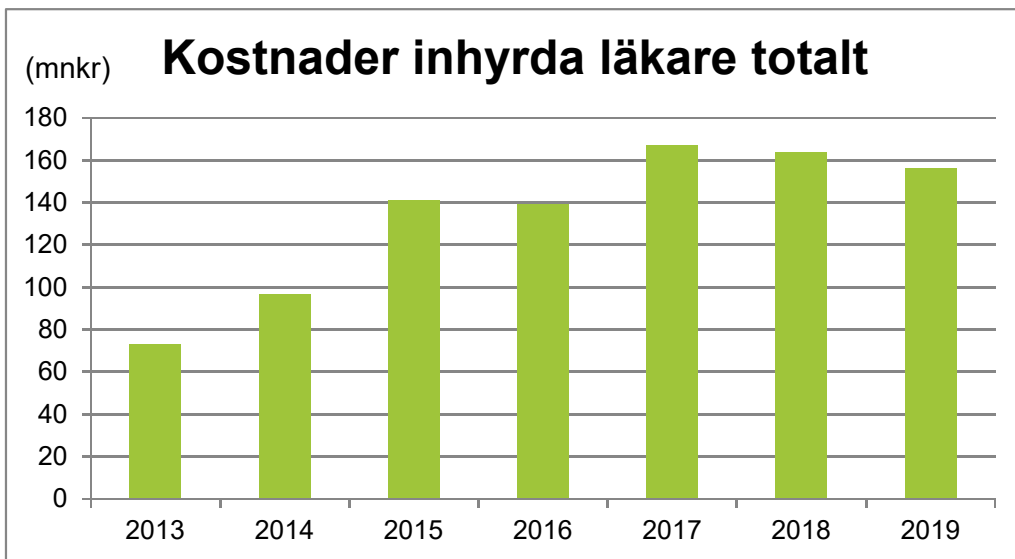
Kontaktperson:

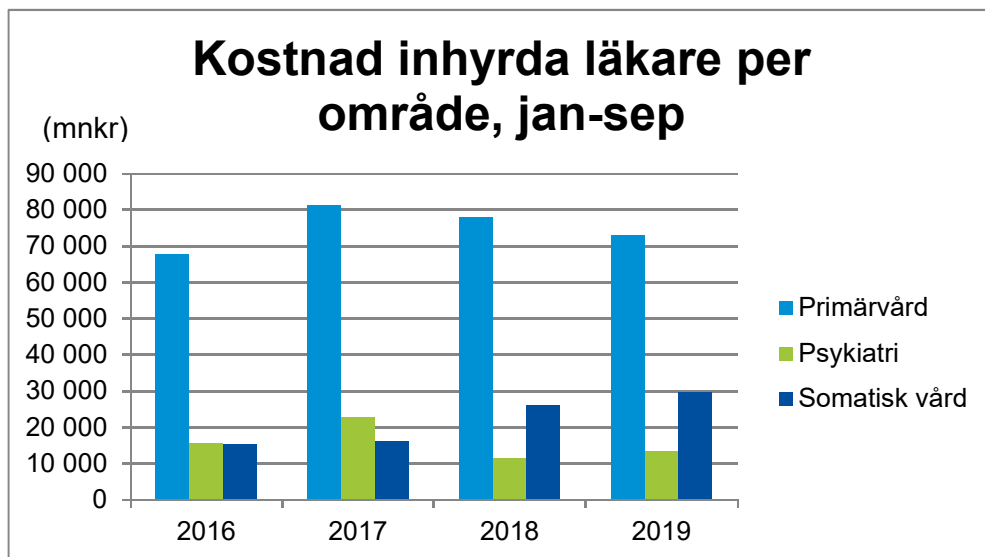
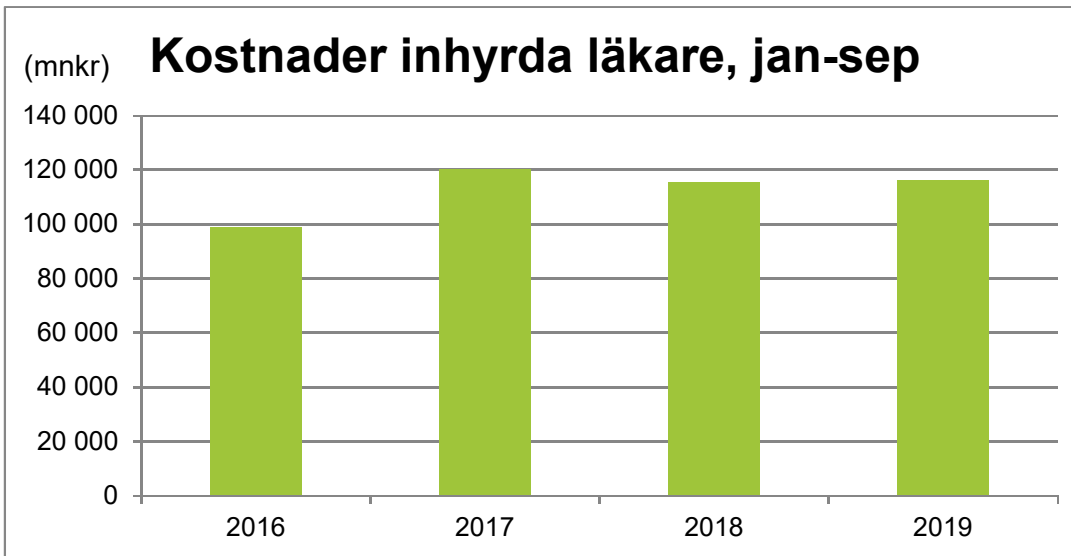
- Huvudansvarig från verksamheten i upphandlingen
- Ansvarar för samordning av referensgruppen
- I övrigt samma ansvar som en referensgruppsmedlem

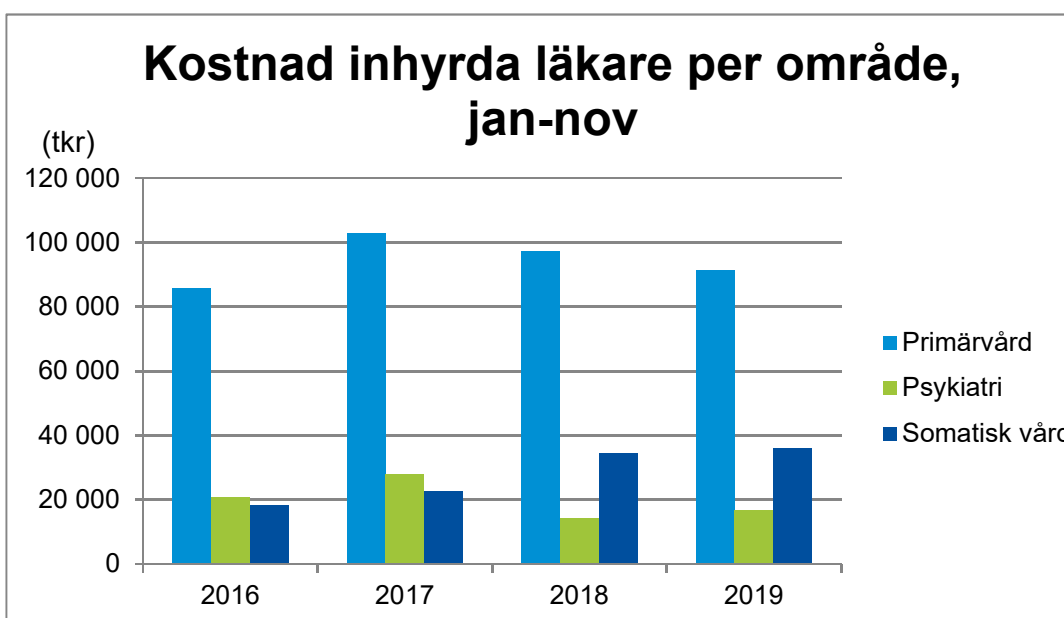
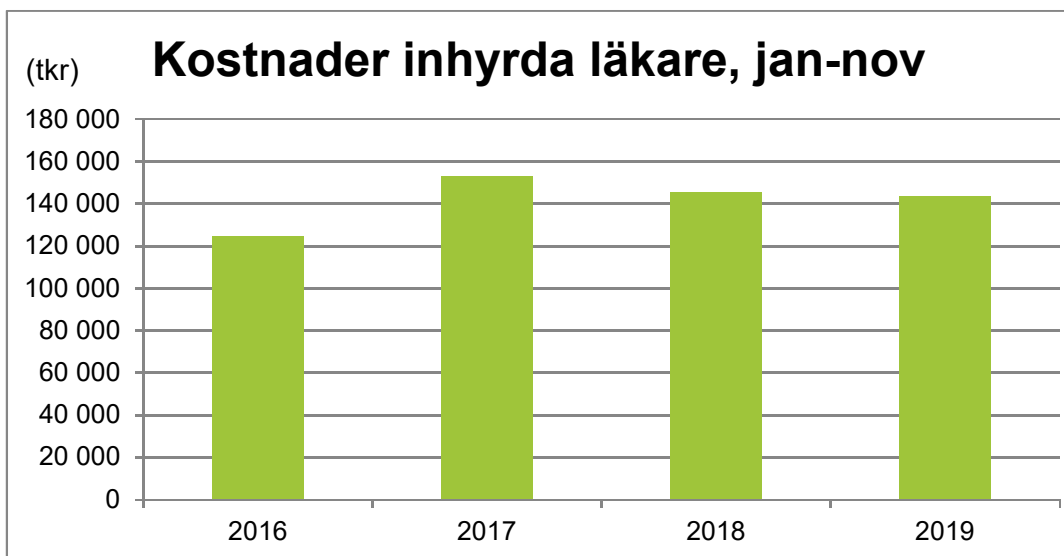
Referensgruppsmedlem:

- Ansvarar för att medverka på leverantörsträffar och dylikt innan upphandlingen påbörjas
- Ansvarar för att ta fram kravspecifikation på den vara/tjänst som ska upphandlas
- Ansvarar för att specifika lagar och regler från verksamheten beaktas i upphandlingen
- Ansvarar för att delta i utvärdering av anbud
- Ansvarar för att informera och utbilda andra i verksamheten om avtalet

Både kontaktperson och medlemmar i referensgruppen måste således kunna avsätta del av sin arbetstid för att arbeta med upphandlingen.







6

Svar på remiss om screening för X-ALD (X-bunden adrenoleukodystrofi)

19RS9424

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Katrin Pöntynen Boström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 19RS9424

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Svar på remiss om screening för X-ALD (X-bunden adrenoleukodystrofi)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Region Örebro län har på remiss fått Socialstyrelsens rekommendation och bedömningsunderlag om screening för X-ALD (X-bunden adrenoleukodystrofi).

Socialstyrelsens bedömning har gjorts enligt den nationella modell som finns för att bedöma screeningprogram.

Att screena för X-ALD innebär att ytterligare ett test inkluderas för nyfödda pojkar i den befintliga och väletablerade PKU-screeningen som sker på nyfödda.

Region Örebro län ställer sig bakom Socialstyrelsens rekommendation och bedömningsunderlag.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Införande av screening innebär att upp till två pojkar per år får chansen att överleva den annars dödliga sjukdomen.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 26 februari 2020.

Svar på remiss

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Katrin Pöntynen Boström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 19RS9424

Socialstyrelsens rekommendation och bedömningsunderlag

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:
Socialstyrelsen



Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Katrin Pöntynen Boström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

Beteckning
Dnr: 19RS9424

Er beteckning

Socialstyrelsen, Avdelningen för kunskapsstyrning för
hälso- och sjukvården, Nationelle riktlinjer och
screening

106 30 Stockholm

Svar på remissen Screening för X-ALD (x-bunden adrenoleukodystrofi) för nyfödda pojkar

Region Örebro län har inbjudits att lämna synpunkter på Socialstyrelsens rekommendation och bedömningsunderlag om screening för X-ALD.

Region Örebro lämnar följande synpunkter:

Region Örebro län ställer sig bakom Socialstyrelsen rekommendation och bedömningsunderlag.

Region Örebro läns anser dock att underlaget behöver kompletteras så att det finns uppgift om hur många "falskt positiva" provsvar som kan fås vid screeningtestet. Det vill säga hur många föräldrar riskerar att bli oroade i onödan? Vid förhöjda nivåer på testet finns möjligheten att man kan ha en annan diagnos, Zellwegers syndrom, men regionens bedömer att det inte vara ett problem då även det kan innebära ett svårt sjukt barn.

När det gäller planen för uppföljning av barnen så är det regionens bedömning att den är tillfredställande och att uppföljningsplanen kommer att förbättra vården och livskvaliteten för patienter med denna diagnos.

För Region Örebro län

Karin Sundin
Ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Från: [ScreeningXALD](#)
Till: [Stockholms läns landsting](#); region.uppsala@region uppsala.se; [Landstinget Sörmland](#); region@regionostergotland.se; regionen@rjl.se; region@kronoberg.se; [Landstinget i Kalmar län](#); regiongotland@gotland.se; [Landstinget Blekinge](#); [Region Skåne](#); regionen@regionhalland.se; post@vgregion.se; [Landstinget i Värmland](#); [Region Örebro län](#); region@regionvastmanland.se; [Landstinget Dalarna](#); rg@regiongavleborg.se; [Landstinget Västernorrland](#); region@regionjh.se; [Västerbottens läns landsting](#); regionnorrboten@norrboten.se
Ärende: Remiss från Socialstyrelsen - screening för X-ALD för nyfödda pojkar
Datum: den 15 november 2019 14:15:42

Hej!

Nu finns Socialstyrelsens rekommendation och bedömningsunderlag om screening för X-ALD att ladda ner/beställa här: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-screeningprogram/remissversioner/x-bunden-adrenoleukodystrofi-x-ald/>

Det här är en remissversion av rekommendationen. Det är en öppen remiss vilket innebär att alla som vill lämna synpunkter är välkomna att göra det fram till den 28 februari 2020 via e-post till screeningxald@socialstyrelsen.se

Inkomna synpunkter beaktas innan Socialstyrelsen tar ställning till slutlig rekommendation. Publicering av slutlig rekommendation är planerad till sommaren 2020.

Med vänlig hälsning,

*Med vänlig hälsning
Lina Keller*

Lina Keller

Med dr, projektledare
075-247 42 88

SOCIALSTYRELSEN

Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården
Nationella riktlinjer och screening
106 30 Stockholm
Växel 075-247 30 00
www.socialstyrelsen.se

Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg

[Läs om hur vi hanterar dina personuppgifter](#)

Screening för X-bunden adrenoleukodystrofi (X-ALD)

Rekommendation och bedömningsunderlag
Remissversion

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2019-11-6427
Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2019

Förord

I denna rapport ger Socialstyrelsen en rekommendation om ett nationellt screeningprogram för X-ALD. Syftet med screeningen är att ge alla barn med sjukdomen samma möjlighet till tidig upptäckt och behandling.

Målet med en rekommendation på nationell nivå är att främja en god och jämlik vård. Rekommendationen riktar sig till beslutsfattare, verksamhetsledningar och yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens rekommendationer om screeningprogram utgår från myndighetens modell för nationella screeningprogram.

Det här är en remissversion av rekommendationen om ett nationellt screeningprogram för X-ALD. Det går att lämna synpunkter på remissversionen fram till 28 februari 2020. Socialstyrelsen kommer att beakta de inkomna svaren inför den slutliga versionen av rekommendationen, som beräknas publiceras sommaren 2020.

Projektledare för utredningen på Socialstyrelsen har varit Lina Keller och ansvarig enhetschef Mattias Fredricson. Socialstyrelsen vill tacka det nationella screeningrådet, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Socialstyrelsens etiska råd samt sakkunniga och experter som har deltagit i detta arbete med stort kunnande och engagemang.

Thomas Lindén

Avdelningschef

Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Den allvarligaste formen av X-ALD kräver tidig behandling	9
Screening kan upptäcka pojkar med den allvarligaste formen	9
Screening har införts i några länder	10
Bidrag till FN:s Agenda 2030	10
Rekommendation om screeningprogram.....	11
Motivering till rekommendationen.....	11
Konsekvenser av rekommendationen	12
Screeningprogrammets utformning	12
Bedömning av screeningprogrammet	14
Referenser	32
Projektorganisation.....	33
Förteckning över externa bilagor	37

Sammanfattning

Tidig upptäckt av X-ALD möjliggör behandling

Socialstyrelsen rekommenderar hälso- och sjukvården att erbjuda screening för X-bunden adrenoleukodystrofi (X-ALD) hos nyfödda pojkar. Tack vare screeningen kan de som drabbas av den allvarligaste formen av X-ALD behandlas med stamcellstransplantation i ett tidigt skede av sjukdomen.

Den allvarligaste formen av X-ALD påverkar hjärnan och drabbar enbart pojkar. De kan i den inledande fasen få koncentrationssvårigheter och problem med minnet, och när sjukdomen gradvis utvecklas försämras många av kroppens viktiga funktioner, bland annat synen och hörseln. Medelåldern för sjukdomsdebut är cirka 7 år, och utan tidig behandling dör barnen vanligen några år efter de första symtomen.

Socialstyrelsen bedömer sammantaget att screeningens hälsovinster överväger de negativa effekterna. Screeningen beräknas också vara kostnads-effektiv. Förslaget som bedömts innebär att screeningen skulle bli en del av screeningen med PKU-provet, som redan erbjuds alla nyfödda barn i Sverige. Därmed krävs inga extra resurser för provtagning.

Alla behöver inte behandlas

I screeningen upptäcks de nyfödda pojkar som har anlag för X-ALD. Sjukdomen finns dock i flera former, med olika allvarlighetsgrad. Det går inte att förutsäga vilka nyfödda pojkar med anlag för X-ALD som kommer att utveckla den allvarligaste formen och behöva en stamcellstransplantation.

Därför behöver alla anlagsbärande pojkar delta i ett uppföljningsprogram, trots att det kan innebära oro och stress för barnen och deras familjer. Då kan hälso- och sjukvården med hjälp av magnetkameraundersökning upptäcka om barnets hjärna har börjat påverkas av sjukdomen, och i så fall skyndsamt förbereda en transplantation. Flera studier visar att denna undersökningsmetod är tillförlitlig, liksom att transplantation i ett tidigt skede av sjukdomen förbättrar prognosen betydligt för de drabbade barnen.

Personer med anlag för X-ALD får också ofta en funktionsnedsättning i binjurebarken. Det kan ge brist på kortisol, vilket kan orsaka livshotande tillstånd. Symtom på kortisolbrist är svagheter i muskulaturen, trötthet, illamående och ibland ökad hudpigmentering. Stamcellstransplantation hjälper inte mot detta, utan personerna behöver behandling med hydrokortison. Även denna behandling följs i uppföljningsprogrammet.

Screeningen kan upptäcka 3–4 barn per år

Socialstyrelsen uppskattar att 3–4 pojkar med anlag för X-ALD skulle upptäckas per år i screeningen, varav upp till 2 skulle drabbas av den

allvarligaste sjukdomsformen. I dag finns dock ingen randomiserad kontrollerad studie (RCT) som visar att screening minskar dödligheten och funktionsnedsättningarna hos de drabbade – av praktiska och etiska skäl går det inte att utföra sådana studier. Det finns inte heller data för antal anlagsbärare eller sjukdomsdrabbade i Sverige i dag. Socialstyrelsens uppskattning av förekomsten utgår från screeningprogrammet för X-ALD i New York som pågått sedan 2013.

Inledning

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen en rekommendation om ett nationellt screeningprogram för X-bunden adrenoleukodystrofi (X-ALD). Rapporten redogör också för den bedömning som rekommendationen bygger på, och som utgår från Socialstyrelsens modell för nationella screeningprogram. Modellen finns utförligt beskriven i rapporten *Nationella screeningprogram – modell för bedömning, införande och uppföljning* [1]. Sedan 2019 är modellen uppdaterad, men denna bedömning och rekommendation bygger på versionen från 2014.

Den allvarligaste formen av X-ALD kräver tidig behandling

X-ALD är en medfödd ämnesomsättningssjukdom som främst drabbar pojkar. Sjukdomen yttrar sig mycket olika hos olika individer, och har varierande allvarlighetsgrad. Den allvarligaste formen, kallad den klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD, drabbar enbart pojkar. De får svåra funktionsnedsättningar och dör vanligen 2–4 år efter de första kliniska symtomen. Tidigt i sjukdomsförloppet får pojkarna ofta koncentrations-svårigheter och problem med minne och inläring, för att sedan gradvis förlora viktiga funktioner, såsom syn och hörsel. Flickor med anlag för X-ALD kan i stället få mildare symtom på en icke-inflammatorisk sjukdom senare i livet, exempelvis stelhet och svaghet i benen.

Den allvarligaste formen av X-ALD drabbar omkring en tredjedel av alla manliga anlagsbärare av X-ALD, och dessa insjuknar före 10 års ålder. Många med X-ALD får också en nedsatt funktion i binjurebarken, vilket resulterar i låga kortisolnivåer och symtom som trötthet, illamående, kräkningar, feber, diarré och ökad hudpigmentering.

Det finns en behandling för den allvarligaste formen av X-ALD: allogen hematopoetisk stamcellstransplantation. Behandlingen innebär att blodstamceller överförs från benmärgen eller blodet från en donator till patienten med X-ALD.

Screening kan upptäcka pojkar med den allvarligaste formen

Ett nationellt screeningprogram syftar till att upptäcka pojkar som drabbas av den allvarligaste formen av X-ALD. Om pojkarna kan identifieras tidigt, innan de fått sjukdomssymtom, kan de behandlas med stamcellstransplantation. Detta förbättrar prognosen och ökar avsevärt chansen till överlevnad.

Det kan dock även finnas nackdelar med ett screeningprogram. Till exempel saknas möjligheter att avgöra vilka som kommer att drabbas av den allvarligaste sjukdomsformen och vilka som får lindrigare former. Därför kommer alla anlagsbärare att behöva delta i ett uppföljningsprogram, så att

hälso- och sjukvården tidigt kan hitta dem som utvecklar den allvarligaste sjukdomsformen. Ett sådant deltagande kan innebära en psykologisk belastning för både anhöriga och anlagsbäraren själv.

Screening har införts i några länder

Det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet rekommenderar sedan 2016 att X-ALD ingår som en av de sjukdomar man ska screena nyfödda för. Ett antal delstater i landet har startat screeningen, men inte alla. I Europa har Nederländerna utrett och bedömt ett screeningprogram för X-ALD, och ett pilotprojekt där bara pojkar screenas har nyligen startat.

Det finns publicerade data från ett screeningprogram i New York, där 630 000 nyfödda barn screenades mellan 2013 och 2016. Dessa data visar på en förekomst av anlagsbärare som ligger i linje med tidigare uppskattad prevalens, och som också använts som utgångspunkt för Socialstyrelsens utredning.

Bidrag till FN:s Agenda 2030

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att redovisa hur vårt arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. Rekommendationen om screening för X-ALD berör främst mål 3 i Agenda 2030, *Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar*, och specifikt delmål 3.2. Detta delmål ska säkerställa att inga spädbarn eller barn under 5 år dör av orsaker som hade kunnat förebyggas.

Rekommendation om screeningprogram

Rekommendation

Hälso- och sjukvården **bör erbjuda** screening för X-ALD till nyfödda pojkar genom att testet inkluderas i screeningen med PKU-provet.

Detta är en remissversion av rekommendationen. Synpunkter tas emot fram till 28 februari 2020 via e-post till screeningxald@socialstyrelsen.se.

En förutsättning för att rekommendationen ska kunna tillämpas är att Socialstyrelsen lägger till X-ALD i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS2019:13) om vilka sjukdomar som får spåras och diagnostiseras genom vävnadsprover i PKU-biobanken. Förändringen i föreskriften beräknas träda i kraft sommaren 2020.

Motivering till rekommendationen

X-ALD är en medfödd ämnesomsättningssjukdom som skadar nervsystemet och binjurebarken. Den allvarligaste formen av sjukdomen som enbart drabbar pojkar fortskrider snabbt, ger svåra funktionsnedsättningar och leder till döden inom några år om barnet inte behandlas. Det är möjligt att upptäcka X-ALD i ett tidigt skede, genom att inkludera ett test i den befintliga och väletablerade PKU-screeningen. De som har den allvarligaste formen av sjukdomen kan då behandlas med allogen hematopoetisk stamcellstransplantation (HSCT). Flera studier visar att en sådan stamcellstransplantation i ett tidigt skede av sjukdomen kraftigt kan förbättra prognosen för de drabbade pojkarna. Uppskattningsvis skulle upp till 2 pojkar per år få chans att överleva den annars dödliga sjukdomen.

Det har ännu visserligen inte visats genom randomiserade kontrollerade studier (RCT) att ett screeningprogram skulle minska dödligheten och de funktionsnedsättningar som orsakas av X-ALD. Av både praktiska och etiska skäl går det dock inte att utföra randomiserade kontrollerade studier av denna ovanliga och allvarliga sjukdom. Screening för X-ALD är vidare ovanligt, och i dag finns inget screeningprogram som pågått tillräckligt länge för att det ska vara möjligt att mäta effekterna. Det kommer att ta många år innan något screeningprogram kan mäta effekterna, eftersom sjukdomen utvecklas flera år efter födseln.

Som för annan screening finns det negativa effekter av ett screeningprogram för X-ALD. Framför allt går det inte att förutse om och i så fall när i livet en anlagsbärare kommer att utveckla en lindrig eller allvarlig form av sjukdomen. Det kan innebära betydande negativa effekter psykosocialt och livskvalitetsmässigt för anlagsbärarna och deras familjer. Alla anlagsbärare som identifieras i screeningen kommer också att behöva delta i ett uppföljningsprogram, som innebär täta undersökningar med magnetkamera

och neuropsykologiska bedömningar. Även detta kan medföra en psykologisk belastning. I dag finns inget liknande screeningprogram i Sverige, där nyfödda screenas för en sjukdom som inte omedelbart kräver behandling, och där individer behöver delta i ett uppföljningsprogram under mycket lång tid.

Sammantaget konstaterar Socialstyrelsen att ett screeningprogram för X-ALD gör det möjligt att upptäcka pojkar med den allvarligaste formen av sjukdomen i ett tidigt skede. För dem som upptäcks finns också en behandling som med stor sannolikhet förhindrar att de drabbas av omfattande funktionsbortfall, stort lidande och död. Socialstyrelsen bedömer att dessa betydande hälsovinster överväger de negativa effekterna av screeningprogrammet. Vid bedömningen har stor vikt lagts vid de resultat som finns för effekten av stamcellstransplantation i ett tidigt skede. Med hänsyn till samtliga kriterier i modellen för nationella screeningprogram, är därför Socialstyrelsens samlade bedömning att hälso- och sjukvården bör erbjuda screening för X-ALD till nyfödda pojkar genom att testet inkluderas i screeningen med PKU-provet.

Konsekvenser av rekommendationen

Ett nationellt screeningprogram kräver inga extra resurser för provtagning, eftersom analysen för X-ALD blir en del av screeningen med PKU-provet. Denna screening är redan väletablerad och välfungerande i hela Sverige. Regionerna behöver däremot etablera ett uppföljningsprogram med tillgång till ett multiprofessionellt team, som kan ta hand om de barn som upptäcks i screeningen. Teamet behöver bestå av en barnneurolog, en barnendokrinolog, en barnsjuksköterska, en psykolog och en kurator. Regionerna bedöms också få en ökad kostnad på cirka 4 kronor per barn för analysen av X-ALD i PKU-provet.

Screeningprogrammets utformning

Socialstyrelsens bedömning av ett nationellt screeningprogram för X-ALD hos nyfödda barn har utgått från att sjukdomen inkluderas i den befintliga screeningen med PKU-provet, och att screeningprogrammet utformas enligt beskrivningen nedan. Screeningen med PKU-provet erbjuds alla vårdnadshavare till nyfödda barn i Sverige sedan mer än 50 år.

1. PKU-provet tas

PKU-provet tas så fort som möjligt efter 48 timmars ålder, vanligtvis på den förlossningsklinik där barnet fötts. Provtagningen sker genom att en nål förs in i en ven på barnets handrygg, och blod droppas därefter på ett filterpapper som är fäst vid en pappersremiss (PKU-remiss).

2. PKU-laboratoriet analyserar provet

När PKU-remissen med provet anländer till PKU-laboratoriet registreras den i ett datasystem, och därefter klipps ett antal stansar ut från filterpappret. Dessa analyseras i dag för sammanlagt 25 olika sjukdomar. Vid screening för

X-ALD läggs en analys av långkedjiga fettsyror (very long chain fatty acids, VLCFA) till.

3. Barn med positivt resultat återkallas till hälso- och sjukvården

Vid ett positivt screeningresultat och därmed misstanke om X-ALD, kontaktar en läkare vid PKU-laboratoriet en barnneurolog vid ett sjukhus i regionen där barnet bor, som i sin tur kontaktar barnets familj och informerar om screeningresultatet. Vid ett första besök får vårdnadshavarna mer information, och ett nytt blodprov tas på barnet för att bekräfta eller avskriva diagnosen med hjälp av biokemiska och genetiska analyser. Om barnet visar sig vara sant positiv för X-ALD erbjuds familjen genetisk vägledning, och släktingar kan erbjudas anlagsbärardiagnostik.

4. Barn med sjukdomsanlag följs

När anlagsbärarskapet är bekräftat behöver barnet kontinuerligt kontrolleras (monitoreras) av hälso- och sjukvården i ett utarbetat uppföljningsprogram. Barnet undersöks då vid 6, 18 och 30 månaders ålder, sedan varje halvår från 3 till 10 års ålder, och därefter en gång per år. I uppföljningen ingår magnetkameraundersökning, kontroll av binjurebarkens funktion och neuropsykologisk bedömning.

5. Barn som visar tecken på insjuknande utreds inför transplantation

Redan under de första levnadsåren utför hälso- och sjukvården HLA-typning (vävnadstypning) av den anlagsbärande pojken, hans föräldrar och eventuella syskon. Detta för att i god tid ta reda på om det finns ett syskon som är en lämplig donator vid behov. Det kan också bli aktuellt att göra sökningar i Tobiasregistret, ett svenskt register för blodstamceller, och i internationella register över frivilliga givare.

Stamcellstransplantationerna vid X-ALD utförs i dagsläget vid universitetssjukhusen i Göteborg, Stockholm och Lund, enligt klinikernas egna rutiner.

Efter transplantationen behöver barn med X-ALD fortsatt uppföljning och behandling av eventuell binjurebarkssvikt, fortsatt kontakt med en neurolog och en neuropsykolog minst en gång per år samt kuratorsstöd efter behov.

Bedömning av screeningprogrammet

Socialstyrelsens rekommendation om screening för X-ALD bygger på en bedömning enligt Socialstyrelsens modell för nationella screeningprogram [1]. Det här kapitlet redogör för de 15 kriterier som ingår i modellen. Bedömningen utgår från bästa tillgängliga kunskap, aktuell forskning och beprövad erfarenhet.

Underlaget för bedömningen finns att läsa i sin helhet på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-screeningprogram, i bilagorna:

- *Vetenskapligt underlag* och *Etisk analys* där bedömningsunderlag för kriterium 1–10 redovisas
- *Hälsoekonomisk analys* där bedömningsunderlag för kriterium 11 redovisas
- *Indikatorer* där det finns en plan för utvärdering och uppföljning av screeningprogrammet, enligt bedömningskriterium 15.

Underlagen för kriterium 12–14 presenteras dock i sin helhet nedan.

I Socialstyrelsens kunskapsdatabas över ovanliga diagnoser finns också utförlig information om X-ALD: www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/ovanliga-diagnoser/adrenoleukodystrofi-och-adrenomyeloneuropati/.

1. Den allvarligaste formen av X-ALD är ett viktigt hälsoproblem

X-ALD är en medfödd ämnesomsättningsjukdom som skadar nervsystemet och binjurebarken. Sjukdomen yttrar sig mycket olika hos olika individer, men den så kallade klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD är den allvarligaste formen och drabbar enbart pojkar. Den fortskrider snabbt, ger svåra funktionsnedsättningar och leder till döden inom några år om barnet inte behandlas, till skillnad från exempelvis den lindrigare varianten adrenomyeloneuropati (AMN) som ger symtom i form av bland annat stelhet och svårigheter att gå.

Det finns inget sätt att förutse om och i så fall när ett barn med anlag för X-ALD kommer att utveckla en lindrig eller allvarlig form av sjukdomen. Det finns också anlagsbärare som förblir symtomfria hela livet. Detta förändrar dock inte bedömningen att den allvarligaste formen av X-ALD är ett viktigt hälsoproblem.

Mutationer orsakar sjukdomen

X-ALD orsakas av mutationer i *ABCD1*-genen på X-kromosomen. Det är därmed 50 procents risk att en kvinnlig anlagsbärare för över sjukdomsanlaget till sina barn. En manlig anlagsbärare för inte över anlaget till sina söner, men alla döttrar till en man blir anlagsbärare. Sjukdomen kan också

uppstå spontant, det vill säga på grund av en nymutation i *ABCDI*-genen (4,1–19 procent av fallen). I dag finns fler än 600 kända mutationer i *ABCDI*-genen.

På grund av mutationerna ansamlas långkedjiga fettsyror (VLCFA), vilket leder till en skada på myelinet i kroppens nervsystem, som gradvis förvärras. VLCFA ansamlas också i andra organ, till exempel i binjurebarken, så att hormonproduktionen blir otillräcklig. Sjukdomssymtom uppstår därför huvudsakligen från nervsystemet och binjurarna.

Den allvarligaste sjukdomsformen uppskattas drabba 1–2 pojkar per år

I världen rapporteras att 1–4,8 per 100 000 nyfödda pojkar drabbas av X-ALD. Dessa siffror bör sannolikt betraktas som minimivärden, eftersom studierna bygger på rapporterade fall av X-ALD. Det är möjligt att det finns symtomfria anlagsbärare eller personer med fel diagnos som inte inkluderas i studierna, men som skulle upptäckas vid screening.

Det finns inga publicerade uppgifter om hur många som har anlag för X-ALD i Sverige. Uppskattningsvis drabbas dock 1–2 pojkar i Sverige per år av den allvarligaste sjukdomsformen. Uppskattningen har gjorts utifrån data från det pågående screeningprogrammet i New York, eftersom screeningprogrammet i New York ger de mest tillförlitliga uppgifterna om antalet anlagsbärare i en befolkning.

Om man förutsätter att andelen anlagsbärare är lika stor i Sverige som i New York, skulle 3–4 pojkar med sjukdomsanlag upptäckas vid screening i Sverige varje år. Av dem skulle 1–2 pojkar senare utveckla den allvarligaste formen av X-ALD. En del av dessa pojkar skulle dock upptäckas tidigt av andra anledningar än screening, till exempel via familjehistoria eller för att barnet får binjurebarkssvikt som väcker misstanke om X-ALD.

2. Naturalförloppet för den allvarligaste formen av X-ALD är känt

Det är inte klarlagt hur sambandet mellan mutationerna i *ABCDI*-genen och det kliniska förloppet för X-ALD ser ut. Sjukdomsdebuten, symtomen och sjukdomsförloppet kan variera mellan bärare av samma *ABCDI*-mutation, även inom samma familj. Personer med anlag för X-ALD kan dock delas in i följande grupper, utifrån ålder vid sjukdomsdebuten, grad av påverkan på hjärnan och förekomst av binjurebarkssvikt:

- den klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD
- ungdomsformen av cerebral X-ALD (juvenil form)
- vuxenformen av cerebral X-ALD (adult form)
- adrenomyeloneuropati (AMN)
- X-ALD med endast binjurebarkssvikt
- symtomfri X-ALD.

De vanligaste formerna är den klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD och AMN. En person med anlag för X-ALD kan också utveckla flera former

av sjukdomen under livet. Anlagsbäraren kan till exempel få binjurebarks-
svikt i barndomen, AMN i vuxen ålder och en påverkan på hjärnan (cerebral
X-ALD) ännu senare i livet.

Den klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD

Naturalförloppet är känt för den allvarligaste formen av X-ALD, det vill säga den klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD, som screening-programmet avser att identifiera. Sjukdomen debuterar före 10 års ålder och medför att hjärnan snabbt förlorar myelin på grund av inflammatoriska processer. Det leder till svåra funktionsnedsättningar och död om patienten inte behandlas. Det är inte klarlagt vilka mekanismer som gör att vissa får den allvarligaste formen av X-ALD, medan andra får lindrigare former.

Tidiga symtom på den allvarligaste formen av X-ALD är bland annat försämrade kognitiva funktioner, som kan medföra sämre skolprestationer och beteendeproblematik. Sjukdomen kan också börja med binjurebarkssvikt och symtom som trötthet, illamående, kräkningar, feber, diarré och ökad hudpigmentering. När sjukdomen fortskrider blir de neurologiska skadorna alltmer framträdande. Patienten kan bli hyperaktiv eller tillbakadragen, få svårt att tolka syn- och hörselinyck, få motoriska problem och spasticitet, och ibland få epileptiska anfall. Vid detta stadium utvecklas sjukdomen mycket snabbt. Patienten kan tappa förmågan att gå eller förstå språk inom några veckor till några månader, för att sedan gå in i ett tillstånd med nästan inga kvarvarande funktioner.

Medelåldern för att få symtom är cirka 7 år. Patienten dör vanligtvis 2–4 år efter de första neurologiska symtomen.

Ungdomsformen av cerebral X-ALD

Ungdomsformen av cerebral X-ALD har samma sjukdomsförlopp som den klassiska barndomsformen, men med en senare debutålder. De första kliniska symtomen visar sig mellan 10 och 21 års ålder. Denna form är inte lika vanlig som barndomsformen, utan beskrivs hos 4–16 procent av alla anlagsbärare av X-ALD.

Vuxenformen av cerebral X-ALD

De anlagsbärare som får en påverkan på hjärnan i vuxen ålder får likartade symtom som vid den klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD, det vill säga kognitiv funktionsnedsättning, beteendeförändringar och psykiatriska symtom. Sjukdomsförloppet är dock långsammare. Man har tidigare antagit att en cerebral demyelinisering oftast sker före 18 års ålder, och att en relativt liten andel av anlagsbärarna får vuxenformen av cerebral X-ALD (1–5 procent). Den låga andelen rapporterade fall kan dock bero på underdiagnostik.

Adrenomyeloneuropati (AMN)

Adrenomyeloneuropati (AMN) brukar anges som den lindrigare, icke-inflammatoriska formen av X-ALD, eftersom sjukdomen har ett långsammare förlopp och lindrigare kliniska symtom. Sjukdomen påverkar främst ryggmärgen och det perifera nervsystemet.

AMN karaktäriseras av en fortskridande stelhet och svaghet i benen. Andra symtom är inkontinens (urin och fekal), impotens och fläckvis håravfall. De kliniska symtomen debuterar oftast i vuxen ålder. De drabbar män i omkring 20–30-årsåldern, medan kvinnor drabbas lite senare i livet. I den vetenskapliga litteraturen anges AMN som en av de vanligaste formerna av X-ALD, som drabbar omkring hälften av alla anlagsbärare.

X-ALD med endast binjurebarkssvikt som symtom

Såväl barn som vuxna med X-ALD kan också ha en funktionsnedsättning i binjurebarken, som då inte producerar tillräcklig mängd av hormonerna kortison och aldosteron. I vissa fall är binjurebarkssvikt det enda symtomet på X-ALD. Binjurebarkssvikt är vanligt hos manliga anlagsbärare av X-ALD.

Bristen på kortisol kan vara direkt livshotande i situationer som innebär en ökad belastning för kroppen, till exempel infektioner, operationer och olycksfall med kroppsskada. Vanliga symtom är trötthet, stelhet i muskulaturen, illamående och kräkningar. Även ökad hudpigmentering är ett typiskt symtom.

Personer med AMN och X-ALD som har binjurebarkssvikt behandlas med hydrokortison. Behandlingen är livsviktig, men har ingen effekt på de neurologiska symtomen vid cerebral X-ALD eller AMN.

Symtomfri X-ALD

Det finns även anlagsbärare av X-ALD som inte uppvisar några symtom. Andelen symtomfria manliga anlagsbärare minskar med ökad ålder, och vid 10 års ålder är ungefär 64 procent fria från neurologiska besvär, medan andelen vid 52 års ålder är 2 procent.

3. X-ALD har en symtomfri fas som går att upptäcka hos pojkar

Anlagsbärare av X-ALD har inga symtom vid födseln, och det finns inget känt fall av symtom före 2,5 års ålder för den klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD. Sjukdomen får därmed anses ha en symtomfri fas som varar som kortast upp till cirka 2 års ålder.

4. Det finns en lämplig testmetod för att upptäcka pojkar med X-ALD

Det finns en metod där man mäter långkedjiga fettsyror (VLCFA) i blodplasma med hjälp av tandemmasspektrometri (MS/MS), som gör det möjligt att upptäcka pojkar med X-ALD. Manliga anlagsbärare av X-ALD har förhöjda nivåer av VLCFA redan vid födseln, oavsett senare sjukdomsförlopp, och nivåerna fortsätter att vara förhöjda hela livet. Av de kvinnliga anlagsbärarna har omkring 80–85 procent visats ha förhöjda nivåer av VLCFA, medan 15–20 procent har nivåer inom normalspannet. Metoden kan därför antas vara klart sämre på att identifiera kvinnor med anlag för X-ALD.

I Sverige används MS/MS för att identifiera en rad ämnesomsättnings-sjukdomar med hjälp av PKU-provet. VLCFA-mätning skulle kunna inkluderas i den panel av markörer som redan används, och ett liknande upplägg som används i New York skulle också kunna användas i Sverige: För alla nyfödda barn görs MS/MS-analys av blod på filtrerpappersprov, för att mäta VLCFA C26:0-lysofosfatidylkolin (LPC).

För dem som ligger utanför gränsvärdena görs en ny mätning med en mer specifik metod (high-performance liquid chromatography, HPLC-MS/MS) på samma filtrerpappersprov.

Om värdena är förhöjda kallas barnet till ny provtagning, som syftar till att fastställa eller avfärda diagnos, där man också mäter VLCFA i blodplasma.

Dessutom görs en sekvensering av ABCD1-genen.

De som har förhöjda nivåer av VLCFA i blodplasma och en ABCD1-mutation får diagnosen X-ALD.

Det saknas beräkningar av testets sensitivitet och specificitet i prospektiva studier. En nackdel med metoden är också att den skulle identifiera några barn med sällsynta icke behandlingsbara peroxisomala sjukdomar, som också medför förhöjda nivåer av VLCFA. Det handlar främst om barn med Zellwegers syndrom. Den sammantagna bedömningen är dock att det finns en lämplig testmetod för att upptäcka pojkar med X-ALD.

5. Det finns en åtgärd som ger bättre effekt i en tidig fas än vid klinisk upptäckt

Det finns en utvecklad bedömningsmetod för att mäta graden av hjärnskada vid X-ALD med magnetkameraundersökning. Mätningen sker med hjälp av MRI severity scale (eller Loes score), som är en skala från 0 till 34, där 0 betyder att det inte finns några tecken på skador på hjärnan. Graderingen baseras på lokalisering och utbredning av signalförändringar. Med denna bedömningsmetod blir det möjligt att förbereda och utföra en stamcells-transplantation skyndsamt när en patient visas ha en påverkan på hjärnan.

Den etablerade behandlingsmetoden för den klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD är allogen hematopoetisk stamcellstransplantation (HSCT). Behandlingen innebär att blodstamceller överförs från benmärgen eller blodet från en donator till patienten med X-ALD. Det är ett avancerat ingrepp som kräver omfattande förberedelser, cellgiftsbehandling och isolering för att minska risken för infektioner och lång eftervård.

Studier visar att en stamcellstransplantation ger ökad överlevnad för pojkar med tidigt cerebralt engagemang jämfört med ingen behandling alls. Det finns också studier som visar att överlevnaden ökar mer om stamcellstransplantationen utförs i ett tidigt skede än om den utförs sent. Om transplantationen utfördes när de cerebrala skadorna var stora, hade behandlingen ingen eller liten effekt på överlevnaden för de pojkar som följdes i studierna. Enstaka studier visar vidare att tidig stamcellstransplantation har bättre effekt på till exempel överlevnad utan stort funktionsbortfall, kognitiv funktion, mobilitet, social interaktion och övre rörelsefunktion. De som får tidig behandling har också i mindre utsträckning depression och oro jämfört med dem som får senare behandling. En studie visar därutöver på ett negativt samband mellan grad av påverkan på hjärnan

och neuropsykologisk förmåga efter 5 år, vilket också tyder på att transplantationen ska utföras tidigt i sjukdomsförloppet.

Det finns visserligen inga randomiserade kontrollerade studier av hur tidig och sen behandling påverkar resultaten. Slutsatserna bygger i stället på observationsstudier i form av till exempel retrospektiva kohortstudier. Den sammantagna bedömningen är ändå att det finns en åtgärd som ger bättre effekt i en tidig fas än vid klinisk upptäckt.

6. Osäkert om screeningprogrammet minskar dödlighet, sjuklighet eller funktionsnedsättning som är förknippat med tillståndet

X-ALD är en så sällsynt och allvarlig sjukdom att ett screeningprogram av både praktiska och etiska skäl inte kan utvärderas i randomiserade kontrollerade studier. Flera screeningprogram pågår visserligen i USA, men de äldsta barnen som upptäckts vid nyföddhetscreeningen är i dag cirka 5 år, vilket innebär att det är för tidigt att uttala sig om effekten på dödlighet, sjuklighet och funktionsnedsättning. I dag går det därför inte att säkerställa om screeningprogrammet minskar dödlighet, sjuklighet eller funktionsnedsättning som är förknippat med X-ALD. Däremot finns beslutsmodeller som illustrerar effekten. Sådana modeller har tagits fram i USA och Storbritannien, och beskrivs nedan.

Data för flera parametrar i beslutsmodellerna är osäkra, och resultaten ska tolkas med försiktighet. Omräkningarna till svenska förhållanden bör också endast ses som en grov uppskattning.

Resultat enligt amerikansk beslutsmodell

En amerikansk arbetsgrupp har sammanfattat nyttan och riskerna med nyföddhetscreening för X-ALD, utifrån de data som fanns tillgängliga 2015. De har gjort en beslutsmodell för att uppskatta hälsovinster för befolkningen. Modellen jämför resultatet för pojkar med den klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD som upptäckts vid nyföddhetscreening (data från screeningprogrammet i New York) med pojkar som upptäckts vid en klinisk utredning (data från både publicerade och opublicerade studier). De primära utfallen i modellen är överlevnad och överlevnad utan svår funktionsnedsättning (ingen egen gångförmåga, ingen kommunikation). Pojkar med den klassiska barndomsformen av X-ALD är den primära målgruppen, och modellen utgår från behandling med hematopoetisk stamcellstransplantation. Resultatet visas i tabell 1.

Tabell 1. Resultat från nyföddhetscreening för X-ALD jämfört med sedvanlig klinisk upptäckt av den klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD, enligt amerikansk beslutsmodell

	Amerikansk födelsepopulation: 4 miljoner barn per år	Omräknat till svensk födelsepopulation: 100 000 barn per år
Upptäckta fall av sjukdomen	0–19 fler fall med screening	0–1 fler fall med screening
Fall av död före 15 års ålder	7–44 färre fall med screening	0–1 färre fall med screening
Fall av död och svår funktionsnedsättning före 15 års ålder	17–64 färre fall med screening	0–2 färre fall med screening

Resultat enligt brittisk beslutsmodell

Även i Storbritannien har man gjort en beslutsmodell för att uppskatta hälsovinster för befolkningen med nyföddhetscreening för X-ALD. Också denna modell utgår från att alla med den klassiska barndomsformen av X-ALD behandlas med hematopoetisk stamcellstransplantation i ett tidigt skede. Resultatet visas i tabell 2.

Tabell 2. Resultat från nyföddhetscreening för X-ALD, enligt brittisk beslutsmodell

	Brittisk födelsepopulation: 780 000 barn per år	Omräknat till svensk födelsepopulation: 100 000 barn per år
Upptäckta anlagsbärare av X-ALD	1 av 22 000	4–5
Upptäckta manliga anlagsbärare av X-ALD	Cirka 18, varav <ul style="list-style-type: none"> • cirka 10 skulle få cerebral X-ALD • cirka 6 skulle få AMN • cirka 3 skulle få endast binjurebarkssvikt eller inga symtom alls 	Cirka 2–3, varav <ul style="list-style-type: none"> • cirka 1–2 skulle få cerebral X-ALD • cirka 0–1 skulle få AMN • cirka 0–1 skulle få endast binjurebarkssvikt eller inga symtom alls
Upptäckta kvinnliga anlagsbärare av X-ALD, om även flickor screenas	Cirka 17	Cirka 2–3
Upptäckta pojkar med annan peroxisomal sjukdom	Cirka 7	Cirka 1–2
Upptäckta flickor med annan peroxisomal sjukdom, om även flickor screenas	Cirka 13	Cirka 3–4

Några barn får tidig diagnos även utan screeningprogram

Hälso- och sjukvården kan misstänka X-ALD när pojkar och män får oförklarad binjurebarkssvikt, eller när någon i familjen tidigare drabbats av X-ALD, eftersom man då vet att det finns en ökad risk i familjen. I en studie fick 81 procent av de pojkar som diagnostiserats med X-ALD via familjehistorik binjurebarkssvikt innan några cerebrala förändringar upptäcktes med bilddiagnostik. Diagnostik av X-ALD till följd av oförklarad binjurebarkssvikt ökade också funktionen och överlevnaden hos pojkar med

den klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD enligt samma studie, eftersom de upptäcktes tidigare.

7. Testmetoden accepteras, men följsamheten till uppföljningsprogrammet kan inte helt bedömas

Socialstyrelsens rekommendation om ett nationellt screeningprogram för X-ALD utgår från att sjukdomen inkluderas i den befintliga screeningen med PKU-provet. Screeningen med PKU-provet erbjuds alla vårdnadshavare till nyfödda barn i Sverige sedan mer än 50 år och har en nästan 100-procentig följsamhet. Erfarenheterna talar för att vårdnadshavarna kommer att acceptera screeningen för X-ALD med PKU-provet i samma omfattning som de accepterar screeningen med PKU-provet i övrigt.

Vidare syftar uppföljningsprogrammet till att hälso- och sjukvården tidigt ska hitta dem som utvecklar den allvarligaste formen av X-ALD. Uppföljningsprogrammet kommer att likna det som finns i New York (se kriterium 14), och vårdnadshavare i Sverige kan antas låta barnen delta i stor utsträckning. Uppföljningsprogrammet kommer dock att behöva pågå under lång tid och sannolikt innebära en stor psykologisk belastning för vårdnadshavarna. När barnen blir äldre kommer även de att belastas. Det är därför inte möjligt att helt säkert bedöma följsamheten till uppföljningsprogrammet i dag.

8. Åtgärder vid tillståndet är klarlagda och acceptabla för den avsedda populationen

Den etablerade behandlingsmetoden för den klassiska barndomsformen av cerebral X-ALD är allogen hematopoetisk stamcellstransplantation (HSCT). Alla som remitteras för en sådan transplantation antas acceptera denna behandling, eftersom det orsakar stort lidande och död att avstå.

9. Hälsovinster för anses överväga de negativa effekterna av screeningprogrammet

Det finns många aspekter att ta hänsyn till vid en bedömning av om hälsovinster överväger de negativa effekterna vid screening för X-ALD. Bland annat finns det negativa effekter av att det inte går att förutse om och i så fall när ett barn med anlag för X-ALD kommer att utveckla en lindrig eller allvarlig form av sjukdomen. Vissa anlagsbärare kommer heller aldrig att få symtom, och det finns risk för oönskade bifynd.

Socialstyrelsen lägger dock mycket stor vikt vid de betydande hälsovinster som screeningprogrammet innebär för pojkar som drabbas av den allvarligaste formen av X-ALD. Med screeningprogrammet blir det möjligt

att upptäcka pojkarna i ett tidigt skede, och ge dem livsavgörande behandling i form av en stamcellstransplantation. Den sammantagna bedömningen är därför att hälsovinster överväger de negativa effekterna tillräckligt mycket för att kriterium 9 ska vara uppfyllt i det här fallet.

I tabell 3 sammanställs de positiva och negativa effekter av screening för X-ALD som legat till grund för bedömningen.

Tabell 3. Positiva och negativa effekter av nyföddhetscreening för X-ALD

Aspekt	Positiv och negativ effekt	Kommentar
Identifikation av manliga anlagsbärare av X-ALD (gäller för alla former)	<p><i>Positiv effekt:</i> Korrekt diagnos vid symtom ger möjlighet till adekvat omhändertagande av individen i hälso- och sjukvården. Informationen kan bidra till att patienten erbjuds effektiv behandling för sitt tillstånd i ett tidigt skede.</p> <p><i>Negativ effekt:</i> Tidig monitorering av sjukdomsprogression kan skapa oro och obehag hos barnet. Möjlig påverkan på relationen mellan vårdnadshavare och barn.</p>	<p>Vi har inte identifierat någon studie via litteratursökningen som undersöker psykosociala effekter av sjukdomsmonitorering för X-ALD.</p> <p>Vi har inte identifierat någon studie via litteratursökningen som undersöker om anknytning mellan vårdnadshavare och barn påverkas om barnet identifieras som anlagsbärare av X-ALD.</p>
Tidig identifikation av pojkar som utvecklar den klassiska barnformsformen av cerebral X-ALD	<p><i>Positiv effekt:</i> Möjlighet till hematopoetisk stamcellstransplantation (HSCT) i ett tidigt skede av cerebralt engagemang.</p> <p><i>Negativ effekt:</i> Potentiell överbehandling. Möjlig risk för att HSCT påbörjas tidigare än nödvändigt.</p>	Vi har identifierat två studier med totalt 126 patienter som beskriver att pojkar som transplanterades i ett tidigt skede överlevde i större utsträckning än pojkar som transplanterades i ett sent skede av sjukdomen.
Tidig identifikation av vuxna som utvecklar cerebral X-ALD	<p><i>Positiv effekt:</i> Informationen kan bidra till att patienten erbjuds lämplig behandling för sitt tillstånd.</p> <p><i>Negativ effekt:</i> Oro före symtom. För närvarande finns ingen självklar botande eller symptomlindrande behandling.</p>	Litteratursökningen har identifierat en studie, med ett litet antal deltagare, av utfallet av HSCT på vuxna män med cerebral X-ALD.
Identifikation av anlagsbärare av X-ALD som utvecklar binjurebarkssvikt	<p><i>Positiv effekt:</i> Behandling kan påbörjas så fort tecken till kortisolbrist uppstår.</p>	Obehandlad binjurebarkssvikt är ett livshotande tillstånd.
Identifikation av anlagsbärare av X-ALD som inte kommer att utveckla cerebral X-ALD senare i livet	<p><i>Positiv effekt:</i> Vid symtomdebut av AMN eller binjurebarkssvikt kan man ställa diagnos tidigt och undvika långdragen orsakutredning.</p> <p><i>Negativ effekt:</i> Med dagens diagnostik är det inte möjligt att förutse det kliniska förloppet för en enskild patient. Att få en diagnos – där förloppet är osäkert – kan skapa ångest och oro för individen.</p>	I ett senare skede av livet kommer de flesta anlagsbärare av X-ALD att ha någon form av symtom på sjukdomen.

Aspekt	Positiv och negativ effekt	Kommentar
Bifynd	<p><i>Positiv effekt:</i> Hjälp vid utredning. Symtomlindrande och stödjande behandling kan sättas in för andra tillstånd än X-ALD.</p> <p><i>Negativ effekt:</i> Det finns ingen botande behandling vid andra peroxisomala sjukdomar. Att diagnostisera en obehandlingsbar sjukdom kan stigmatisera och kasta en skugga över det nyfödda barnets liv.</p>	Data från New Yorks nyföddhetscreening visade att 21 procent av dem som återkallades för ny provtagning bar på andra sjukdomar: Zellwegers syndrom (peroxisomal), Klinefelters syndrom (ej peroxisomal) och Aicardi-Goutieres syndrom (ej peroxisomal).
Behandling med HSCT	<p><i>Positiv effekt:</i> Enligt två studier överlevde de pojkar som transplanterades i ett tidigt skede i större utsträckning än de pojkar som inte fick behandling.</p> <p><i>Negativ effekt:</i> Komplikationer i samband med behandlingen.</p>	De personer som utvecklar cerebral X-ALD avlider obehandlade i regel 2–4 år efter de första neurologiska symtomen.

10. Screeningprogrammet får anses godtagbart ur ett etiskt perspektiv

Som all screening innebär screening för X-ALD vissa etiska svårigheter, vars betydelse inte ska underskattas. Exempelvis åsidosätts individens autonomi samtidigt som det finns risk för falskt positiva resultat (falska indikationer på sjukdom). En betydande nackdel är också att screeningen även skulle upptäcka anlagsbärare som senare visar sig inte utveckla den allvarligaste formen av X-ALD. En stor del av dem utvecklar inte någon cerebral form av sjukdomen alls, utan får lindrigare symtom först i vuxen ålder. Kunskapen är begränsad om de psykosociala och livskvalitetsrelaterade effekterna av att leva med diagnosen, och med osäkerheten om vilka symtom som kan utvecklas när. Det kan dock inte uteslutas att dessa effekter är både betydande och negativa. Med screeningen följer även en risk för oönskade bifynd.

Vidare skulle screening för X-ALD kunna ses som en ”indikationsglidning” i förhållande till den befintliga nyföddhetscreeningen. Detta eftersom X-ALD avviker från den typ av sjukdomar som screeningen inkluderar i dag, då majoriteten av dem som identifieras i screeningen för X-ALD inte kommer att behöva screeningens avsedda behandling (stamcells-transplantation). Sverige har i dag heller inget screeningprogram där nyfödda screenas för en sjukdom som inte omedelbart kräver behandling, utan som innebär att anlagsbärare behöver delta i ett uppföljningsprogram under mycket lång tid.

Även om det finns etiska svårigheter kopplade till screening för X-ALD, medför dock screeningen den uppenbara fördelen att hälso- och sjukvården genom en tillförlitlig testmetod kan upptäcka dem som utvecklar den allvarligaste formen av X-ALD. För dem som upptäcks finns också en behandling som förhindrar att de drabbas av omfattande funktionsbortfall,

stort lidande och död. Den sammantagna bedömningen är därför att screeningprogrammet får anses godtagbart ur ett etiskt perspektiv.

Det har diskuterats om även flickor skulle inkluderas i nyföddhetscreening för X-ALD. Argumenten är att detta skulle öka familjens och i framtiden även flickans så kallade reproduktiva autonomi. Det betyder att de med vetskap om anlagsbärarskapet skulle kunna fatta informerade beslut om vidare familjebildning. En del familjer kan till exempel önska assisterad befruktning för att undvika sjukdomen. Ur ett etiskt perspektiv är detta dock inte ett tillräckligt skäl för att införa nyföddhets-screening för flickor, eftersom de inte får samma hälsoeffekter av ett screeningprogram som pojkar, samtidigt som testmetoden inte fungerar lika bra för att identifiera anlagsbärande flickor.

11. Screeningprogrammets kostnadseffektivitet har värderats och bedömts vara rimlig i relation till behovet

Socialstyrelsens hälsoekonomiska analys pekar på att nyföddhetscreening för X-ALD med PKU-provet skulle vara kostnadseffektiv. I analysen ställs kostnadsökningen för screeningen (införd i den befintliga nyföddhets-screeningen), regelbunden monitorering och optimerad behandling med stamcellstransplantation mot:

- kostnader för hälso- och sjukvården samt insatser inom socialtjänsten, personlig assistans och informell omsorg från närstående vid fortskridande cerebral X-ALD
- förväntade hälsovinster mätt som överlevnad och vunnen livskvalitet.

Analysen omfattar en genomgång av publicerade studier och rapporter på området samt beräkningar enligt en hälsoekonomisk modell, utifrån svenska data och bedömningar.

Även om analysen i vissa delar fått byggas på antaganden, kan hälso-vinsterna förväntas bli betydande för personer som kan få stamcells-transplantation i ett tidigt skede, innan de utvecklar den allvarligaste formen av X-ALD. Samtidigt pekar analysen på kostnadsbesparingar både med ett brett samhällsekonomiskt perspektiv och med ett perspektiv som endast tar hänsyn till konsekvenser för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

12. Informationen till deltagarna i screeningprogrammet har värderats

Nyföddhetscreening med PKU-provet har funnits i Sverige sedan 1965. Provet är väletablerat: De allra flesta har hört talas om det, och cirka hälften av Sveriges befolkning har screenats. Från början ingick endast screening för fenylketonuri (fenylketonuria, PKU), som provet är uppkallat efter.

Antalet ingående sjukdomar har utökats med tiden, och metoderna har anpassats allt eftersom ny och mer tillförlitlig analysmetodik blivit tillgänglig. Under 2019 har screeningen utökats med ytterligare en sjukdom,

och därmed ingår nu 25 sjukdomar. Nya sjukdomar kommer också framöver att kunna läggas till, på grund av stora framsteg när det gäller både diagnostik med screening och behandlingsmöjligheter.

Blivande föräldrar erbjuds i dag en informationsbroschyr om PKU-provet, främst på mödravårdscentraler vid den sista rutinkontrollen före förlossningen. När provet tas får vårdnadshavarna också ett informationsblad som innehåller information om:

- vilka sjukdomar som ingår i testet och var man kan läsa mer om dem
- att tidig diagnostik och behandling spelar en avgörande roll för sjukdomarnas prognos
- hur många barn som upptäcks med någon av sjukdomarna varje år
- hur provtagningen går till
- vad som händer vid ett positivt resultat (om någon sjukdom upptäcks)
- att provet aldrig innebär en diagnos och att många barn som kallas till ytterligare kontroll visar sig vara friska
- att provet sparas i den så kallade PKU-biobanken efter analys, varför det är så, och hur man begär att provet inte ska sparas.

Informationsmaterialet är framtaget för att vara enkelt och lättillgängligt. Utförligare information finns på PKU-laboratoriets webbplats. PKU-laboratoriet har också etablerade kanaler för att informera vårdpersonal och läkare om PKU-provet.

Informationen om screening för X-ALD kommer att ingå i PKU-laboratoriets befintliga material, med hänvisning till webbplatsen för mer detaljerad information om sjukdomen och behandlingen. Informationen kan förväntas fungera på ett motsvarande sätt som för övriga sjukdomar inom nyföddhetscreeningen med PKU-provet.

13. Organisatoriska aspekter som är relevanta för ett nationellt likvärdigt screeningprogram har klarlagts

PKU-laboratoriet vid Karolinska Universitetssjukhuset
Screening för X-ALD med analys av mycket långkedjiga fettsyror kan inkluderas i den befintliga nyföddhetscreeningen med PKU-provet. Det finns en väl fungerande infrastruktur för information, provtagning och analys av provet på PKU-laboratoriet. Det höga deltagandet i nyföddhetscreeningen ger också goda förutsättningar för nationell likvärdighet.

Även äldre pojkar som flyttat till Sverige (upp till 8 år) erbjuds i dag att delta i screeningen med PKU-provet. De bör också screenas för X-ALD, om denna screening införs.

Vidare behöver proverna hanteras olika utifrån kön, eftersom enbart pojkar och nyfödda med oklart kön ska screenas för X-ALD. Det förekommer att det är svårt att fastställa kön på nyfödda barn. I dessa mycket ovanliga fall kommer barnen att screenas för X-ALD.

Bekräftande provtagning och utredning

Vid ett positivt screeningresultat och därmed misstanke om X-ALD, kontaktar en läkare vid PKU-laboratoriet en barnneurolog vid ett sjukhus i regionen där barnet bor, som i sin tur kontaktar barnets familj och informerar om screeningresultatet. Vid ett första besök får vårdnadshavarna mer information, och ett nytt blodprov tas på barnet för att bekräfta eller avskriva diagnosen med hjälp av biokemiska och genetiska analyser. De prover som används för biokemisk diagnostik (analys av mycket långkedjiga fettsyror i plasma) skickas till Centrum för medfödda metabola sjukdomar (CMMS) på Karolinska Universitetssjukhuset, eller till laboratoriet Klinisk kemi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. De prover som används för genetisk analys skickas till CMMS eller till respektive avdelning för klinisk genetik. Om barnet visar sig vara sant positiv för X-ALD är det lämpligt att samma avdelning erbjuder genetisk vägledning till familjen, och anlagsbärardiagnostik av släktingar.

Vårdnadshavare och övrig familj blir ofta oroliga när ett barn visar sig ha anlag för en allvarlig sjukdom. Därför bör det finnas resurser för psykosocialt stöd till familjen från det första informationssamtalet, som en del av uppföljningsprogrammet (se nedan). Det kan även vara lämpligt att erbjuda vårdnadshavare psykologsamtal, dels när barnet får sin diagnos för att bemöta eventuella krisreaktioner, dels vid ett senare tillfälle för att säkerställa att vårdnadshavarna förstått och tagit till sig informationen.

Det kan också behövas psykopedagogiska insatser för att klargöra olika aspekter av diagnosen, till exempel om ärftligheten och risken för att barnet, modern och eventuella andra släktingar insjuknar. Det kan vidare vara viktigt att klargöra de rutiner som ingår i uppföljningen, och syftet med dem, för vårdnadshavarna.

Uppföljningsprogram

När anlagsbärarskapet är bekräftat behöver barnet kontinuerligt följas och monitoreras av hälso- och sjukvården i ett utarbetat uppföljningsprogram.

På sjukhus behöver det finnas kompetens och resurser för att följa och behandla patienter med X-ALD. Barnet ska följas regelbundet av ett fast multiprofessionellt team som består av en barnneurolog, en barnendokrinolog och en neuropsykolog eller kurator.

Monitoreringen inleds med en barnneurologisk undersökning, av till exempel utveckling, rörelseförmåga och kommunikationsförmåga. Personalen tar också blodprov på barnet, och bedömer binjurebarkens funktion. Dessa bedömningar upprepas fortsättningsvis i samband med de regelbundna magnetkameraundersökningar av hjärnan som ingår i det föreslagna uppföljningsprogrammet. Även en neuropsykologisk bedömning under en symtomfri period bör ingå. Psykologen i teamet behöver känna till olika aspekter av tillståndet, screeningen, ärftligheten, symtomen och prognosen.

När barnet är 2–3 år kan teamet göra den första bedömningen av kognitionen och den övriga utvecklingen, för att ha som utgångspunkt i den fortsatta uppföljningen. Man gör omgående en ny neuropsykologisk bedömning om det finns tecken på att hjärnan är påverkad av sjukdomen. Det

kan handla om förändringar som upptäcks med magnetkamera eller neurologiska symtom.

Barnets hjärna undersöks med magnetkamera på det regionala sjukhuset från 6 månaders ålder, för att man ska upptäcka tecken på den cerebrala formen av X-ALD. Från 6 till 30 månaders ålder görs detta varje år, och från 3 till 10 års ålder varje halvår. Därefter undersöks barnet varje år igen, upp till vuxen ålder. De årliga kontrollerna efter 18 års ålder sker på en neurologiklinik för vuxna.

I dag är det universitetssjukhusen i Stockholm, Göteborg och Lund som gör den specialiserade bedömningen av magnetkamerabilderna. Specialisten gör en skattning enligt MRI severity scale (eller Loes score), en skala för att bedöma utbredningen av eventuella förändringar, och analyserar om det finns tecken på neuroinflammation.

Förberedelse inför eventuell transplantation

Redan under de första levnadsåren utför hälso- och sjukvården HLA-typning (vävnadstypning) av den anlagsbärande pojken, hans föräldrar och eventuella syskon. Detta för att i god tid ta reda på om det finns ett syskon som är en lämplig donator vid behov. Om det inte finns ett HLA-identiskt syskon utan anlag för X-ALD, gör man en donatorsökning i Tobiasregistret och i internationella register över frivilliga givare. Man gör tidigt en preliminär sökning för att få en uppfattning om möjligheten att hitta en givare. En definitiv sökning sker först när man vet att en stamcellstransplantation blir aktuellt.

Transplantation – vård och uppföljning

Stamcellstransplantationerna vid X-ALD utförs i dagsläget vid universitetssjukhusen i Göteborg, Stockholm och Lund, enligt klinikernas egna rutiner. Vid dessa sjukhus finns utarbetade rutiner för vård efter stamcellstransplantationer, som inkluderar bland annat kontroller hos en hematolog och en onkolog. Det multiprofessionella teamet har fortsatt kontakt med familjen under transplantationsprocessen.

Efter transplantationen behöver barn med X-ALD fortsatt uppföljning och behandling av eventuell binjurebarkssvikt, fortsatt kontakt med en neurolog och en neuropsykolog minst en gång per år samt kuratorsstöd efter behov.

14. Screeningprogrammets resursbehov och genomförbarhet har värderats

PKU-laboratoriet vid Karolinska Universitetssjukhuset
Screening för X-ALD innebär att PKU-laboratoriet behöver mer resurser för följande:

- Säkerställande av att screeningen upptäcker enbart pojkar med X-ALD: För de sjukdomar som ingår i dagens screening gör man ingen skillnad utifrån kön. Nya rutiner kräver mer personella resurser på PKU-laboratoriet, både för att ta fram rutinerna och i det fortsatta arbetet.

- Biokemisk analys: Analysen av mycket långkedjiga fettsyror i form av C:26-LPC sker med befintlig teknik (tandemmasspektrometri), och medför endast en något ökad kostnad för reagens.
- Utbildningsinsatser: PKU-laboratoriet kan inkludera utbildning och information om X-ALD till de provtagande enheterna i den utbildning som redan hålls på laboratoriet regelbundet.
- Hantering av positiva screeningresultat: Befintliga läkare på PKU-laboratoriet får en något ökad arbetsbelastning när de ska hantera att ett barn fått ett positivt resultat i screeningen för X-ALD.

I tabell 4 uppskattas PKU-laboratoriets kostnader för screening för X-ALD, baserat på att 120 000 barn föds per år. Den sammantagna kostnaden för personal och reagens till analysen för X-ALD är cirka 4 kronor per nyfött barn.

Tabell 4. Kostnader för PKU-laboratoriet

Post	Kostnad (kr)
X-ALD-reagens (inkl. C26:LPC)	312 500/år
Personal (se text nedan)	170 900/år
Datahanteringssystem (se text nedan)	100 000
Totalkostnad år 1	583 400
Årlig kostnad därefter	483 400

Laboratorieanalyser

Kostnaderna för analysen för X-ALD styrs till stor del av priserna på reagens och material som används vid analysen. I dag erbjuder endast ett kommersiellt företag ett analyskit som inkluderar X-ALD i det kit som redan används för screening med MS/MS-teknik för 20 av de 25 sjukdomarna i screeningprogrammet. En preliminär bedömning är att denna utökade analys kostar cirka 312 500 kronor per år. Inga nya instrument behövs.

Personal

PKU-laboratoriet behöver en administratör på 10 procent av en heltidstjänst. Administratören bör arbeta med rutiner för att upptäcka enbart pojkar med X-ALD samt ha kontakt med provtagande enheter, lokala barnkliniker och patienter. Vidare beräknas en biomedicinsk analytiker, en kemist och en läkare på PKU-laboratoriet behöva lägga cirka 5 procent av varsin heltidstjänst på arbetet med screening för X-ALD. De totala lönekostnaderna, inklusive sociala avgifter, för personalförstärkningen uppskattas till drygt 170 900 kronor per år.

Datahanteringssystem

Datahanteringssystemet som används för att registrera prover i dag behöver kompletteras med funktioner för registrering av remisser och analysresultat från screening för X-ALD. Detta blir sannolikt relativt enkelt, och ger en engångskostnad på maximalt cirka 100 000 kronor.

Bekräftande provtagning och utredning

De pojkar som får ett positivt resultat i screeningen återkallas till en barnneurolog på ett sjukhus i regionen där de bor. Där behövs ett

multiprofessionellt team och en magnetkamera, så att hälso- och sjukvården kan följa upp de anlagsbärande pojkarna.

Barnneurologen behöver ha kunskap om X-ALD och kompetens för att följa och tidigt upptäcka barn som utvecklar den allvarligaste formen av sjukdomen. I teamet behöver det även finnas en barnendokrinolog, en psykolog och en kurator.

De multiprofessionella teamen behöver informeras och utbildas regelbundet, för att säkerställa nationell likvärdighet. Om screeningen införs ansvarar respektive barnklinik för att det finns ett team tillgängligt när det behövs.

Genetisk vägledning till familjen och anlagsbärartestning av släktingar kommer att erbjudas i samma utsträckning som när personer i dag diagnostiseras utifrån kliniska symtom, men tidigare i livet. Därmed krävs inga extra resurser för detta. Möjligen skulle screeningen dock kunna leda till en ökning av antalet par som genomgår preimplantatorisk genetisk diagnostik (PGD), en teknik som gör det möjligt att undvika X-ALD vid kommande graviditeter, genom assisterad befruktning.

I tabell 5 uppskattas kostnaderna för det initiala omhändertagandet och utredningen av en pojke med anlag för X-ALD.

Tabell 5. Kostnader för initialt omhändertagande och utredning av en pojke med anlag för X-ALD (uppskattningsvis cirka 3–4 pojkar per år)

Resurs	Kostnad (kr)/pojke
Läkare, sjuksköterska och psykolog eller kurator	14 000
P-VLCFA	2 940
Genetisk analys	15 000
Totalkostnad	31 940

Uppföljningsprogram

Hälso- och sjukvården behöver erbjuda uppföljningsprogram för 3–4 nya pojkar per år. Antalet som behöver uppföljning kommer att öka med tiden.

Pojkar som visar sig ha anlag för X-ALD följs av ett multiprofessionellt team, och besöker sjukhuset med olika tidsintervall beroende på ålder. I teamet ingår en barnneurolog, en barnendokrinolog, en barnsjuksköterska, en psykolog och kurator. Ett teambesök kostar 14 000 kronor.

Besöken samordnas med magnetkameraundersökning av hjärnan, vilket kräver en magnetkamera med hög upplösning på det sjukhus där barnet följs. Varje magnetkameraundersökning kostar 4 700 kronor.

Barnet undersöks med magnetkamera vid 6, 18 och 30 månaders ålder, sedan varje halvår från 3 till 10 års ålder, och därefter en gång per år. En individ som genomgår uppföljningsprogrammet upp till 18 år undersöks vid 26 tillfällen. Upp till 7–8 års ålder behöver barnet narkos eller annan sederande medicin vid undersökningen, vilket kostar cirka 2 500 kronor per tillfälle. Magnetkamerabilderna länkas i dagsläget digitalt till en neuroradiolog vid universitetssjukhuset i Stockholm, Göteborg eller Lund, där erfarenhet av dessa bedömningar finns.

En neuropsykolog gör en tidig bedömning av barnets kognition och övriga utveckling. En ny bedömning görs vid tecken på att hjärnan påverkats av sjukdomen på magnetkamerabilden eller i den neurologiska undersökningen.

Efter 18 års ålder besöker personen det multiprofessionella teamet på en vuxenklolik, vilket kostar 5 750 kronor per tillfälle.

I tabell 6 uppskattas kostnaderna för uppföljningsprogrammet.

Tabell 6. Kostnader för uppföljningsprogram

Post	Kostnad (kr)/tillfälle
Teambesök på barnklinik	14 000
Magnetkameraundersökning	4 700
Narkos eller annan sederande medicin vid magnetkameraundersökning	2 500
Teambesök på vuxenklolik	5 750

Förberedelse för transplantation

Hälso- och sjukvården utför en HLA-typning av alla som bekräftats ha anlag för X-ALD i screeningen. Denna procedur kostar 9 000–10 000 kronor. Därtill kommer kostnaden för HLA-typning av föräldrar och eventuella syskon: 3 000 kronor per person. En transplantationsläkare gör en preliminär skattning av möjliga givare, utifrån resultaten från HLA-typningen.

Om det inte finns något syskon som kan vara givare, söker man efter givare i Tobiasregistret och i internationella register, när en stamcells-transplantation blir aktuell. Denna sökning kostar cirka 50 000 kronor.

Om en obesläktad frivillig givare donerar blodstamceller, tillkommer en kostnad på 250 000–300 000 kronor. Detta inkluderar bland annat själva donationen, försäkring, resa och ersättning för arbetsfrånvaro för givaren, administrativt arbete och transport av de donerade cellerna.

Transplantation

Screeningen kommer att medföra tidigare upptäckt av X-ALD, och möjlighet att transplantera fler patienter än i dag. Ungefär ett barn per år kan bli aktuellt för transplantation (se den hälsoekonomiska analysen).

Vård och uppföljning efter transplantation

Barn som transplanteras i tid behöver mindre omfattande uppföljning än obehandlade barn med den allvarligaste formen av X-ALD (se den hälsoekonomiska analysen).

15. Det finns en plan för att utvärdera screeningprogrammets effekter

Socialstyrelsen har tagit fram bakgrundsmått och indikatorer för att följa upp och utvärdera screeningprogrammet med PKU-provet för X-ALD. I tabell 7 presenteras de indikatorer som bör ingå i en uppföljning och utvärdering av screeningprogrammet. Se bilagan *Indikatorer och bakgrundsmått* på Socialstyrelsens webbplats för en närmare beskrivning.

Tabell 7. Indikatorer för att utvärdera screening för X-ALD

Nr	Namn
1	Målgrupp för screeningprogrammet PKU-prov för X-ALD
2	Andel pojkar som lämnat PKU-prov för X-ALD
3	Andel pojkar som inte lämnat PKU-prov för X-ALD
4	Andel pojkar som återkallats och lämnat omprov på grund av bristfällig kvalitet på provet
5	Andel pojkar med positivt utfall av PKU-provet för X-ALD
6	Andel pojkar med positivt utfall av PKU-provet för X-ALD som fått fortsatt utredning
7	Andel pojkar som diagnostiserats med X-ALD inom screeningprogrammet
8	Andel pojkar med positivt utfall av PKU-provet för X-ALD där fortsatt utredning visat att de inte hade sjukdomen (falskt positiva)
9	Andel pojkar med X-ALD som utvecklat cerebral X-ALD
10	Andel pojkar med cerebral X-ALD som fått stamcellstransplantation

Referenser

1. Nationella screeningprogram. Modell för bedömning, införande och uppföljning. Socialstyrelsen; 2014.

Rapporten finns på Socialstyrelsens webbplats,
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/2014-2-16.pdf>.

En uppdaterad version av modellen från 2019 finns på
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/2019-4-12.pdf>.

Projektorganisation

Nationellt screeningråd

Thomas Lindén	Ordförande, avdelningschef, Socialstyrelsen (fr.o.m. mars 2019)
Lars-Torsten Larsson	Ordförande, avdelningschef, Socialstyrelsen (t.o.m. feb 2019)
Ami Hommel	Sakkunnig omvårdnad, ordförande Svensk sjuksköterskeförening
Stefan Lindgren	Sakkunnig medicin, ordförande Svenska Läkaresällskapet
Jan Adolfson	Sakkunnig screening, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Malin Blixt	Representant Tandvårds- och läkemedels- förmånsverket (t.o.m. mars 2019)
Sophia Brodin	Representant Tandvårds- och läkemedels- förmånsverket (fr.o.m. mars 2019)
Anders Tegnell	Representant Folkhälsomyndigheten
Ewa Back	Regionpolitiker Norra sjukvårdsregionen (t.o.m. mars 2019)
Lena Asplund	Regionpolitiker Norra sjukvårdsregionen (fr.o.m. juni 2019)
Denise Norström	Regionpolitiker Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
Marie Ljungberg Schött	Regionpolitiker Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion (t.o.m. mars 2019)
Ella Bohlin	Regionpolitiker Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion (fr.o.m. juni 2019)
Mia Frisk	Regionpolitiker Sydöstra sjukvårds- regionen (t.o.m. mars 2019)
Rachel de Basso	Regionpolitiker Sydöstra sjukvårds- regionen (fr.o.m. juni 2019)
Cecilia Andersson	Regionpolitiker Västra sjukvårdsregionen
Stefan Lamme	Regionpolitiker Södra sjukvårdsregionen (t.o.m. mars 2019)
Anna Mannfalk	Regionpolitiker Södra sjukvårdsregionen (fr.o.m. juni 2019)

Sakkunniggrupp

Rolf Zetterström	Ordförande, PhD, överläkare, Centrum för medfödda metabola sjukdomar och Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset
Anders Fasth	Seniorprofessor pediatrik immunologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, överläkare, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg
Ulrika von Döbeln	Docent, Överläkare, f.d. verksamhetschef Centrum för medfödda metabola sjukdomar, Karolinska Universitetssjukhuset
Anna Strandqvist	PhD, leg. psykolog, Medicinsk psykologi, Karolinska Universitetssjukhuset
Niklas Darin	Professor, överläkare, DSBUS, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Chen Wang	PhD, överläkare, Radiologiska avdelningen, Universitetssjukhuset i Linköping
Andreas Ohlin	PhD, överläkare, verksamhetschef, Barn- och ungdomskliniken, Universitetssjukhuset Örebro
Farah Ghorbany	Barnmorska, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
Karin Nordborg	Överläkare, barnneurologi, Barn- och ungdomssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus
Sven Törnberg	Docent, överläkare, specialistläkare onkologi, verksamhetsutvecklare screening, pensionär
Harriet Nyström	Patientrepresentant, neuroradiolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Bengt Lindberg	PhD, överläkare, Skånes universitetssjukhus
Johan Boström	Överläkare neonatologi, Neonatal intensivvårdsavdelning, Barn- och ungdomscentrum, Norrlands Universitetssjukhus

Vetenskapligt underlag, kriterium 1–9

Externa sakkunniga (SBU)

Karin Naess	Med. dr, bitr. överläkare, Centrum för medfödda metabola sjukdomar och Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Göran Solders	Docent, överläkare, Neurologiska kliniken och Neurofysiologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Rolf Zetterström	PhD, överläkare, Centrum för medfödda metabola sjukdomar och Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Från SBU

Margareta Hedner	Projektledare
Agneta Brolund	Informationsspecialist
Anneth Syversson	Projektadministratör

Etisk analys, kriterium 10

Niklas Juth	Docent i medicinsk etik, Karolinska Institutet, Solna (författare av analysen)
Mats Johansson	Docent i medicinsk etik, Lunds universitet (granskare av analysen)

Hälsoekonomiskt underlag

Katarina Steen Carlsson	Huvudansvarig hälsoekonomi, docent i hälsoekonomi, forskningsledare, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Emelie Andersson	Projektledare, magisterexamen nationalekonomi, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.

Organisatoriskt underlag, kriterium 12–15

Rolf Zetterström	PhD, överläkare, Centrum för medfödda metabola sjukdomar och Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Karin Naess	Med. dr, bitr. överläkare, Centrum för medfödda metabola sjukdomar och Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Göran Solders	Docent, överläkare, Neurologiska kliniken och neurofysiologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Anders Fasth	Seniorprofessor i pediatrik immunologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, överläkare, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg
Ulrika von Döbeln	Docent, Överläkare, f.d. verksamhetschef, Centrum för medfödda metabola sjukdomar, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Anna Strandqvist	Doktorand Karolinska Institutet, Psykolog FO medicinsk psykologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Medverkande Socialstyrelsen

Lina Keller	Projektledare
Johanna Kain	Projektmedarbetare
Christina Broman	Projektledare indikatorer
Sofie Sundholm	Redaktör
Harriet Wennberg	Kommunikatör
Louise Ohlén	Kommunikatör
Kajsa Mulder	Produktionsledare
Mattias Fredricson	Enhetschef
Maria Stomrud	Pressekreterare

Förteckning över externa bilagor

Till denna rapport hör fyra bilagor:

- Vetenskapligt underlag. *Screening för X-bunden adrenoleukodystrofi*. Socialstyrelsen och SBU; 2019.
- Etisk analys. *Screening med PKU-provet – utökning med X-bunden adrenoleukodystrofi (X-ALD)*, Socialstyrelsen; 2019.
- Hälsoekonomisk analys. *Screening för X-bunden adrenoleukodystrofi*. Socialstyrelsen och IHE; 2019.
- Indikatorer och bakgrundsmått. *Screening för X-bunden adrenoleukodystrofi*. Socialstyrelsen; 2019.

Bilagorna finns på Socialstyrelsens webbplats,
<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-screeningprogram/>.

7

Budget 2020 för i
sjukvårdsregionen
gemensamma verksamheter
20RS675

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Katrin Pöntynen Boström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS675

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Budget 2020 för i sjukvårdsregionen gemensamma verksamheter

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar i enlighet med Samverkansnämndens rekommendation

att budget 2020 för Arbets- och miljömedicin Örebro utgörs av budget 2019 uppräknat med 1 procent.

Sammanfattning

Inom det sjukvårdsregionala samarbetet under Samverkansnämnden Uppsala Örebro finns ett antal gemensamt finansierade verksamheter. Aktuellt beslut avser den rekommendation till de ingående regionerna som Samverkansnämnden tog beslut om vid sitt sammanträde den 5-6 december 2019. För Region Örebro län berör beslutet Arbets- och miljömedicinska kliniken i Örebro som finansieras gemensamt av Region Sörmland, Region Västmanland, Region Värmland och Region Örebro län.

Beredning

Samverkansnämnden tog beslut om rekommendationen vid sitt sammanträde den 5-6 december 2019.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte ha konsekvenser för barn- och jämställdhetsperspektivet. Att en verksamhet som den som bedrivs på Arbets- och miljömedicin kan bedrivas är sannolikt positivt utifrån miljöperspektivet.

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Katrin Pöntynen Boström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS675

Ekonomiska konsekvenser

Region Örebro län driver Arbets- och miljömedicin i Örebro. Dess budget utgörs av budget 2019 uppräknat med 1 procent. Finansieringen delas mellan Region Västmanland, Region Sörmland, Region Värmland och Region Örebro län.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26 Budget 2020 för i sjukvårdsregionen gemensamma verksamheter.

Samverkansnämndens protokoll

Underlag kring budget

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Arbets- och miljömedicinska kliniken

Arbetsmiljömedicin - finansiering 2020

Budgetbeslut 2019-09-27 kompletteras med finansieringen av ST-läkartjänsten som godkändes i budget för år 2019. Därtill finansierar Region Uppsala merkostnaden för tvingande flytt.

Budgetförslag 2020	Tkr
<u>Enligt avtal</u>	
Region Dalarna	4 909
Region Gävleborg	4 909
Region Uppsala	8 944
Summa avtal	18 762
<u>ST-läkare</u>	
Region Dalarna	187
Region Gävleborg	187
Region Uppsala	374
Summa ST-läkare	748
<u>Merkostnad tvingande flytt</u>	
Region Uppsala	1 385
<u>Total finansiering</u>	
Region Dalarna	5 096
Region Gävleborg	5 096
Region Uppsala	10 703

Summa	20 895
Övriga intäkter	240
Alf-anslag	2 430
Total intäktsbudget	23 565

Avtal mellan Region Västmanland, Region Sörmland, Region Värmland, Region Örebro län och Arbets- och miljömedicinska kliniken (AMM) vid Universitetssjukhuset i Örebro

1 AVTALSPARTER

Arbets- och miljömedicinska kliniken i Örebro	Region Västmanland	Region Värmland
<p><i>Arbets- och miljömedicinska kliniken Universitetssjukhuset Örebro Region Örebro län 701 85 Örebro</i></p> <p>Org nr: 232100-0164-20</p> <p>Kontaktperson: Tf verksamhetschef <i>Jessika Hagberg</i></p> <p>Telefon: 019-602 24 61</p>	<p><i>Region Västmanland Ledningsstaben 721 89 Västerås</i></p> <p>Org nr: 232100-0172</p> <p>Kontaktperson: <i>Lena Persson</i></p> <p>Telefon: 021-17 65 24</p>	<p><i>Region Värmland Ledningsstaben 651 82 Karlstad</i></p> <p>Org nr: 232100-0156</p> <p>Kontaktperson: <i>Lars Höglom</i></p> <p>Telefon: vx 054-61 50 00</p>
Region Örebro län	Region Sörmland	
<p><i>Region Örebro län Ledningskansliet Box 1613 701 16 Örebro</i></p> <p>Org nr: (18)-232100-0164</p> <p>Kontaktperson : <i>Katrin Boström</i></p> <p>Telefon: 019-602 74 02</p>	<p><i>Region Sörmland Regionkansliet Repslagaregatan 19 611 88 Nyköping</i></p> <p>Org nr: 232100-0032</p> <p>Kontaktperson: <i>Per-Olov Gustafsson</i></p> <p>Telefon: 070-556 64 68</p>	

Avtal mellan Region Västmanland, Region Sörmland, Region Värmland, Region Örebro län och Arbets- och miljömedicinska kliniken (AMM) vid Universitetssjukhuset i Örebro för perioden 2014-2017

§ 1 Arbets- och miljömedicinska kliniken (AMM) verksamhet omfattar patientrelaterad verksamhet, arbets- och miljömedicinska utredningar, laboratorieanalyser, utbildning och information samt forskning och utveckling. Arbets- och miljömedicinska kliniken i Örebro har en särskild profilering i form av behovsanpassade tvärprofessionella kompetensteam samt specialkompetens för riskkommunikation. Med detta avtal vill de berörda landstingen få möjlighet att utnyttja AMM:s kompetens inom arbets- och miljömedicin enligt avtalets specificering. AMM:s verksamhet ska utgöra stöd, resurs och komplement till regionerna, samt andra regionala aktörer. AMM:s verksamhet ersätter inte regionernas, eller andra arbetsgivares arbetsmiljö- och miljöansvar.

§ 2 Enligt detta avtal är parterna överens om att i AMM:s grunduppdrag, gentemot regionen, ingår följande: ~~(ytterligare uppdrag kan komma att ingå)~~

- Patientverksamhet-relaterad till arbets-, boende- och omgivningsmiljö med tillhörande undersökningar, provtagningar, laboratorietjänster samt analyser.
- Handläggning av ej patientrelaterade utredningar/frågeställningar beträffande arbets-, boende- och omgivningsmiljö med tillhörande undersökningar, provtagningar, laboratorietjänster samt analyser. Här ingår t.ex. att bidra till regionernas arbetsmiljö- och miljöprogram, bistå miljöenheterna med utredning av kemikaliers effekter på miljön inkl. erforderliga analyser som ingår i AMM:s utbud.
- Expertstöd och rådgivning i frågor rörande psykosocial arbetsmiljö.
- Riskbedömningar inklusive provtagningar, laboratorietjänster samt analyser. Ex. inventering och riskbedömningar av kemikalier.
- Bistå upphandlingsenheterna med bedömningar i de fall där AMM:s kompetens är av betydelse för upphandlingens genomförande.
- Rådgivning och/eller metodstöd, ex. vid större uppdrag inom fysisk/teknisk arbetsmiljö, ergonomi och psykosocialt område.
- Konsultationer: en första inledande förfrågan (primärt ej patientrelaterad) som både kan avsluta ärende och övergå i mer omfattande utredning/uppdrag.
- Kunskaps- och metodstöd: förslag på förebyggande åtgärd utifrån identifierat problem hos individ eller i omgivning.

- FoU-verksamhet vars resultat redovisas för referensgruppen samt kommuniceras via föreläsningar och publikationer.
- Att utgöra remissinstans - vid behov och förfrågningar från landstingen.
- Att arrangera och medverka vid föreläsningar, seminarier, kurser och konferenser (exklusive luncher/förtäring vilket faktureras separat).
- tillgång till stöd samt utåtriktade aktiviteter vid olika kompetensforum och nätverk vid och associerade med AMM.
- medlemskap i instrumentpoolen, vilket innebär möjlighet för regionerna att hyra instrument ur poolen för halva priset jämfört med ordinarie pris.

Grunduppdraget diskuteras vid referensgruppens första möte.

Grunduppdraget ska kompletteras med regionspecifika aktivitetsplaner som diskuteras fram mellan berörda parter.

§ 3 Enligt fastställda styckepris/prislistor ska regionerna genom avtalet även ha tillgång till följande tilläggstjänster som exempelvis:

- uppdragsutbildningar
- uppdrag där extrakostnader uppstår för ex databearbetning i samband med examensarbeten, specialistarbeten, uppsatser etc. inom regionernas arbetsmiljö- och miljöområden.

En av AMM utförd tjänst, utan föregående offert eller styckprisangivelse med godkännande från regionerna får ej i efterhand faktureras som tilläggstjänst.

§ 4 AMM leds av verksamhetschefen. Respektive region utser 1-3 representanter till en referensgrupp, vars sammansättning bör återspegla regionernas ansvarsområden som sjukvårdshuvudman, arbetsgivare och miljöintressenter. Ordförande och sammankallande i referensgruppen är verksamhetschefen vid AMM. Gruppen bör sammankallas 1-2 ggr årligen eller vid behov.

- § 5 Klinikledningen fastställer tillsammans med referensgruppen årliga mål för verksamheten samt relaterade mått till dessa. Dessa mål ska utgå från regionernas mål och prioriteringar.

Resultat av måluppfyllelse ska ingå i verksamhetsberättelsen. Beträffande patientutredningar från regionextern företagshälsovård, ska AMM redovisa från vilka och hur många remisser som inkommit, och vilka åtgärder som vidtagits. I verksamhetsberättelsen ska också redovisas hur många externa remisser som föranlett arbetsplatsbesök och eventuella mätningar.

Icke patientrelaterade utredningar/uppdrag utanför regionernas ansvarsområde faktureras beställaren.

- § 6 Kliniken ska årligen skriftligt samt i AMM:s referensgrupp redovisa hur resurser fördelas och används i verksamheten. Överskott ska gå tillbaka till finansiärer (region) Referensgruppen hanterar frågan om fördelning av överskott.

- § 7 Anslaget för grunduppdraget har utgått från riksgenomsnittet för samtliga Arbets- och miljömedicinska kliniker i landet år 2009 (16,00 kr per länsinnevånare). Efter årliga uppräknningar beslutade av Samverkansnämnden för Uppsala-/Örebroregionen innebar det 17,48 kr/innevånare för 2013. Anslaget skall för 2014 och framåt fastställas årligen av Samverkansnämnden.

- § 8 I det fall oenighet uppstår, mellan avtalsparterna, huruvida en begärd tjänst är att betrakta som grund- eller tilläggsuppdrag skall frågan lyftas till referensgruppen för bedömning.

Grunduppdrag, tilläggstjänster samt ersättningsprinciper ska vid behov revideras i avtalstillägg. Behovet ska då för avtalsparterna vara uppenbart och motiverat utifrån ändrade förutsättningar.

- § 9 Respektive avtalspart har ansvar, var för sig och gemensamt, för att göra avtalet och verksamheten vid AMM känd.

- § 10 Detta avtal gäller för tiden 2020-01-01- 2020-12-31 utan möjlighet till förlängning.

Örebro den

Jessika Hagberg
T.f. verksamhetschef
Arbets- och miljömedicinska kliniken
Region Örebro

Håkan Wittgren
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Västmanland

Monika Samuelsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Sörmland

Tobias Kjellberg
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Värmland

Örebro den

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Örebro län

TJÄNSTESTÄLLE, HANDLÄGGARE

Hälsa-och sjukvården, Christer Lundqvist

DATUM

2019-11-06

BETECKNING

X

Till

Samverkansnämndens tjänstemannaberedning
Eva-Lena AspetorpKopia
Jessika Hagberg
Arbets- och miljömedicinska kliniken

Budget 2020 för Arbets- och miljömedicinska kliniken vid Universitetssjukhuset Örebro

Arbets- och miljömedicinska kliniken i Örebro har ett avtal som reglerar dess verksamhetsomfattning och ekonomi. Avtalet är tecknat med Landstinget i Värmland, Landstinget Sörmland och Landstinget Västmanland.

Ersättningsprincipen i avtalet innebär att landstingen betalar en avgift per invånare till Region Örebro län. Därtill ska uppräknningen av avgiften per invånare ske med ett index som fastställs av samverkansnämnden.

Region Örebro län föreslår i enlighet med beslut i Samverkansnämnden att avgiften per invånare räknas upp med 1%.

Det innebär följande justeringar av avgiften:

Enhet	Pris 2019	Pris 2020
Avgift per invånare	21,71 kr	21,93 kr

Region Örebro län

Jonas Claesson
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

POSTADRESSRegion Örebro län
Box 1613
701 16 Örebro**BESÖKSADRESS**Eklundavägen 2
Örebro**TELEFON**

019-602 70 00

TELEFAX

019-602 70 08

ORG.NR

232100-0164

PLUSGIRO

122500-2

E-POST regionen@regionorebrolan.se**INTERNET** www.regionorebrolan.se

189 (414)

Budgetförslag 2020 /191119 MKA Transfusionsmedicin

- Oförändrad verksamhet i stort 2020
- SweBA medlemskap kommer att bli ca 30% högre pga att Handboken för Blodcentraler (förvaltning och uppdatering) flyttas från specialistförening KITM till SweBA. Nedanstående budget med 1% ökningen täcker inte kostnader för det. Samtidigt kommer handboksavgiften att försvinna. SweBA medlemskap innehåller medlemsavgiften samt vissa kampanjer samt kostnader för GeBlod kommunikationsgrupp (under SweBA)
- Löneökningar i gruppen som arbetar med regionfrågor är nära 2%

Budget med 1% ökning

	Budget	Budget	2020	2020	2020
	2020	2019	Gävleborg 34%	Dalarna 34%	Västmanland 32%
Regionöverläkare (80%)	1188	1176	404	404	380
Regionsamordnade (160%)	1089	1078	370	370	348
SWEBA medlemskap	179	177	61	61	57
Geblood.nu (hemsida)	15	15	5	5	5
Resor och boende	84	83	29	29	27
Utbildning	136	135	46	46	44
Testerytrocyter	432	428	147	147	138
	3123	3092	1062	1062	999

Budget med ökade kostnader för SweBA, utan läneförhöjningar

	Budget	Budget	2020	2020	2020
	2020	2019	Gävleborg 34%	Dalarna 34%	Västmanland 32%
Regionöverläkare (80%)	1188	1176	404	404	380
Regionsamordnade (160%)	1089	1078	370	370	348
SWEBA medlemskap	223	177	79	76	71
Geblood.nu	15	15	5	5	5
Resor och boende	84	83	29	29	27
Utbildning	136	135	46	46	44
Testerytrocyter	432	428	147	147	138
	3167	3092	1077	1077	1013

Marja-Kaisa Auvinen
Sektionschef, ÖL
Klinisk immunologi och transfusionsmedicin
Akademiska Laboratoriet

marja-kaisa.auvinen@akademiska.se

Samverkansnämnd Uppsala-Örebro sjukvårdsregion

Datum: 5 – 6 december

Plats: [Elite Stadshotellet](#), Västerås

§ 1. Sammanträdet öppnas

Ordförande öppnar mötet.

§ 2. Upprop

Vid upprop var följande ledamöter närvarande

För Region Dalarna

Ulf Berg (M) från § 13

Elin Norén (S)

För Region Sörmland

Monica Johansson (S) §1–6

Jonas Lindeberg (VfP)

Magnus Leivik (M)

Jacob Sandgren (S) ers § 1-6, tj ers § 7–12

Mattias Claesson (C) ers § 1–12 tj ers § 13–19

Helena Koch (M) ers

För Region Uppsala

Malin Sjöberg Högrell (L)

Helena Proos (S)

Fredrik Leijerstam (MP) tj ers

Vivianne Macdisi (S)

För Region Värmland

Fredrik Larsson (M) § 13–19

Marianne Utterdahl (SIV)

Ulric Andersson (S)

Jens Östergren (C) tj ers § 1–12, ers § 13–19

Mats Sandström (S) ers

För Region Västmanland

Denise Norström (S)

Barbro Larsson (C)

Thomas Högström (M)

Kenneth Östberg (S) ers

Helena Hagberg (L) ers § 1-12

Malin Gabrielsson (KD) ers

För Region Gävleborg

Tommy Berger (S)

Per-Ewert Olsson Björk (C)

Fredrik Åberg Jönsson (V) ers

Jennie Forsblom (KD) tj ers

För Region Örebro län

Andreas Svahn (S)

Karin Sundin (S)

Sebastian Cehlin (M)

Behcet Barsom (KD) ers

Charlotte Edberger Jangdin (C) ers

Ola Karlsson (M) ers

Närvarande tjänstemän:

För Samverkansnämndens kansli: Eva-Lena Aspetorp
För Region Dalarna: Karin Stikå-Mjöberg, Lotta Olmarken Ingler, Pehr Guldbbrand
För Region Sörmland: Jan Grönlund, Monika Samuelsson
För Region Uppsala: Emma Lennartsson § 1-12, Eric Wahlberg
För Region Värmland: Peter Bäckstrand, Tobias Kjellberg
För Region Västmanland: Håkan Wittgren
För Region Gävleborg: Johan Färnstrand § 1-12, Göran Angergård
För Region Örebro län: Rickard Simonsson från § 7, Jonas Claesson från § 13

§ 3. Val av justeringspersoner

Till att jämte ordförande justera protokollet väljs Kenneth Östberg, Region Västmanland och Ola Karlsson, Region Örebro län.

§ 4. Ärenden för kännedom

- a. Protokoll förbundsstyrelsen Svenskt ambulansflyg 2019-09-19, 2019-10-24
- b. Styrelseprotokoll Inera AB 2019-10-23
- c. Inbjudan nationella cancerstrategin 10 år den 3 februari 2020
- d. Inbjudan sällsynta dagen den 28 februari 2020
- e. Protokoll nämnden för högspecialiserad vård 22-23 oktober

Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 5. Avtal om vård vid universitetssjukhus

Maria Pettersson, ordförande vårdavtalsgruppen, informerar om nuvarande Bilaga 2 Avtal om vård vid universitetssjukhus i sjukvårdsregionen till det övergripande samverkansavtalet, samt arbetet med att ta fram ny bilaga till kommande samverkansavtal.

I arbetet med nytt avtal föreslås att göra två bilagor, en för Vård vid universitetssjukhus och en för Vård vid länssjukhus. Pris- och ersättningsmodell arbetas fram tillsammans med ED-gruppen.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 6. Vårdregionens punkt

Denise Norström, regionstyrelsens ordförande Region Västmanland, inleder vårdregionens punkt.

Per Grimfjärd, överläkare kardiologi och doktorand CKF Uppsala universitet informerar om hjärtsektionen i Västerås. Betonar vikten av att stärka forskningsaktiviteten och presenterar flera exempel från hjärtsektionen i Västerås.

Abbas Chabok docent och kirurg beskriver verksamheten inom Centrum för klinisk forskning och tre exempel från kirurgklinikens arbete med forskning.

Punkten avslutas med en film om Region Västmanland

<https://www.youtube.com/watch?v=7qLByHRP6mY>.

Presentationerna publiceras på webben.

§ 7. Förändringar läkarutbildningen

Bertil Lindahl, ordförande programkommittén Uppsala Universitet och professor i kardiologi, samt och Hans Hjelmqvist, professor och vicedekan, Örebro Universitet informerar om förändringen till en 6-årig läkarutbildning och hur utbildningen kommer se ut vid Uppsala Universitet och Örebro universitet.

Deltar gör också Ann-Sofie Duberg, Programansvarig Läkarprogrammet Örebro Universitet och Ann-Kristin Rönberg, Utbildningschef Region Örebro representant Örebros läkarutbildning.

Presentationerna publiceras på samverkansnämndens webbplats.



Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 8. Gemensamt finansierad verksamhet: Transfusionsmedicin

Marja-Kaisa Auvinen, verksamhetschef laboriemedicin Akademiska sjukhuset, presenterar den gemensamt finansierade verksamheten där Region Uppsala, Region Gävleborg, Region Dalarna och Region Västmanland samverkar kring transfusionsmedicinsk verksamhet.

Presenterar också en förstudie där Region Uppsala och Region Gävleborg testat ett förändrat arbetssätt, som med fördel på sikt kan omfatta fler regioner.

Presentationen publiceras på samverkansnämndens webbplats.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 9. Konferens Vård i rörelse 2020

Konferensen blir i samband med Samverkansnämndens möte i Örebro den 4 juni.

§ 10. Budget 2020 Arbets- och miljömedicin Örebro, Arbets- och miljömedicin Uppsala och Transfusionsmedicin Uppsala

Beslut:

att rekommendera sjukvårdsregionens regioner

- att budget 2020 för Arbets- och miljömedicin Örebro utgörs av utgörs av budget 2019 uppräknat med 1 %, och

- att tidigare beslutad budget 2020 för Arbets- och miljömedicin Uppsala utökas med 748 tkr för den inför 2019 beslutade ST-tjänsten.
- att budget 2020 för det transfusionsmedicinska samarbetet utgörs av budget 2019 uppräknad med 1 % och tilläggsbudget för tillkommande kostnad för SweBA avgift med 44 tkr.

§ 11. Sjukvårdsregional prislista 2020

Maria Pettersson, ordförande vårdavtalsgruppen informerar om förslaget till regionala prislistan 2020.

Inkommit förslag på förtydligande att justera Region Uppsalas prislista med att det är samverkansnämndens arbetsutskott som hanterar ändringar under löpande år.

Diskuteras prisjustering vid fastighetsinvesteringar.

Beslut:

- att från och med 1 januari 2020 ska den regionala prislistan utgöras av de av vårdavtalsgruppen framtagna prislistorna enligt bilagor,
- att prisjusteringar under 2020 hanteras av Samverkansnämndens arbetsutskott och
- att regiondirektörsgruppen får i uppdrag att ta fram en analys och modell för tillämpning av effektivitetskrav.
- att stryka meningen i Region Uppsalas prislista där det på sidan 3 står att samverkansnämnden fattar beslut om justeringar under löpande år.

§ 12. Ersättning till patienter över 65 år med dialys i hemmet

Beslut:

att rekommendera sjukvårdsregionens regioner

- att införa ersättning enligt schablon till patienter, folkbokförda i respektive region, som startar sin dialysbehandling i hemmet och inte är berättigade till statlig handikapp- eller merkostnadsersättning, i enlighet med Försäkringskassans ålderstak (i nuläget fram till 65 år), för merkostnader i hemmet vid hemodialys, och
- att schablonen för ersättningen läggs på samma nivå som Försäkringskassans lägsta nivå för merkostnadsersättning. Beloppet justeras årligen.

§ 13. Tema kompetensförsörjning

Regionala utbildnings- och kompetensrådet, HR-direktörsgruppen samt representant från Ledningsgruppen leder temat kompetensförsörjning.

Genomgång av gruppernas uppdrag, strategisk kompetensförsörjning, oberoende av hyrpersonal, kartläggning av nuläget och genomgång av dagens utmaningar samt det nationella rådet för kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård.

Från grupperna deltar: Maria Åkesson, Region Örebro län, Jens Kandén, Region Gävleborg, Jonas Lostelius, Region Västmanland, Ulrika Hedsand, Region Sörmland, Birgitta Karlsson, Region Västmanland, Kajsa Fisk, Region Sörmland, Ingrid Persson, Region Uppsala, Maria Rosén, Region Uppsala och Monika Samuelsson, Region Sörmland.

Gruppdiskussioner kring ”Vad mer inom kompetensförsörjningen kan/borde samordnas inom sjukvårdsregionen?”

Presentationer publiceras på www.svnuppsalaorebro.se

§ 14. Nationell högspecialiserad vård

Tobias Kjellberg, hälso- och sjukvårdsdirektör Region Värmland och medlem i beredningsgrupp 2 informerar om aktuella ärenden inom de åtta stegen i Socialstyrelsens process för nationell högspecialiserad vård.

Andreas Svahn informerade att nämnden för nationell högspecialiserad vård diskuterat vad som händer om ingen ansöker.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 15. Screeningrådet

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-screeningprogram/remissversioner/x-bunden-adrenoleukodystrofi-x-ald/>

Denise Norström informerar om att screening för XALD via PKU-provet nu är ute på remiss. Rådet har nästa möte i början av 2020.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 16. Investeringsamverkan

Rickard Simonsson, ordförande regiondirektörsgruppen, informerar om den kartläggning av investeringar som gjorts och den process som beslutats för vidare hantering.

Samverkan ska ske vid följande tillfällen:

- Medicinskteknisk utrustning som ökar utbudet
- Investeringsnivån per objekt ska vara större än 10 miljoner kronor
- Utbyte av utrustning i det normala utbudet ska ej samverkas
- Fastighetsinvesteringar som innebär större nyinvestering och/eller expansion av verksamhet

En modell för hur investeringssamverkan ska kopplas samman med arbetet med prissättning kommer tas fram.

Presentation publiceras på www.svnuppsalaorebro.se

Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 17. Verksamhetsplan 2020

Förtydligande att punkt två i verksamhetsplanen avser nationell och sjukvårdsregional nivåstrukturering.

Beslut:

att godkänna föreslagen Verksamhetsplan och aktivitetsplan 2020.

§ 18. Samverkansnämndens möte 14 februari

Nästa möte är på Aros Congress Center i Västerås.

§ 19. Mötets avslutande

Stefan Olsson, Region Uppsala, får förändrade arbetsuppgifter och kommer inte vara med i samverkansnämnden framöver. Ordförande har skickat meddelande till Stefan och å nämndens vägnar tackat för gott samarbete. En avtackningspresent skickas med ledamöterna från Region Uppsala till Stefan.
Ordförande avslutar mötet.

Vid protokollet

Eva-Lena Aspetorp

Justeras

Örebro den december 2019

Andreas Svahn

Örebro den december 2019

Ola Karlsson

Västerås den december 2019

Kenneth Östberg

8

Rekommendation från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) om överenskommelse om samverkansregler

19RS10273

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Rekommendation från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) om överenskommelse om samverkansregler

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att i enlighet med rekommendation från styrelsen för SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) anta överenskommelse om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin.

Sammanfattning

Sedan många år finns gemensamt överenskomna regler, kallade Samverkansreglerna, om vad som gäller när hälso- och sjukvårdens och industrins medarbetare och chefer ska samverka med varandra inom olika områden. Parter är Sveriges Kommuner och Regioner, Läkemedelsindustriföreningen, Swedish Medtech och Swedish Labtech.

Samverkansreglerna reviderades senast för sex år sedan. Nu behöver de moderniseras och uppdateras till dagens kontext. Inga förändringar av större dignitet föreslås, mer än förtydliganden och förenklingar för att göra dem mer kommunicerbara.

Den största förändringen inför 2020 är att Samverkansreglerna föreslås delas upp och bestå av två delar: En gemensamt överenskommen policy med bärande principer och regler av långsiktig karaktär, vilka utgör grunden för samverkan. En klok och insiktsfull tillämpning av dessa kan vara fullt tillräcklig för att samverkan sker på ett förtroendefullt sätt. Som stöd för samverkan finns även en bilaga med specificerade samverkanssituationer, vilken kommer uppdateras mer löpande för största möjliga aktualitet. Både överenskommelse och bilaga är styrande för samverkan.

Enligt förslaget till beslut antar Region Örebro län överenskommelsen i enlighet med rekommendation från styrelsen för SKR (Sveriges Kommuner och Regioner).

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 19RS10273

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Det föreslagna beslutet väntas inte medföra några konsekvenser för miljön, barn och jämställdhet jämfört med i dag.

Ekonomiska konsekvenser

Det föreslagna beslutet väntas inte medföra några ekonomiska konsekvenser jämfört med i dag.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM angående rekommendation från SKR om överenskommelse om samverkansregler

Rekommendationen från SKR:s styrelse om överenskommelse om samverkansregler
Överenskommelse om samverkansregler

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

ÖVERENSKOMMELSE OM SAMVERKANSREGLER

FÖR DEN OFFENTLIGT FINANSIERADE HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, LÄKEMEDELSINDUSTRIN, MEDICINTEKNISKA INDUSTRIN OCH LABORATORIETEKNISKA INDUSTRIN

Sveriges Kommuner och Regioner, Läkemedelsindustriföreningens Service AB, Swedish Medtech och Swedish Labtech har kommit överens om gemensamma regler för hur medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvård och industri ska samverka och interagera med varandra.

Parterna anser att samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri är en viktig del för utvecklingen av såväl hälso- och sjukvård som näringsliv och vill med reglerna värna om att samarbetet kan fortsätta att utvecklas på ett förtroendefullt sätt.

Samverkansreglerna är gemensamt framtagna utifrån omvärldens krav på ökad transparens, måttfullhet i samverkan och behovet av tydlig ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och industri, bl.a. avseende sjukvårdshuvudmannens ansvar för fortbildningen.

Reglerna består av två delar: En gemensamt överenskommen policy med bärande principer och regler av långsiktig karaktär, vilka utgör grundförutsättningarna för samverkan. En klok och insiktsfull tillämpning av dessa kan vara fullt tillräcklig för att samverkan sker på ett förtroendefullt sätt. Som stöd för samverkan finns även bilagt en specifikation med konkreta samverkanssituationer, vilken parterna uppdaterar mer kontinuerligt för största möjliga aktualitet. Både överenskommelse och bilaga är styrande för samverkan.

Det åligger parterna att verka för att respektive parts medlemmar har väl fungerande egenåtgärdssystem för att kunna upprätthålla en god följsamhet till samverkansreglerna och att deras medarbetare och chefer har kunskap om dem.

Parterna är överens om att gemensamt följa upp reglerna en gång per år.

Denna överenskommelse gäller fr.o.m. 1 januari 2020 tills vidare och ersätter tidigare överenskomna samverkansregler.

Anders Knappe

Sveriges Kommuner och Regioner

Helena Bragd

Swedish Medtech

Malin Parkler

Läkemedelsindustriföreningens
Service AB

Peter Simonsbacka

Swedish Labtech

Allmänna förutsättningar

I Sverige förekommer sedan länge en värdefull samverkan mellan hälso- och sjukvården, forskningen och industrin som har lett till en betydande utveckling. Samverkan har under många år varit en förutsättning för framtagande och utvärdering av nya metoder och behandlingar.

Industrin är en kunskapsintensiv bransch som är av stor betydelse för Sverige men för att effektivt kunna utveckla metoder och produkter behövs en nära och förtroendefull samverkan mellan företagen i sektorn och hälso- och sjukvården. En god samverkan mellan hälso- och sjukvård, forskning och industri skapar ömsesidigt engagemang för snabbare kunskapsinsamling, utvärdering och introduktion av nya behandlingsmetoder samt utfasning av äldre behandlingsmetoder. På så sätt ges förutsättningar för en ständigt förbättrad hälso- och sjukvård som är av stor vikt för samhället.

Utgångspunkten för all god samverkan är att ge patienterna en ändamålsenlig, evidensbaserad, kostnadseffektiv och säker vård.

Samverkan med industrin kan utgöra ett viktigt led i hälso- och sjukvårdspersonalens fortbildning och kompetensutveckling, vilket i sig är nödvändigt för att kunna förbättra metoder och behandling samt för att säkerställa en hög patient- och användarsäkerhet.

Hälso- och sjukvården står under kontinuerlig förändring samtidigt som efterfrågan på säkrare och effektivare behandlingar ökar. Parterna måste därför uppdatera reglerna återkommande så att de är anpassade till sin samtid.

Vården ska flytta närmare patienterna vilket innebär att den i större omfattning ska ske i primärvården, i hemmet eller på distans. Hälso- och sjukvården digitaliseras också i snabb takt. Nya sätt att möta eller monitorera patienten utvecklas. Läkemedel, medicin- och laborietechnik blir också allt mer integrerade, bland annat genom utveckling av nya diagnostiska metoder, mjukvaror och appar som stöd för den medicinska behandlingen.

Hälso- och sjukvårdens behov av kompetensförsörjning och kunskapsstöd ställer krav på nya arbetssätt där digitaliseringen och kunskapsstyrningen ger möjligheter till andra typer av mötesplatser. Resfria möten på distans kan möjliggöra kunskapsinhämtning eller dialog, där tid eller ekonomi utgör hinder. Regioner och kommuners gemensamma system för kunskapsstyrning kan medverka till informationsspridning av kunskap.

I alla situationer är det viktigt att hälso- och sjukvårdens medarbetare och företagen upprätthåller ett oberoende förhållningssätt gentemot varandra och i enlighet med de regler som finns i lagstiftningen, detta gäller särskilt vid upphandling.

Samverkansreglernas omfattning

Alla medarbetare och chefer i hälso- och sjukvården och industrin omfattas av dessa regler.

Oavsett om företag tillhör en branschorganisation eller inte ska hälso- och sjukvården tillämpa dessa regler på samtliga företag inom branscherna läkemedel, medecinteknik och laborietechnik som agerar på eller riktar sig mot den svenska marknaden.

Medlemmar i Läkemedelsindustriföreningen, Swedish Medtech och Swedish Labtech inklusive moderbolag och systerbolag, ska tillämpa reglerna vid samverkan med alla medarbetare och chefer inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvård och industri ska förutom dessa regler och gällande lagstiftning följa de regler för resor, representation, bisysslor och övriga policys och affärs- och uppförandekoder som respektive arbetsgivare upprättat för sin egen verksamhet.

Bärande principer och regler

Utgångspunkten är att all samverkan ska vara dokumenterad, öppen för granskning, rimlig och ska tillföra alla samverkande parter nytta.

Följande principer gäller vid all form av samverkan

Förtroendepincipen

Samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri ska inte innebära otillbörlig påverkan och får inte äventyra eller uppfattas äventyra, hälso- och sjukvårdens oberoende.

Förutsättningen för en sund samverkan är en god följsamhet till gällande lagstiftning, exempelvis avseende mutor, upphandling och beskattning. Detta för att säkerställa att skatte-medlen används korrekt, att patienter och användare kan försäkras om bästa möjliga hälso- och sjukvård, samt att samarbetet upprätthåller allmänhetens förtroende. Samverkan ska tåla granskning och prövning utifrån risken att äventyra förtroendet.

Nyttoprincipen

Samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri ska utgå från hälso- och sjukvårdens verksamhet och patientens behov och vara tydligt kopplad till företagets verksamhet. Det ska alltså finnas ett ömsesidigt nyttoperspektiv.

Transparensprincipen

Samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri ska vara öppen och transparent samt i enlighet med dessa regler, författningar, affärs- och uppförandekoder och policys.

För läkemedelsföretag finns via den europeiska läkemedelsindustriföreningen EFPIA ytterligare krav på transparens. Värdeöverföringar till såväl enskilda medarbetare som verksamheter i hälso- och sjukvården ska årligen öppet redovisas i Läkemedelsindustriföreningens samarbetsdatabas.

Proportionalitetsprincipen

Vid samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri ska respektive parts eventuella förpliktelser stå i rimligt förhållande till den andres. Vidare ska all form av ersättning vara proportionerlig, rimlig och motsvara marknadsvärdet av den tjänst som utförs.

Måttfullhetsprincipen

Arrangemang som på något sätt stöds eller arrangeras av industrin ska genomsyras av måttfullhet. Kravet på måttfullhet innebär att förmånen inte får framstå som beteendepåverkande för mottagaren.

Dokumentationsprincipen

All form av samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri där någon form av ersättning eller kostnadstäckning förekommer ska vara skriftligt dokumenterad t.ex. via beslut, avtal eller överenskommelse. Relevant dokumentation som avtalet, relaterade rapporter, fakturor m.m. måste bevaras minst 2 år från avslutat projekt. Detta gäller vare sig den rör enskilda eller grupper av medarbetare eller är på verksamhetsnivå.

Följande regler gäller vid all form av samverkan

<i>Grundregel</i>	Industrin får inte erbjuda och medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvården får inte begära eller motta förmåner eller annan ersättning, eller kräva åtgärder som strider mot dessa regler eller dess intentioner.
<i>Godkännande av deltagande</i>	Den som deltar i en sammankomst ansvarar för att arbetsgivarens godkännande för deltagande är inhämtat.
<i>Måltider</i>	Vid sammankomster arrangerade av eller i samarbete med industrin får industrin erbjuda en måttfull måltid i anslutning till sammankomsten. Vid distansdeltagande får måltid inte erbjudas. Fri måltid kan, beroende på sammankomstens karaktär och frekvens, innebära en skattepliktig förmån.
<i>Alkohol</i>	Alkoholförtäring i samband med sammankomst ska ske restriktivt och enbart i samband med måltid. Sprit får aldrig erbjudas. Alkohol fria alternativ ska alltid finnas.
<i>Sociala aktiviteter</i>	Varken i samband med sammankomster eller umgänget i övrigt får sociala aktiviteter eller fritidsaktiviteter finansieras av industrin eller efterfrågas av medarbetare inom hälso- och sjukvården.
<i>Resor</i>	Resor ska planeras så att ankomst och avresa sker i så nära anslutning till uppdraget som praktiskt möjligt. Vid flygresor ska ekonomiklass väljas. Väl motiverade undantag kan göras för resor (> 6h) utanför Europa.
<i>Medföljande</i>	Endast deltagare i arrangemang får bjudas in. Medföljande får inte delta.
<i>Sponsring</i>	Industrin kan mot en rimlig motprestation sponsra yrkesmässiga delar av specifika aktiviteter eller sammankomster som har en koppling till det egna verksamhetsområdet. Med koppling menas att företaget har produkter eller bedriver forskning inom ett visst terapiområde. Sponsring får endast avse faktiska kostnader för enstaka tydligt avgränsad aktivitet-/sammankomst. Sponsring av ordinarie verksamhet, deltagaravgifter samt resor och logi får inte ges av företagen eller begäras av hälso- och sjukvården.
<i>Val av ort och lokal</i>	<p>Industrin får endast arrangera eller sponsra sammankomster utanför Sverige eller Öresundsregionen om majoriteten av deltagarna inte är från Sverige eller om motsvarande kunskap eller erfarenhet inte kan inhämtas här.</p> <p>Valet av ort och lokal för arrangemangs genomförande ska vara rimligt i relation till syftet med arrangemanget. Fritidsorter under säsong och platser som är kända för sin exklusivitet ska undvikas, till exempel vintersportorter under skidsäsong. Samma gäller för orter där större internationella evenemang pågår samtidigt eller i anslutning till arrangemanget - till exempel idrottstävlingar.</p>

Definitioner

<i>Bisyssla</i>	Varje syssla, tillfällig eller stadigvarande, som utövas vid sidan av anställningen och som inte är hänförlig till privatlivet.
<i>Hälso- och sjukvård</i>	All offentligt finansierad hälso- och sjukvård i landsting, regioner och kommuner samt privat verksamhet med vårdavtal eller enligt LOV (Lagen om Valfrihetssystem).
<i>Industri</i>	Alla företag inom branscherna läkemedel, medicinteknik och laboratorieteknik som agerar på eller riktar sig mot den svenska marknaden.
<i>Medarbetare</i>	Anställd, student under utbildning eller praktik, uppdragstagare eller konsult.
<i>Ordinarie verksamhet</i>	Ordinarie verksamhet i dessa regler avser aktiviteter inom den löpande verksamheten som en enhet inom hälso- och sjukvården bestämt att den ska utföra, förutom författningsreglerade arbetsuppgifter.
<i>Sjukvårdshuvudman</i>	Region eller kommun med ansvar för hälso- och sjukvård.
<i>Verksamhetschef</i>	Inom all hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten och som har det samlade ledningsansvaret.
<i>Produktinformation</i>	Med produktinformation avses sammankomst med syfte att informera om en produkts specifika egenskaper eller handhavande i marknadsföringssyfte.
<i>Sponsring</i>	Med sponsring menas ekonomiskt eller annat stöd och det innefattar en marknadsmässig motprestation såsom t.ex. utställningsplats, möjlighet till produktdemonstrering eller annan form av exponering. Sponsring skiljer sig från en donation, där en motprestation saknas.
<i>Sammankomst</i>	Alla former av möten där hälso- och sjukvårdens medarbetare och chefer och industrin interagerar med varandra. Sammankomst kan även ske på distans.
<i>Konsultation</i>	Medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvård som utför uppdrag åt företag. Konsultation kan t.ex. röra uppdrag inom forskning, utbildning, konferenser, produktutveckling och rådgivande organ s.k. advisory boards.

SPECIFIKATION AV SAMVERKANSITUATIONER

BILAGA TILL ÖVERENSKOMMELSEN OM SAMVERKANSREGLER FÖR DEN OFFENTLIGT FINANSIERADE HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, LÄKEMEDELSINDUSTRIN, MEDICINTEKNISKA INDUSTRIN OCH LABORATORIETEKNISKA INDUSTRIN

Överenskommelsen om samverkansregler är en av parterna undertecknad policy med bärande principer och regler av långsiktig karaktär, vilka utgör grundförutsättningarna för samverkan.

Som stöd för mer löpande samverkan har parterna utarbetat denna bilaga med specifika samverkanssituationer, vilken parterna uppdaterar mer kontinuerligt för största möjliga aktualitet. Aktuell version publiceras på respektive parts webbplats och integreras i förekommande fall i egna etiska regelverk.

Både överenskommelse och bilaga är styrande för samverkan mellan hälso- och sjukvården och industrin.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1)	Särskild information och åtgärder i syfte att säkerställa korrekt och säkert handhavande och funktion.....	2
a)	Serviceinformation för Medicinteknik- och IVD-företag	2
b)	Riskminimeringsinformation (RMI) för läkemedelsföretag	2
2)	Produktinformation	3
3)	Övriga sammankomster.....	3
a)	Sammankomster arrangerade av industrin	4
b)	Sammankomster gemensamt arrangerade av hälso-och sjukvården och industrin	4
c)	Sammankomster arrangerade av hälso- och sjukvården eller tredje part	4
4)	Konsultation och uppdrag för industrin	5
5)	Stipendier.....	5
6)	Donationer.....	6
7)	Utvecklingsprojekt där hälso-och sjukvården och läkemedelsföretag samverkar	6
8)	Referenskund.....	7
9)	Marknadsundersökningar.....	7

1) Särskild information och åtgärder i syfte att säkerställa korrekt och säkert handhavande och funktion

a) Serviceinformation för Medicinteknik- och IVD-företag

Med serviceinformation avser parterna den genom EU:s förordning för medicintekniska produkter, (MDR 2017/745 och IVDR 2017/746), stadgade skyldigheten att tillhandahålla information där en produktspecialist instruerar om patientsäkert och korrekt handhavande av produkten, samt följer upp på produktens användning. Informationen ges på produkter som redan är upphandlade eller på annat sätt inköpts av hälso- och sjukvården och gäller även för produktuppdateringar och ersättningsprodukter.

Serviceinformation avser instruktion och rådgivning om daglig drift och hantering av medicintekniska produkter, samt uppföljningen av dessa, på den enhet där de används eller ska användas.

Informationen ska ges till de medarbetare som av säkerhets- eller handhavandeskäl behöver ta del av den. Informationen ges under arbetstid och på arbetsplatsen och ska utgå från lagkrav samt hälso- och sjukvårdens behov och efterfrågan. Avsteg från detta ska vara välmotiverat och kunna redovisas, t.ex. för tung utrustning som inte kan flyttas, simulatorverksamhet eller träning hos speciellt utbildningscenter eller liknande situationer som omöjliggör adekvat träning på den normala arbetsplatsen.

Serviceinformationen och uppföljningen av denna ska tillföra medarbetarna i hälso- och sjukvården nytta i den dagliga yrkesutövningen. Företag får inte benämna information eller besök serviceinformation i syfte att marknadsföra andra produkter än de redan införskaffade. Den får heller inte användas för att möjliggöra finansiering av annan samverkan eller sammankomst. Detta är särskilt viktigt att beakta om serviceinformationen ges utanför arbetsplatsen.

Utöver vad som anges i upphandlingskontraktet kan den som tillhandahåller serviceinformation stå för samtliga relevanta kostnader för att serviceinformationen ska kunna genomföras. Detta ska i sådana fall dock ske i enlighet med de bärande principerna i samverkansreglerna.

Tillhandhållande av serviceinformation påverkas inte av pågående inköpsprocess.

b) Riskminimeringsinformation (RMI) för läkemedelsföretag

Med riskminimeringsinformation (RMI) avses den information som innehavare av marknadsföringstillstånd är ålagd att kommunicera till hälso- och sjukvårdspersonal (eller patient via hälso- och sjukvårdspersonal) enligt särskilda villkor i produktens godkännande (2001/83/EG) eller som ålagts efter godkännande pga. uppkommen säkerhetssignal.

RMI är avsedd att säkerställa korrekt och säker användning av ett läkemedel och är beskriven i produktens riskhanteringsplan.

RMI utgår från patientsäkerhetsaspekter och ges till de medarbetare som av säkerhets- eller handhavandeskäl behöver ta del av den. Informationen ges under arbetstid och på arbetsplatsen. Avsteg från detta ska vara välmotiverat och kunna redovisas.

Företag får inte i samband med besök eller sammankomst rubricerad som RMI marknadsföra berörd produkt och/eller andra produkter. RMI får inte heller innebära finansiering av annan samverkan eller sammankomst. Detta är särskilt viktigt att beakta om informationen ges utanför arbetsplatsen.

Utöver vad som anges i eventuella upphandlingskontrakt kan företaget stå för samtliga relevanta kostnader för att RMI ska kunna genomföras, dock i enlighet med de bärande principerna i detta regelverk.

Tillhandhållande av RMI påverkas inte av pågående inköpsprocess.

2) Produktinformation

En sammankomst avseende produktinformation ska ge deltagarna aktuell och relevant information om egenskaper, funktioner och handhavande av specifika läkemedel eller medicin- och laboratorietekniska produkter. För medicin- och laboratorietekniska produkter ges produktinformation när det avser produkter som inte är upphandlade eller finns upptagna i läkemedelsförmånen och som ännu inte används i hälso- och sjukvården, det vill säga en aktivitet i marknadsföringssyfte.

Inbjudan skickas till relevanta medarbetare, det vill säga den huvudsakliga målgruppen för sammankomsten, med kopia till verksamhetschef eller den person denne utsett.

Av inbjudan ska framgå innehåll, tidsmässig omfattning och, om möjligt, tid och plats. I rubriken ska det anges att det handlar om produktinformation. Inbjudans utformning ska ske så att det tydligt framgår att informationen inte är produktneutral.

Produktinformation ska företrädesvis ske till grupp av medarbetare på mottagarens arbetsplats och under arbetstid.

3) Övriga sammankomster

Övriga sammankomster avser olika former av kompetensutveckling, t.ex. terapiinriktad utbildning, seminarier, vetenskaplig sammankomst, kongresser och symposier.

Arbetsgivaren har ansvar för medarbetarnas fortbildning och kompetensutveckling och ska stå för eventuella kostnader för deltagande i sådana aktiviteter.

Nedan redogörs för olika huvudtyper av sammankomster (a, b, c) varefter mer detaljerade regler för dessa specificeras.

Innehåll: industrin får endast erbjuda sammankomster och sponsring av event som har en koppling till företagets egna verksamhetsområden. Det vetenskapliga och yrkesinriktade programmet ska utgöra den dominerande delen av och syftet med den aktuella sammankomsten.

Kostnader: industrin får bidra till kostnader för lokal, föredragshållare, studiematerial, måttfulla måltider och liknande som är nödvändigt för sammankomstens genomförande.

Resor och logi: får inte bekostas av industrin eller begäras av enskilda deltagare. Bokning av resa och logi får ombesörjas av industrin. Om bokning och betalning görs av industrin ska företagen fakturera deltagarna fullt ut. För möten enligt c) nedan får inte heller bokning av resa eller hotell göras.

Arvodering: deltagare i sammankomster får inte erbjudas arvode av företag och deltagare har inte rätt att motta eller begära arvode för sitt deltagande.

a) Sammankomster arrangerade av industrin

Typexempel: ett terapimöte som industrin finansierar själv eller med deltagaravgifter, hälso- och sjukvårdens deltagare bekostar själva resa och hotell.

Industrin kan själva arrangera, bekosta och stå som avsändare för sammankomster riktade till i huvudsak medarbetare i hälso- och sjukvården.

Inbjudan: inbjudan skickas till relevanta medarbetare, det vill säga den huvudsakliga målgruppen för sammankomsten med kopia till verksamhetschef.

Läkemedelsföretag ska också skicka kopia på inbjudan för kännedom till berörda läkemedelskommittéer. Medicintekniska företag ska, om relevant, skicka kopia till berörda medicin-tekniska chefer.

Vid öppen annonsering av fysiska sammankomster i tryckt eller webbaserad media riktade till en större målgrupp, behöver inbjudningsförfarande enligt ovan inte följas. Samma gäller för deltagande på distans till sådana sammankomster eller distansdeltagande för andra sammankomster som riktar sig till stor målgrupp. Typexempel: Större utbildningstillfälle, kongress eller symposium som annonseras i medicinsk facktidskrift eller dess webbversion och som alla berörda medarbetare kan förutsättas ha åtkomst till.

I inbjudan ska anges syfte och innehåll, den tidsmässiga omfattningen av den planerade sammankomsten, plats, de kostnader företaget eventuellt avser stå för, samt eventuella sidoarrangemang.

Om produktinformation förekommer ska detta tydligt framgå av inbjudan.

Mötesplats: sammankomsten ska normalt tillhandahållas på deltagarens arbetsplats, eller på samma ort som deltagarnas arbetsplats är belägen, eller så nära denna ort som möjligt, om inte särskilda skäl motiverar annat.

b) Sammankomster gemensamt arrangerade av hälso- och sjukvården och industrin

Typexempel: möte anordnat av hälso- och sjukvården, inklusive dess professioner, och industrin där parterna delar på ansvar och kostnader.

Industrin kan i samarbete med hälso- och sjukvården delbekosta och stå som avsändare för sammankomster riktade till i huvudsak medarbetare i hälso- och sjukvården.

Ingen sponsringsituation föreligger eftersom alla parterna är arrangörer.

Mötesplats, inbjudningsförfarande och innehåll: Samma regler som vid 3a) ovan.

Båda parter förväntas bidra till sammankomstens genomförande. Gemensamma kostnader som är nödvändiga för sammankomstens genomförande fördelas mellan parterna, dvs lokal, föredragshållare, studiematerial, måttfulla måltider och liknande. Hälso- och sjukvården står för kostnader för egen personal, som exempel interna föreläsare, kurssekreterare och liknande.

c) Sammankomster arrangerade av hälso- och sjukvården eller tredje part

Typexempel: sammankomst arrangerad av eller på uppdrag av hälso- och sjukvården eller en intresseförening som organiserar medarbetare inom hälso- och sjukvården.

Intäkter från sponsringen får enbart täcka faktiska, dokumenterade, skäliga och direkta kostnader. Vilka som är sponsorer ska kommuniceras i god tid innan sammankomsten.

Sponsring av sammankomster där måltiden utgör den enda faktiska kostnaden får inte begäras eller erbjudas.

Sponsring av hälso- och sjukvårdens interna aktiviteter får inte förekomma t.ex. enskild verksamhets utbildning, planeringskonferens eller personalfest. Inte heller får sådan sponsring begäras eller erbjudas.

Hälso- och sjukvården står för kostnader för egen personal, som exempel interna föreläsare, kurssekreterare och liknande.

Vid förfrågan om sponsring ska arrangören tillhandahålla en fullständig budget för aktiviteten som beslutsunderlag, där samtliga kostnader preciseras. Inom tre månader efter avslutad aktivitet ska uppföljning av budgeten ske där det ekonomiska utfallet redovisas för berörda sponsorer, inklusive utställare. När sponsorintäkterna går jämnt upp med kostnaderna så räcker en enkel skriftlig kommunikation att så är fallet. Om sponsorintäkterna genererar ett överskott ska återbetalning som huvudregel ske till sponsorerna.

4) Konsultation och uppdrag för industrin

Medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvården utgör många gånger ett viktigt inslag i olika aktiviteter, till exempel forskning, utbildning, konferenser, produktutveckling och rådgivande organ, så kallade advisory boards.

Medverkan bör normalt vara ett uppdrag i tjänsten. Om uppdraget är av konsultativ karaktär ska den betraktas som bisyssla. I sådana sammanhang ska gällande bisyssleregler tillämpas.

Uppdraget ska vara skriftligt överenskommet mellan medarbetaren, medarbetarens arbetsgivare och företaget. Hos en offentlig arbetsgivare utgör överenskommelsen allmän handling. Ersättning för utfört arbete ska vara skälig i förhållande till arbetets innehåll och nedlagd tid. Utöver kostnadstäckning för resor, kost och logi får inga andra ersättningar, förmåner eller gåvor förekomma. Ersättning för uppdrag i tjänsten ska utbetalas till arbetsgivaren.

Konsulten ska i överenskommelsen uppmanas att i relevanta situationer som t ex vid uppdrag för myndigheter eller expertorgan vara transparent med uppdraget och inkludera detta i aktuell jävsdeklaration.

Att medverka i ett advisory board är ett uppdrag där industrin engagerar och arvoderar medarbetare i hälso- och sjukvården för att ge oberoende råd och bidra med kunskap inom ett särskilt område där kunskapen inte kan erhållas inom företaget och företaget avser att vidta åtgärder utifrån den information som inhämtats.

Ett advisory board utgör därmed en mindre grupp med ett fåtal deltagare och antalet medarbetare som anlitas ska inte vara högre än vad som är nödvändigt för att uppnå det identifierade målet. Urvalskriterierna vid val av medarbetare ska vara baserade på det identifierade behovet och ansvariga personer från industrin ska ha den erfarenhet som krävs för att kunna utvärdera om en viss person inom hälso- och sjukvården uppfyller dessa krav.

Ett advisory board är en aktivitet som inte får syfta till att påverka deltagarna.

5) Stipendier

Industrin får finansiera stipendium som riktas till hälso- och sjukvården. Ett stipendium delas ut efter nominering till personer för att främja ett visst ändamål. Företag får endast ge stipendium inom ett område som har koppling till företagets egna verksamhetsområden.

Stipendiet ska vara av yrkesförkovrande natur, till exempel framtida utbildning och forskning eller liknande och ska ge mervärde till hälso- och sjukvården. Urvalskriterier, ändamål, stipendiekommitté, motiv till val av stipendiat samt stipendiegivare ska vara offentligt och transparent.

Givaren av stipendiet ska inhämta godkännande av stipendiats arbetsgivare. Stipendium får inte utgöra ersättning för arbete för arbetsgivarens räkning.

Stipendium i form av resa eller deltagande vid kongress får inte utges till hälso- och sjukvårdens medarbetare för att kringgå intentionerna med dessa samverkansregler.

6) Donationer

Donationer får inte ges till hälso- och sjukvårdens interna aktiviteter eller ordinarie verksamhet. Industrins donationer får aldrig begäras eller erbjudas för att finansiera sociala aktiviteter.

Industrins donationer till hälso- och sjukvården får endast ges till forskning och utveckling (FoU) och under förutsättning att donationen är transparent, väldokumenterad, samt i enlighet med denna överenskommelse och dess intentioner.

Donationer får dock inte på något sätt kopplas till tidigare, nuvarande eller potentiellt framtida användning, rekommendation, försäljning eller förskrivning av givarens produkter eller tjänster.

7) Utvecklingsprojekt där hälso- och sjukvården och läkemedelsföretag samverkar

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och läkemedelsföretag kan se ut på olika sätt och ha olika syften.

Med utvecklingsprojekt avses samverkan i projektform kring områden och ämnen med naturlig koppling till de ingående parternas verksamhetsområden. Utvecklingsprojekt får inte startas i syfte att finansiera eller på annat sätt stödja hälso- och sjukvårdens ordinarie verksamhet.

Projektförslag avseende utvecklingsprojekt ska skickas till verksamhetschefen som informerar eventuella relevanta instanser. Ett avtal ska alltid tecknas som reglerar projektets innehåll och omfattning. Ett utvecklingsprojekt får inte utgöra ett personligt uppdrag med en enskild medarbetare, utan avtal ska tecknas mellan läkemedelsföretaget och en enhet inom hälso- och sjukvården.

Avtalet får inte innebära exklusivitet för läkemedelsföretaget att träffa avtal om samarbeten med en eller flera enheter inom hälso- och sjukvården. Avtalet skall tydliggöra sjukvårdens respektive industrins roller och ansvar (t.ex. beträffande hantering av personuppgifter, patientansvar och hur resultaten från ett utvecklingsprojekt får användas).

Såväl hälso- och sjukvården som företaget ska bidra till projektet med resurser såsom ekonomiska medel, material och/eller arbetstid. Fördelningen mellan parternas bidrag ska vara balanserad. Hälso- och sjukvården ska alltid bära sina egna administrativa kostnader förknippade med projektet, t.ex. medarbetares tid eller resor som utförs inom ramen för utvecklingsprojektet.

Det ska finnas en detaljerad projektplan som även ska reglera hur projektet ska utvärderas och erfarenheterna tillvaratas och spridas/offentliggöras. En budget ska alltid biläggas.

Projektet skall vara avgränsat i tid (som regel max 1 år) och inte vara längre eller mer omfattande än vad som är motiverat för att uppnå syftet med projektet. Projektet skall avslutas efter projekttiden.

Samarbetet ska redovisas öppet, för läkemedelsföretag innebär det att de ska tillhandahållas i Läkemedelsindustriföreningens samarbetsdatabas.

Aktiviteter som inte definieras som utvecklingsprojekt i dessa regler är:

- samverkan för att utveckla kommersiella produkter åt företag. Sådana projekt ska utföras inom ramen för konsultavtal,
- erbjudanden till vården kopplade till ett företags läkemedel genom avtal eller upphandling regleras inom ramen för sedvanlig affärsverksamhet, på central regional eller nationell nivå för att upprätthålla en sund konkurrens. Exempel på områden är ordnat införande och exempel på produkter och tjänster som kan omfattas är tester, diagnostik eller avancerade patientstödsprogram.

8) Referenskund

Med referenskund avses en enhet inom hälso- och sjukvården där medicintekniska produkter, tjänster och behandlingsmetoder görs tillgängliga för kunder och intressenter i syfte att utveckla och sprida kunskap om produkter eller tjänsters funktion i daglig drift.

För att ett företag ska kunna ange en enhet som referenskund ska ett avtal som reglerar alla delar av relationen upprättas mellan parterna. I avtalet ska det anges på vilket sätt företaget får använda referenskunden i marknadsföringssyfte.

9) Marknadsundersökningar

Marknadsundersökningar är enkäter, intervjuer och fokusgrupper med olika mål och upplägg och får endast ha som syfte att inhämta information, åsikter och attityder. Undersökningar får inte syfta till att påverka respondent eller förmedla säljbefrämjande kontakter. När företag som omfattas av dessa samverkansregler låter genomföra marknadsundersökningar ska den som utför undersökningen följa de etiska riktlinjerna för marknadsundersökningar enligt ICC/ESOMAR.

Förfrågan om deltagande i marknadsundersökning får endast ske via e-post eller brev om inte annat överenskommit i det enskilda fallet.

Andelen respondenter får inte överskrida det antal som är nödvändigt för att uppnå rimlig säkerhet i resultatet. Respondenters svar ska behandlas strikt konfidentiellt och i enlighet med vid var tid gällande dataskyddslag.

Ersättning för deltagande får inte överskrida vad som är rimligt i förhållande till tidsinsatsen. För snabbt genomförda marknadsundersökningar via telefon eller enkät ska ingen eller endast en symbolisk ersättning utgå. För mer tidsomfattande marknadsundersökning, till exempel med djupintervju, kan en ersättning utgå som motsvarar tidsåtgången, dock högst 2,5 procent av gällande prisbasbelopp/KPI.

Respondenten ansvarar för att vid behov inhämta arbetsgivarens samtycke. Vid ekonomisk ersättning för deltagande i marknadsundersökning som har koppling till yrkesutövningen, bör alltid arbetsgivarens samtycke inhämtas.

2019-12-13

Regionstyrelserna
Kommunstyrelserna

Meddelande från Styrelsen Rekommendation om överenskommelse om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso-och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laborietekniska industrin fr.o.m. 2020

Ärendenr: 19/01386

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har vid sammanträde den 13 december 2019 beslutat

att godkänna överenskommelsen om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso-och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laborietekniska industrin,

att rekommendera regioner och kommuner att för sin del anta överenskommelsen, samt

att informera regioner och kommuner om beslutet.

Bakgrund

Sedan många år finns gemensamt överenskomna regler, kallade *Samverkansreglerna*, om vad som gäller när hälso- och sjukvårdens och industrins medarbetare och chefer ska samverka med varandra inom olika områden. Parter är Sveriges Kommuner och Regioner, Läkemedelsindustriföreningen, Swedish Medtech och Swedish Labtech.

Kärnan i *Samverkansreglerna* rör fortbildning och information av olika slag men även stipendier, donationer, konsultationer, utvecklingsprojekt m.m. Samverkan runt kvalitetsregister, kliniska prövningar och biobanker omfattas inte, men hänvisning till *Samverkansreglerna* finns i dessa regelverk, som överenskomms med industriorganisationerna i särskild ordning.

Samverkansreglerna reviderades senast för sex år sedan. Nu behöver de moderniseras och uppdateras till dagens kontext. Inga förändringar av större dignitet föreslås, mer än förtydliganden och förenklingar för att göra dem mer kommunicerbara. Trots

att *Samverkansreglerna* funnits länge behöver kunskapen om dem förbättras i hälso- och sjukvården. Det förekommer såväl ”beröringskräck” som alltför vidlyftig samverkan. Båda är exempel på bristande kunskap om reglerna och dess intentioner och är signaler om behov av ökad förståelse, dels för vikten av samverkan med industrin, men också om de yttre ramarna för den. Förtroendet för det offentliga får inte riskera att skadas och roller och ansvar måste därför vara tydliga för alla inblandade parter vid samverkan.

SKR erfar att medlemmarna generellt har otillräcklig överblick och kontroll över vilka industrisamarbeten som förekommer i sina verksamheter, vilket också stöds av rapporten *Sponsring med eftertanke?* från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018. En större samordning över industrirelationer från sjukvårdshuvudmännens sida med transparens, ger bättre förutsättningar för en tillitsfull samverkan och utveckling för både hälso- och sjukvård som industrin.

Den största förändringen inför 2020 är att *Samverkansreglerna* föreslås delas upp och bestå av två delar: En gemensamt överenskommen policy med bärande principer och regler av långsiktig karaktär, vilka utgör grunden för samverkan. En klok och insiktsfull tillämpning av dessa kan vara fullt tillräcklig för att samverkan sker på ett förtroendefullt sätt. Som stöd för samverkan finns även en bilaga med specificerade samverkanssituationer, vilken kommer uppdateras mer löpande för största möjliga aktualitet. Både överenskommelse och bilaga är styrande för samverkan.

Information om vid varje tidpunkt gällande samverkansregler återfinns på SKR:s webbplats, skr.se.

Förutom att för sin del anta överenskommelsen förväntas regioner och kommuner verka för en god följsamhet till samverkansreglerna och att deras medarbetare och chefer har kunskap om dem.

Överenskommelse om samverkansregler med bilaga redovisas i **bilaga 1a och 1b**.

Sveriges Kommuner och Regioner



Anders Knappe
Ordförande

9

Rekommendation från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) om marknadsföring av hälso- och sjukvård

19RS10261

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 19RS10261

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Rekommendation från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) om marknadsföring av hälso- och sjukvård

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen

att i enlighet med rekommendation från styrelsen för SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) införa och tillämpa riktlinjer för marknadsföring av hälso- och sjukvård, samt

att i nästa revidering införa riktlinjen i Krav- och kvalitetsbok för Hälsoval Örebro län.

Sammanfattning

Frågor om marknadsföring av hälso- och sjukvård har fått ökad aktualitet de senaste åren, bland annat på grund av framväxten av vårdgivare som erbjuder hälso- och sjukvård via digitala kanaler över hela landet. Även om grundläggande bestämmelser finns i Marknadsföringslagen, finns samtidigt ett behov av komplettering och förtydliganden utifrån de förhållanden som gäller i hälso- och sjukvården.

SKR har nu i samverkan med regionerna arbetat fram nationella riktlinjer för marknadsföring. Riktlinjerna tar sikte på vårdgivare inom offentligfinansierad hälso- och sjukvård och är teknikneutrala i den mening att de omfattar all hälso- och sjukvård, oavsett om den erbjuds fysiskt eller digitalt. Syftet är att skapa tydliga villkor för marknadsföring av hälso- och sjukvård och bidra till att invånare får god och relevant information om de tjänster som erbjuds.

I riktlinjerna anges exempelvis att vårdgivare inte får marknadsföra sig och sina vårdtjänster med fokus på avgifters storlek. Vårdgivare får inte heller rikta sin marknadsföring till barn och ungdomar under 18 år. Av SKR:s rekommendation framgår att riktlinjerna behöver införas i regionernas etableringsvillkor för primärvård för att få genomslag i praktiken.

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälsa- och sjukvård, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 19RS10261

Enligt förslaget till beslut föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden att regionstyrelsen antar överenskommelsen i enlighet med rekommendation från styrelsen för SKR (Sveriges Kommuner och Regioner), och att den i nästa revidering införs i Krav- och kvalitetsbok för Hälsoval Örebro län.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Det föreslagna beslutet väntas inte medföra några konsekvenser för miljön, barn och jämställdhet jämfört med i dag.

Ekonomiska konsekvenser

Det föreslagna beslutet väntas inte medföra några ekonomiska konsekvenser jämfört med i dag.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM angående rekommendation från SKR om marknadsföring av hälso- och sjukvård

Rekommendationen från SKR:s styrelse om marknadsföring av hälso- och sjukvård

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Regionstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Regionkansliet, Staben Hälsa- och sjukvård

Regionstyrelserna

Meddelande från styrelsen – Marknadsföring av hälso- och sjukvård

Ärendenr: 19/01120

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har vid sammanträde den 13 december 2019 beslutat

att fastställa riktlinjer för marknadsföring av hälso- och sjukvård i enlighet med vad som redovisas i bilaga 1

att i skrivelse till regionerna rekommendera dem att införa och tillämpa riktlinjerna.

Bakgrund

Frågor om marknadsföring av hälso- och sjukvård har fått ökad aktualitet de senaste åren, bland annat mot bakgrund av framväxten av vårdgivare som erbjuder hälso- och sjukvård via digitala kanaler över hela landet. Samtidigt som det finns ett stort behov av att utveckla nya smarta sätt att tillhandahålla hälso- och sjukvård är det angeläget för Sveriges regioner, som huvudmän för hälso- och sjukvården, att skapa förutsättningar för att nya arbetssätt och nya erbjudanden kan integreras i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården på ett sätt som är långsiktigt hållbart.

Ett viktigt led i ett arbete som stödjer utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård handlar därför om att skapa tydligare spelregler inom olika områden. Marknadsföring av hälso- och sjukvård är ett sådant område. Även om grundläggande bestämmelser finns i Marknadsföringslagen, finns samtidigt ett behov av att komplettera och förtydliga detta utifrån de förhållanden som gäller i hälso- och sjukvården.

SKR har under en längre tid undersökt på vilket sätt en förändring kan åstadkommas och har nu i samverkan med regionerna arbetat fram nationella riktlinjer för marknadsföring. Riktlinjerna tar sikte på vårdgivare inom offentligfinansierad hälso- och sjukvård och är teknikneutrala i den mening att de omfattar all hälso- och sjukvård, oavsett om den erbjuds fysiskt eller digitalt. Syftet är att skapa tydliga villkor för marknadsföring av hälso- och sjukvård och bidra till att invånare får god och relevant information om de tjänster som erbjuds. En marknadsföring som är tydlig, informativ, baserad på fakta och som bygger på gemensamma principer kan även bidra till att underlätta invånarens val samt upprätthålla ett högt förtroende för svensk hälso- och sjukvård.

För att riktlinjerna ska få genomslag i praktiken krävs att respektive region beslutar att införa riktlinjerna, t.ex. genom att de utgör del av etableringsvillkor för primärvård och i övrigt ingår i verksamhetens styrande regler. Det är även respektive region som, i egenskap av huvudman, har att bevaka att riktlinjerna följs av de av regionen finansierade vårdgivarna.

Rekommendationen redovisas i bilaga 1.

Sveriges Kommuner och Regioner



Anders Knape
Ordförande

Avdelningen för vård och omsorg

Rekommendation om riktlinjer för marknadsföring av hälso- och sjukvård

Beslut

Styrelsen beslöt vid sammanträde den 13 december 2019

att fastställa riktlinjer för marknadsföring av hälso- och sjukvård.

att i skrivelse till regionerna rekommendera dem att införa och tillämpa riktlinjerna.

I det följande redovisas bakgrund, utgångspunkter samt de beslutade riktlinjerna.

Bakgrund

Frågor om marknadsföring av hälso- och sjukvård har fått ökad aktualitet de senaste åren, bland annat mot bakgrund av framväxten av vårdgivare som erbjuder hälso- och sjukvård via digitala kanaler över hela landet. Samtidigt som det finns ett stort behov av att utveckla nya smarta sätt att tillhandahålla hälso- och sjukvård med stöd av digitala lösningar är det angeläget för Sveriges regioner, som huvudmän för hälso- och sjukvården, att skapa förutsättningar för att nya arbetssätt och nya erbjudanden kan integreras i det offentligfinansierade hälso- och sjukvårdssystemet på ett sätt som är långsiktigt hållbart. Och på ett sätt som värnar principerna om en god vård som ges efter behov, är kostnadseffektiv och som systematiskt kvalitetssäkras och utvecklas.

Ett viktigt led i ett arbete som stödjer utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård handlar därför om att skapa tydligare spelregler inom olika områden. Marknadsföring av hälso- och sjukvård är ett sådant område. Även om grundläggande bestämmelser om marknadsföring finns i Marknadsföringslagen, finns samtidigt ett behov av att komplettera och förtydliga detta utifrån de förhållanden som gäller i hälso- och sjukvården, där exempelvis de etiska avvägningarna är särskilt viktiga. Därutöver finns idag inga regiongemensamma regler eller etiska principer för marknadsföring. SKR har under en längre tid undersökt på vilket sätt en förändring kan åstadkommas och har nu i samverkan med regionerna arbetat fram nationella riktlinjer för marknadsföring. Syftet är att skapa tydliga villkor för marknadsföring av hälso- och sjukvård och bidra till att invånare får god och relevant information om de tjänster som erbjuds inom offentligfinansierad hälso- och sjukvård. En marknadsföring som är tydlig, informativ, baserad på fakta och som bygger på gemensamma principer kan även bidra till att underlätta invånares val samt upprätthålla ett högt förtroende för svensk hälso- och sjukvård.

För att riktlinjerna ska få genomslag i praktiken krävs att respektive region beslutar att införa riktlinjerna, t.ex. genom att de utgör del av etableringsvillkor för primärvård och i övrigt ingår i verksamhetens styrande regler. Det är även respektive region som, i egenskap av huvudman, har att bevaka att riktlinjerna följs av de av regionen finansierade vårdgivarna.

Utgångspunkter för nationella riktlinjer

- Riktlinjerna tar sikte på vårdgivare inom offentligfinansierad hälso- och sjukvård, exklusive tandvård.
- Riktlinjerna är teknikneutrala i den mening att de inte är begränsade till sådan hälso- och sjukvård som erbjuds genom digitala tjänster.
- Riktlinjerna kompletterar det som redan följer av lagstiftning, t.ex. marknadsföringslagen.
- Riktlinjerna är inte uttömmande, utan avgränsade till ett fåtal områden där behovet av harmonisering bedöms särskilt viktigt.
- Riktlinjerna är utformade på ett som gör dem hållbara över tid.

Riktlinjer för marknadsföring av hälso- och sjukvård

Definitioner

Vad är marknadsföring?

Med marknadsföring avses vårdgivares reklam och andra åtgärder som är avsedda att främja avsättningen av och tillgången till vårdgivarens tjänster och produkter.

Vad är information?

Med information avses objektiv och faktabaserad information som vårdgivaren tillhandahåller invånare, t.ex. information om patientlagen, öppettider etc.

Grundläggande krav på marknadsföring av hälso- och sjukvård

Utgångspunkter

Vårdgivares marknadsföring ska

- vara saklig, korrekt och relevant,
- ha en god etisk och seriös framtoning som inte riskerar att rubba förtroendet, för vårdgivaren eller för uppdragsgivande region,
- ske med måttfullhet och med stort hänsynstagande till mottagaren,
- endast uppmuntra till vård som är medicinskt motiverad, och
- ha sin utgångspunkt i det uppdrag som anges mellan vårdgivare och region.

Identifikation och avsändare

Vårdgivares marknadsföring ska utformas och presenteras så att det tydligt framgår att det är fråga om marknadsföring. Det ska även vara tydligt för mottagaren att det är vårdgivaren som svarar för marknadsföringen.

Medium/kanal för marknadsföring

Marknadsföring ska ske i sådana sammanhang och på sådant sätt att den inte kan anses som stötande eller kränkande. Vid val av medium bör endast sådana användas som bibehåller och positivt påverkar uppfattningen om hälso- och sjukvård som seriösa verksamheter.

Pris och avgifter

Vårdgivare får inte marknadsföra sig och sina vårdtjänster med fokus på avgifters storlek.

Vårdgivare får inte marknadsföra sina tjänster som gratis, avgiftsfritt eller med annat uttryck som indikerar eller framhäver vårdtagarens begränsade eller obefintliga kostnad för vårdgivarens tjänster i det enskilda fallet. Det är dock tillåtet för vårdgivare att ange tillämpliga avgifter, så att vårdtagare på förhand förstår kostnaden för sin vårdkontakt.

Vårdgivare får inte ge erbjudanden om rabatterade besök, erbjuda tjänster, produkter eller annat av ekonomiskt värde som ett led i vårdtagarens marknadsföring. Vårdgivare får inte marknadsföra vårdtjänster på kredit.

Marknadsföring till barn- och ungdomar

Vårdgivare får inte rikta sin marknadsföring till barn och ungdomar under 18 år.

Vårdgivares marknadsföring får inte tillgängliggöras inför eller i program i radio, tv eller på webbsidor på internet som vänder sig till barn och ungdomar, eller vars besökare till stor andel består av barn och ungdomar.

Oaktat förbudet mot marknadsföring till barn och ungdomar är det tillåtet för vårdgivare att ge information till barn och ungdomar om hälso- och sjukvård.

Vårdgivares ansvar

Vårdgivare ansvarar för att dessa riktlinjer och tillämpliga lagar och regler iakttas och efterföljs vid informationsgivning och marknadsföring. Marknadsföring som inte är förenlig med dessa riktlinjer utgör ett avtalsbrott av väsentlig betydelse. I XX YY (vårdavtal, regelbok, etc) stadgas särskilt om de påföljder som kan göras gällande om vårdgivare inte följer riktlinjerna.

10

Upphandling av vårdavtal
avseende lymfterapeutiska
behandlingar

20RS499

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Mikael Johansson

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS499

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Upphandling av vårdavtal avseende lymfterapeutiska behandlingar

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att upphandla lymfterapeutiska behandlingar motsvarande nuvarande avtal och ekonomiska utrymme.

Sammanfattning

Regionen har behov av lymfterapeutiska behandlingar och Region Örebro län (organisationsnummer 232100-0164) har idag två vårdavtal gällande lymfterapeutiska tjänster med Lymfkliniken i Örebro, Stenström & Kullberg AB (organisationsnummer 630908-4827) samt Lymfkliniken Karlskoga HB (organisationsnummer 916575-3535). Slutdatum för båda vårdavtalen är 2021-02-28 och det finns ingen möjlighet till förlängning. Budgeten för respektive avtal är cirka 2,1 mnkr/år på mottagningen i Örebro samt cirka 0,7 mnkr/år i Karlskoga.

Ärendebeskrivning

Ett lymfödem karakteriseras av en stor ansamling vätska i vävnaden. Den vanligaste patientgruppen som kommer till lymfterapeuten med ett lymfödem är cancerpatienter som har opererat bort lymfkörtlar i armhåla eller ljumske samt strålbehandlats. Det gäller ofta bröst-, gyn- och prostatacancerpatienter.

Lymfterapi består av fem delar: djupandning, manuellt lymfdränage, rörelseövningar, kompression och hudvård. Manuellt lymfdränage är en massage som stödjer lymfsystemets arbete med att transportera bort vätska och slaggprodukter från vävnaderna.

Vid varje lymfterapeutisk behandling sker en mätning av extremitet samt instruktion om egenvård - bandagering, rörelseträning, andningsteknik, hudvård och egenmassage.

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Mikael Johansson

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS499

Mindre frekvent sker:

- behandling med manuellt lymfdränage, bandagering av extremiteten med kompressionsbindor samt utprovning av kompressionsstrumpor.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Ärende har inga konsekvenser på miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Kostnaden för nuvarande avtal uppgår till sammanlagt 2 800 000 kronor under 2020. Verksamheten bedrivs inom befintlig budget.

Uppföljning

Hälsovalsenheten följer upp verksamheten och årligen görs en enkätuppföljning.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 26 februari 2020.

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

11

Utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation

20RS1788

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1788

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att återkomma till nämnden senast den 31 mars med förslag till hur de rekommendationer och förslag till fördjupat arbete som lyfts fram i rapporten "Utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation" vidare skall handläggas inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, med särskild hänsyn tagen till ett närvarande och aktivt ledarskap.

Sammanfattning

Regionfullmäktige har gett hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag att genomföra en utvärdering av befintlig organisering av hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsdirektören har därför initierat en utredning med uppgift att dels genomföra en utvärdering, dels rekommendera viktiga åtgärder för att ställa om verksamheten så att målen i Målbild 2030 kan nås. Dessutom ska åtgärderna göra att en långsiktig ekonomisk balans uppnås.

Rapporten redovisades för nämnden genom en föredragning i januari. Den innehåller rekommendationer och förslag till fördjupat arbete. Hälso- och sjukvårdsdirektören föreslås nu att få i uppdrag att senast 31 mars redovisa förslag till hälso- och sjukvårdsnämnden om hur utvärderingens rekommendationer och förslag till fördjupat arbete ska handläggas inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet innebär inga konsekvenser för de aktuella perspektiven jämfört med nuläget.

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Gabriel Stenström

Sammanträdesdatum
2020-02-26

FöredragningsPM
Dnr: 20RS1788

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser jämfört med nuläget.

Beslutsunderlag

Föredragnings-PM hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-02-26, angående utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation
Rapporten ”Utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation”

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation

Utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation

Hans Karlsson och Gabriel Stenström

2019-01-02

Sammanfattning

Regionfullmäktige har gett Hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag att under 2019 genomföra en utvärdering av befintlig organisering av hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsdirektören har därför initierat en utredning med uppgift att dels genomföra en utvärdering, dels rekommendera viktiga åtgärder för att ställa om verksamheten så att målen i Målbild 2030 kan nås. Dessutom ska åtgärderna göra att en långsiktig ekonomisk balans uppnås. Denna rapport är en redovisning av det uppdraget.

Utredningen har identifierat tolv mål för hur Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är organiserad. Organisationens förmåga att stödja dessa mål har sedan utvärderats med hjälp av workshops där företrädare för verksamheter, medarbetare och kommuner har deltagit.

Fakta kring förvaltningens resultat har inhämtats. Relevanta dokument inom Region Örebro län har sammanställts och trender inom svensk hälso- och sjukvård har beaktats. Utredningen har dessutom genomfört en undersökning av hälso- och sjukvårdens organisering i tolv av landets regioner. Den visar att det inte finns någon enhetlig bild av hur regionerna väljer att organisera sin hälso- och sjukvård.

Utredningens sammanfattande bedömning är att det inte finns stöd för någon radikal organisationsförändring. Istället lämnar utredningen ett antal rekommendationer och anger några områden där ett fördjupat arbete anses nödvändigt:

- * Ta fram en konkret målbild för Nära vård i tät samverkan och dialog med länets samtliga kommuner.
- * Säkerställ lokala mötesplatser på sjukhusorterna och tydliggör närsjukvårdschefernas ansvar och mandat att etablera och utveckla dessa mötesplatser.
- * Öka normeringen inom förvaltningen. Det gäller både hur verksamheterna skall beskriva behov, hur verksamheten ska följas upp och hur stödfunktioner ska arbeta.
- * Tydliggör linjechefernas ansvar för processer, utöver det renodlade linjeansvaret.
- * Förstärk förmågan till förbättring och förändringsledning.
- * Tydliggör universitetssjukhusets roll som länsdelssjukhus.
- * Klargör psykiatrins organisatoriska tillhörighet.
- * Utred hur primärvården ska kunna agera sammanhållet.
- * Utred vilka verksamheter som ytterligare skulle kunna organiseras som länsverksamheter.

Innehåll

1.	Inledning	7
1.1	Utredningens direktiv	7
1.2	Projektorganisation	8
2.	Nuvarande organisation för hälso- och sjukvård	9
2.1	Närsjukvårdsområden	9
2.1.1	Områdeschef för närsjukvårdsområde	10
2.2	Länsverksamhetsområden	10
2.2.1	Områdeschef för länsverksamhetsområde	10
2.2.2	Länkliniker	11
2.2.3	Verksamhetschef för länsverksamhet	11
2.3	Politiska beslut om organisationen	11
2.3.1	Kopplingen mellan tjänstemannaorganisationen och den politiska organisationen	11
2.4	Resultat	12
3.	Relevanta dokument inom Region Örebro län	13
3.1	Målbild 2030	13
3.2	Omvärldsrapport	13
3.3	Regional utvecklingsstrategi (RUS)	14
3.4	Övriga regionala strategier	14
3.4.1	Örebro läns regional digitala agenda	15
3.4.2	Strategisk kompetensförsörjningsplan	15
3.4.3	Handlingsplan för jämställd vård	15
4.	Omvärldsbevakning	17
4.1	Andra regioners hälso- och sjukvårdsorganisationer ..	17
4.1.1	Samlad förvaltning	17
4.1.2	Närsjukvårdsområden	17
4.1.3	Kliniker med länsuppdrag	17
4.1.4	Primärvårdens organisation	18
4.1.5	Psykiatri	18
4.2	Utvecklingsriktningar inom vården	18
4.2.1	Nära vård	18
4.2.2	Koncentration	19

4.2.3	Kunskapsstyrning.....	19
5.	Utredningens arbete.....	20
5.1	Identifiering av målen med organiseringen	20
5.2	Workshops	20
5.3	Fördjupad dialog med facken.....	21
5.4	Intervjuer	21
5.5	Faktainsamling och analys.....	21
6.	Utvärdering av organisationens mål.....	22
6.1	Effektivt utnyttjande av resurser	22
6.2	Jämlik och jämställd vård	23
6.3	Tillgänglig vård	24
6.4	Högkvalitativ vård.....	25
6.5	Stödja forskning och utbildning samt integration med Örebro universitet	25
6.6	Stödja invånarperspektivet "Jag har fokus på hälsan".....	26
6.7	Stödja invånarperspektivet "Jag är en aktiv del av vårdteamet"	27
6.8	Stödja invånarperspektivet "Jag får vård som håller hög kvalitet"	28
6.9	Stödja medarbetarperspektivet "Jag har de förutsättningar jag behöver för att ta mitt ansvar i mötet med patienten och för att trivas på min arbetsplats"	28
6.10	Stödja organisationsperspektivet "Vi är en kunskapsorganisation som ständigt utvecklas"	29
6.11	Ekonomi i balans.....	30
6.12	Samverkan med aktörer inom och utom organisationen	31
7.	Diskussion	33
7.1	Kort tid efter stor förändring.....	33
7.2	Skärningen mellan process och linje.....	33
7.3	Vad är organisation? Vad är arbetssätt?	34
7.4	Stödfunktioner	34
7.5	Behov av mötesplatser.....	35

7.6	Är förvaltningen rustad för nära vård?	35
7.7	Workshopdeltagarnas förslag till organisationsförändringar.....	36
8.	Rekommendationer och fortsatt arbete.....	37
8.1	Rekommendationer	37
8.2	Områden för fördjupat arbete	38

Bilagor:

- * 1A: Protokollsutdrag, landstingsstyrelsen 2014-12-09 "§ 264 En utvecklad hälso- och sjukvårdsorganisation – närsjukvård och länsverksamhet"
- * 1B: Bilaga §264 "En utvecklad hälso- och sjukvårdsorganisation"
- * 2: Målbild 2030 (antagen av regionfullmäktige i juni 2019)
- * 3A: Organisationsskiss, hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- * 3B: Verksamheter på Karlskoga lasarett
- * 3C: Verksamheter på Lindesbergs lasarett
- * 3D: Verksamheter på Universitetssjukhuset i Örebro
- * 4A: Ur Hälso- och sjukvårdsrapporten, SKL 2019
- * 4B: Ur Hälso- och sjukvårdsrapporten, SKL 2018
- * 4C: Resultatöversikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden, SKL 2017
- * 4D: Nettokostnad vård – kostnader för primärvård, specialiserad psykiatrisk vård och specialiserad somatisk vård 2014-2018 för de regioner som ingår i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
- * 4E: Andel operationer inom vårdgarantin område OO 2015-2019
- * 4F: Andel nybesök inom vårdgarantin område OO 2015-2019
- * 4G. Måluppfyllelse vårdgaranti ortopedi och ögonsjukvård
- * 5: Övriga förbättringsförslag, lämnade vid workshops

Referenser:

- * Regional utvecklingsstrategi (antagen av regionfullmäktige i mars 2018)
- * Omvärldsrapport 2019, Region Örebro län
- * Örebro läns regionala digitala agenda 2014-2020
- * Strategisk kompetensförsörjningsplan, Region Örebro län
- * Handlingsplan för jämställd vård, Region Örebro län
- * Träning ger färdighet (Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård SOU 2015:98)

1. Inledning

1.1 Utredningens direktiv

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska under 2019 genomföra en utvärdering av befintlig organisering av hälso- och sjukvården. Det framgår av den verksamhetsplan som regionfullmäktige har antagit. I utvärderingen ska Målbild 2030 beaktas.

“Utvärderingens förslag ska vara framtidsfokuserade och bland annat ta utgångspunkt i att erbjuda en tillgänglig vård av hög kvalitet, ett närvarande och aktivt ledarskap, ekonomi i balans och demografiska förändringar. Resultatet ska lägga grunden för framtidstro och fortsatt högt förtroende för sjukvården.”

- ur regionfullmäktiges verksamhetsplan för 2019, uppdrag 13

Med anledning av uppdraget beslutade Hälso- och sjukvårdsdirektören i juni 2019 om ett uppdragsdirektiv. Enligt direktivet ska utvärderingen ta hänsyn till följande faktorer:

- Pågående statliga utredningar och beslut som berör nära vård och nivåkoncentrering.
- De faktorer som framkommit i omvärldsrapporterna för 2017 och 2018 gällande bland annat demografisk utveckling, teknisk utveckling och digitala lösningar.
- Pågående arbete och målsättning med omställning till en nära vård kombinerat med förstärkt högspecialiserad vård och utvecklad universitetssjukvård.
- Övriga mål och strategiarbeten inom regionen, framför allt RUS (Regional utvecklingsstrategi).
- Resultat från kvalitetsregister, AT-ranking, Dagens medicins utvärderingar och dylikt.

Uppdraget för utvärderingen formulerades på följande sätt:

1. Kartlägga och utvärdera förvaltningens förmåga att leverera enligt uppsatta mål med den nya hälso- och sjukvårdsorganisationen.
 - a. Styrkor och svagheter i nuvarande organisering inklusive fördelar/nackdelar.
 - b. Dess möjligheter att erbjuda god och tillgänglig vård av hög kvalitet.
 - c. Dess möjligheter att erbjuda ett aktivt ledarskap och tillitsfullt medarbetarskap
 - d. Gränssnitt mot andra förvaltningar/funktioner inom Region Örebro län
2. Rekommendera viktiga åtgärder i det kommande strategiarbetet för att;
 - a. Ställa om och inrikta verksamheten så att målen i målbild 2030 kan nås.
 - b. Uppnå långsiktig ekonomisk balans med ett effektivt utnyttjande av resurser i form av kompetens, lokaler och utrustning

Slutrapport ska enligt uppdragsdirektivet lämnas till hälso- och sjukvårdsnämnden senast den 31 december.

1.2 Projektorganisation

Projektägare:

Jonas Claesson, hälso- och sjukvårdsdirektör från och med 1 november 2019

Lena Adolfsson, tillförordnad hälso- och sjukvårdsdirektör till och med 31 oktober 2019

Styrgrupp:

Jonas Claesson, Hälso- och sjukvårdsdirektör, från och med 1 november, ordförande

Lena Adolfsson, biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör

Gustav Ekbäck, planeringschef Hälso- och sjukvården

Jan Sundelius, samordnare nära vård

Mats G Karlsson forsknings- och utbildningschef

Projektledare:

Hans Karlsson, verksamhetschef Slutenvården, Sjukhuset Arvika, Region Värmland

Biträdande projektledare:

Gabriel Stenström, utredare, Regionkansliet

Dessutom har medarbetare vid SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) deltagit i arbetet genom faktainsamling och analys.

2. Nuvarande organisation för hälso- och sjukvård

Den hälso- och sjukvård som Region Örebro län bedriver i egen regi är organiserad i en förvaltning (hälso- och sjukvårdsförvaltningen), med en förvaltningschef (hälso- och sjukvårdsdirektören).

Inom förvaltningen finns tio områden:

- * Område närsjukvård väster
 - * Område närsjukvård norr
 - * Område närsjukvård Örebro
 - * Område närsjukvård söder
 - * Område medicin och rehabilitering
 - * Område opererande och onkologi
 - * Område thorax, kärl och diagnostik
 - * Område habilitering och hjälpmedel
 - * Område psykiatri
 - * Område forskning och utbildning
- (Se även bilagan Organisationsskiss, hälso- och sjukvårdsförvaltningen)

Sedan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bildades 2014 har förvaltningen haft tre ordinarie förvaltningschefer och tre tillförordnade:

Jan Olsson 2014 – november 2016

Ingrid Östlund (tillförordnad) december 2016 – mars 2017

Mats G Karlsson (tillförordnad) april 2017 – maj 2017

Lars Lundgren maj 2017 - januari 2019

Lena Adolfsson (tillförordnad) februari 2019 – oktober 2019

Jonas Claesson från och med 1 november 2019

Nedanstående beskrivning av vårdens organisation och chefernas mandat är hämtad ur det dokument som var underlag för landstingsstyrelsens beslut i december 2014 om att en organisationsförändring skulle träda i kraft den 1 april 2015 (se bilaga LS 141209 Landstingsdirektörens förslag). I texten nedan benämns dokumentet ”beslutsunderlaget från 2014”.

2.1 Närsjukvårdsområden

I närsjukvårdsområdena ska enligt beslutsunderlaget från 2014 verksamheter vara organiserade som huvudsakligen har ett lokalt inriktat uppdrag och där en likartad verksamhet bör bedrivas i alla länsdelar. Det innebär allmänmedicin, basal akutsjukvård inklusive ambulanssjukvård och viss specialiserad öppen vård.

För patienten ska den hälso- och sjukvård som är vanlig och ofta förekommande så långt som möjligt kunna fås lokalt inom närsjukvårdsområdet. Det kan bland annat röra sig om vård vid kroniska sjukdomar och för äldre, barn och ungdomar.

2.1.1 Områdeschef för närsjukvårdsområde

Närsjukvårdschefen har enligt beslutsunderlaget från 2014 i sin roll ett linjeansvar för det områdets primärvård och den lokalt organiserade specialiserade hälso- och sjukvården. I process- och samordningsansvaret ingår att företräda regionens samlade hälso- och sjukvård i respektive länsdel. Närsjukvårdschefen ansvarar dessutom för det lokala samarbetet med kommunen eller kommunerna när det gäller de mest sjuka äldre, psykiatrin, missbruksvården och andra samarbetsområden. Närsjukvårdschefen har också ett samlat ansvar för de lokala anläggningarna och företräder hälso- och sjukvården gentemot den interna serviceorganisationen och externa aktörer.

2.2 Länsverksamhetsområden

Länsverksamhetsområden är enligt beslutsunderlaget från 2014 en förutsättning för att patienter i de fyra närsjukvårdsområdena ska få tillgång till länets samlade specialistkompetens på lika villkor. Samtidigt underlättas samarbetet när det gäller rekrytering av särskilt eftertraktad specialistkompetens, samt forskning och utbildning. Länsverksamhetsområdena ska ha ett särskilt fokus på samordning av produktionsplanering.

Verksamheter som har ett uttalat länsorienterat uppdrag och där olika vårdnivåer kan erbjudas i olika länsdelar är organiserade som länsverksamheter. Detta skapar en struktur för både koncentration av vissa delar av verksamheten och nära lokalisering av andra delar. Samtidigt väntas organisering i länsverksamheter gynna rekrytering, samordning och hushållning med tillgängliga kompetenser samt god och samordnad produktion.

2.2.1 Områdeschef för länsverksamhetsområde

Områdeschefen för ett länsverksamhetsområde har enligt beslutsunderlaget från 2014 ett linjeansvar för de kliniker och verksamheter som ingår i området. Detta linjeansvar innebär ett samlat arbetsgivaransvar inklusive arbetsmiljö, ekonomi och vårdverksamhet innefattande produktion och kvalitet. I process- och samordningsansvaret ingår att i samverkan med alla närsjukvårdschefer planera och samordna ingående länsklinikers verksamhet inom närsjukvårdsområdena. I detta ansvar ingår bland annat läkarförsörjningen till akutmottagningarna. Områdescheferna för länsverksamhetsområden ansvarar också för processutvecklingen inom och mellan närsjukvårdsområdena för att uppnå uppsatta mål för kvalitet, produktion och tillgänglighet.

2.2.2 Länskliniker

Inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns sju länskliniker, fördelade mellan två områden: Opererande och onkologi samt Thorax, kärl och diagnostik. De länskliniker som finns är: ANIVA-kliniken, Kirurgiska kliniken, Kvinnokliniken, Ortopediska kliniken, Arbets- och miljömedicin, Laboratoriemedicin samt Röntgenkliniken.

Att vara länsklinik innebär enligt beslutsunderlaget att på länsnivå ansvara för verksamhet vid flera sjukhus med en gemensam chef. En länsklinik har en gemensam produktionsplanering för besök, behandlingar och operationer. Genom samordning ska specialistkompetens, lokal, bemanning och utrustning kunna användas mer effektivt.

2.2.3 Verksamhetschef för länsverksamhet

Verksamhetschefens linjeansvar enligt beslutsunderlaget:

- Utbud, kvalitet och tillgänglighet i länsverksamheten
- Samlat arbetsgivaransvar för länsverksamheten
- Forskning och utbildning inom länsverksamheten

Verksamhetschefens samverkansansvar:

- Gentemot närsjukvården
- Gentemot andra länsverksamheter
- Gentemot andra parter, kommuner med flera

2.3 Politiska beslut om organisationen

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bildades 1 januari 2014 efter ett beslut i landstingsstyrelsen (som idag motsvaras av regionstyrelsen) i september 2013. Den nuvarande organiseringen av förvaltningen med närsjukvårdsområden och länsverksamhetsområden infördes den 7 april 2015 efter ett beslut i landstingsstyrelsen i december 2014. Enligt beslutet ska "ett särskilt fokus" läggas på "utvecklingen av allmän internmedicin vid universitetssjukhuset för närsjukvårdsområdena Örebro och Söder."

2.3.1 Kopplingen mellan tjänstemannaorganisationen och den politiska organisationen

Den 1 januari 2019 trädde en ny politisk organisation i kraft inom Region Örebro län. Den innebär att Hälso- och sjukvårdsnämnden är ansvarig vårdgivare för all hälso- och sjukvård i Region Örebro län. Nämnden för forskning och utbildning är ansvarig för den forskning som bedrivs inom hälso- och sjukvård.

Nämnderna ska se till att verksamheten, inom de tilldelade ekonomiska ramarna, bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt

de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnderna ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Nämnderna står under regionstyrelsens uppsikt och ansvarar för sin verksamhet inför regionfullmäktige.

2.4 Resultat

En sammanfattande bedömning av det resultat som Hälso- och sjukvårdsförvaltningen presterar är att förvaltningen inte på något dramatiskt sätt avviker från landets hälso- och sjukvård i övrigt. Bedömningen vilar på nationella jämförelser som sammanställts av SKR, Sveriges kommuner och regioner, och som redovisas i bilagorna 4A-4C.

När det gäller vårdens kostnader har utredningen låtit göra en särskild jämförelse inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Den omfattar tidsperioden 2014-2018, fördelat på primärvård, specialiserad psykiatrisk vård och specialiserad somatisk vård. Inte heller ur denna aspekt är Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Örebro län på något sätt avvikande, se bilaga 4D.

Utredningen redovisar också en sammanställning av hur stor andel av patienterna inom Område opererande och onkologi som får nybesök respektive operation inom de 90 dagar som vårdgarantin föreskriver. Resultatet visar att andelen nybesök har ökat kraftigt medan andelen operationer är oförändrat, se bilagorna 4E och 4F.

Avslutningsvis har utredningen tittat närmare på en verksamhet som är länsklirik (ortopedin) och en verksamhet som inte är det (ögonsjukvård). Materialet är hämtat från Väntetider i vården, statistik över tillgängligheten till svensk hälso- och sjukvård. Statistiken redovisas av alla regioner via Sveriges kommuner och Regioner. Statistiken visar att måluppfyllelsen under perioden först ökat kraftigt inom ortopedin för att sedan minska, medan den varit förhållandevis oförändrad inom ögonsjukvården, se bilaga 4G.

3. Relevanta dokument inom Region Örebro län

3.1 Målbild 2030

Regionfullmäktige beslutade i november 2017 att låta ta fram en målbild för hälso- och sjukvård tio år fram i tiden. Ett förslag till målbild togs fram i dialog med medborgare och medarbetare och var dessutom på remiss hos länets kommuner. Målbilden antogs av regionfullmäktige i juni 2019.

Målbilden utgår från vad invånare, patienter och medarbetare kan ha för behov, krav och förväntningar på hälso- och sjukvården i Örebro län 2030. Målbilden omfattar alla oavsett kön, ålder, fysiskt eller psykiskt hälsotillstånd, som i vid mening har kontakt med hälso- och sjukvård i Örebro län. Målbilden har också perspektiv som gör att den i stora delar även berör den kommunala hälso- och sjukvården.

Målbilden konkretiseras i fem mål utifrån tre olika perspektiv:

Invånar- och patientperspektiv:

- Jag har fokus på hälsan
- Jag är en aktiv del av vårdteamet
- Jag får vård som håller hög kvalitet

Medarbetarperspektiv:

- Jag har de förutsättningar jag behöver för att ta mitt ansvar i mötet med patienten och för att trivas på min arbetsplats

Organisationsperspektiv:

- Vi är en kunskapsorganisation som ständigt utvecklas

3.2 Omvärldsrapport

I årets omvärldsrapport som Region Örebro län har tagit fram beskrivs fem megatrender som särskilt viktiga för Region Örebro län: Globalisering, Digitalisering och teknisk utveckling, Urbanisering, Demografiska förändringar och Hållbarhetsfokus.

Därefter beskrivs 17 trender som bedömts påverka Region Örebro läns verksamhet/strategier. Av dessa trender är det nio som bedöms ha hög påverkan på strategier och bedöms som brådskande. Rapportens bedömning är därför att Region Örebro län bör agera på följande nio trender under nästa år:

- Ökande tempo och komplexitet
- Ekonomiska logiken förändras
- Förändrat sjukdomspanorama
- Hälsan i centrum

- Kampen om data
- Health tech – språnget
- Tillgänglighetssamhället – ”Life on demand”
- Ökad nationell styrning och ökade krav
- Förändrat säkerhetsparadigm – inbromsande tillit

Dessutom lyfts följande händelser med ”potentiell stor påverkan” på Region Örebro län fram i rapporten:

- * Centralisering av högspecialiserad vård (se 3.2.2)
- * Utredningen ”God och nära vård” (se 3.2.1)
- * ”Kommunutredningen” (En parlamentariskt sammansatt kommitté som fått i uppdrag att utarbeta en strategi för att stärka kommunernas kapacitet att fullgöra sina uppgifter och hantera sina utmaningar. Ska redovisa senast 28 februari 2020.)
- * Förstärkt vårdgaranti 2019
- * Översyn av kostnadsutjämningsystem för kommuner och landsting

3.3 Regional utvecklingsstrategi (RUS)

2018 antog regionfullmäktige en regional utvecklingsstrategi: ”Tillväxt och hållbar utveckling i Örebro län” för 2018-2030. Visionen för strategin är ”Örebroregionen – Sveriges hjärta. En attraktiv och pulserande region för alla”. De övergripande målen är stark konkurrenskraft, hög och jämlik livskvalitet och god resurseffektivitet.

Ett av de prioriterade områdena är Hälsöfrämjande arbete och hälso- och sjukvård. Under rubriken ”Nuläge och utmaningar” för det området lyfts tre ämnen fram:

- * Skillnaden i hälsa och levnadsvanor ökar mellan olika grupper
- * Den psykiska ohälsan ökar
- * Vi lever längre

Den strategiska inriktningen inom området beskrivs så här:

- Möt utmaningar inom folkhälsoområdet genom lokal och regional samverkan.
- Främja psykisk hälsa genom tidiga, förebyggande och integrerade insatser till barn och unga.
- Utveckla en tillgänglig och framtidsinriktad hälso- och sjukvård och omsorg genom samverkan med andra regioner och landsting, samt genom samverkan mellan länets kommuner och Region Örebro län.

3.4 Övriga regionala strategier

Utredningen vill dessutom lyfta fram ytterligare tre strategiska dokument som kan vara relevanta för att den framtida organiseringen av hälso- och sjukvården:

3.4.1 Örebro läns regional digitala agenda

Den digitala agendan för Örebro län togs fram som en överenskommelse mellan Länsstyrelsen, Regionförbundet (ingår nu i Region Örebro län) och Landstinget (nu Region Örebro län) i samverkan med länets kommuner och Örebro Universitet. Överenskommelsen träffades 2013 och sträcker sig över tiden 2014-2020.

Agendan handlar till exempel om hur nät och digital teknik kan användas för att utveckla näringslivet, bidra till en effektivare och tillgängligare offentlig verksamhet, hur sjukvården kan använda IT och moderna kommunikationslösningar för att förbättra folkhälsan och hur barn och ungdomar efter skoltiden kan få hjälp att vara väl rustade för en arbetsmarknad som kräver goda IT-kunskaper.

E-hälsa lyfts fram som ett av sju regionala strategiska områden. E-hälsa handlar om att använda IT och moderna kommunikationslösningar för att förbättra folkhälsan, hälso- och sjukvården, tandvården, omsorgen och socialtjänsten.

Inom Region Örebro län finns för närvarande ett program för e-hälsa vars övergripande idé är att genomföra olika aktiviteter inom Region Örebro län för att uppnå målen i den nationella Visionen e-hälsa 2025. Programmet omfattar olika projekt, uppdrag, förstudier och aktiviteter inom område e-hälsa.

3.4.2 Strategisk kompetensförsörjningsplan

Rapporten innehåller underlag för hur arbetsmarknads-, utbildnings- och kompetensförsörjningsprognoserna ser ut övergripande på nationell och regional nivå, liksom i organisationen Region Örebro län i dess helhet och i organisationens olika förvaltningar. Av rapporten framgår att Region Örebro län har valt att starta det långsiktiga strategiska arbetet med att utveckla åtgärder inom sex områden:

- Skapa engagemang
- Använda kompetensen rätt
- Visa karriärvägarna
- Utnyttja tekniken
- Bredda rekryteringen
- Marknadsföra jobben

3.4.3 Handlingsplan för jämställd vård

En handlingsplan för jämställd vård har under 2019 antagits av Hälso- och sjukvårdsnämnden, Folk tandvårdsnämnden samt Forsknings- och utbildningsnämnden. Syftet med planen är att beskriva mål, aktiviteter och ansvar för genomförandet av en jämställd vård i Region Örebro län.

I planen beskrivs hur styrning, ledning och huvudprocesser ska kunna utvecklas med

medvetenhet om jämställdhet och genus. Den innehåller också ett antal pilotprojekt som ska startas för att aktivt börja åtgärda förhållandena inom några redan identifierade områden.

4. Omvärldsbevakning

4.1 Andra regioners hälso- och sjukvårdsorganisationer

För att få en bild av hur andra regioner väljer att organisera sin hälso- och sjukvård har fakta insamlats från regionernas hemsidor. Processledarens egna kunskaper har också använts.

Regioner som har mellan 250 000 och 350 000 invånare har undersökts, eftersom invånarantalet påminner om Region Örebro län (ungefär 300 000 invånare). Dessutom har de två regioner med universitetssjukhus som inte omfattar storstadsområden undersökts: Västerbotten och Östergötland. Det innebär att undersökningen sammanlagt omfattar tolv av landets regioner.

Undersökningen har inriktats på några av de förändringar som organisationsförändringen i Region Örebro län 2014-2015 innebar: samlad förvaltning, införande av närsjukvårdsområden (en kombination av primärvård och specialistvård), länskliniker samt uppdelning av primärvården. Dessutom har psykiatrins placering i organisationen undersökts eftersom den aktualiseras i denna utredning.

Sammantaget visar undersökningen att det inte finns någon enhetlig bild av hur regionerna väljer att organisera sin hälso- och sjukvård.

4.1.1 Samlad förvaltning

Antalet regioner som har en samlad förvaltning överväger. Samlad förvaltning finns i åtta regioner, till exempel Dalarna och Gävleborg. Hälso- och sjukvårdsverksamhet i flera förvaltningar finns för närvarande i fyra regioner, till exempel Halland och Uppland.

4.1.2 Närsjukvårdsområden

Om man med närsjukvårdsområde avser ett område eller division som omfattar både primärvård och specialistvård så finns det i de flesta av de regioner som undersökts inte närsjukvårdsområden. Det finns inga närsjukvårdsområden vare sig i Västernorrland eller i Västmanland, medan det finns sådana i Västerbotten. Östergötland avviker genom att ha ett närsjukvårdsområde för en del av regionen.

4.1.3 Kliniker med länsuppdrag

Kliniker med länsomfattande uppdrag finns i stor omfattning i de undersökta regionerna. I exempelvis Västmanland är antalet 22 och i Västernorrland är antalet 19. Att jämföra regionernas antal är dock vanskligt eftersom klinikuppdelningen varierar.

Ett tydligt intryck är dock att Region Örebro län med 7 länskliniker och 15 kliniker utan länsövergripande ledning är avvikande.

4.1.4 Primärvårdens organisation

En klar överblick finns för en samlad primärvård. Så är fallet i exempelvis Dalarna, Sörmland och Uppsala. Den region som tydligast har en primärvård som är uppdelad mellan olika områden är Västerbotten. Flera exempel på mellanting verkar också finnas.

4.1.5 Psykiatri

En viss överblick finns för att psykiatri i mer eller mindre utsträckning ska ingå i samma område eller motsvarande som annan verksamhet, till exempel primärvård (Norrbotten) eller habilitering (Sörmland). I Dalarna är psykiatri en egen division inom en samlad förvaltning, medan den i Halland är en fristående förvaltning.

4.2 Utvecklingsriktningar inom vården

4.2.1 Nära vård

Under namnet ”Samordnad utveckling för god och nära vård” pågår sedan 2017 ett omfattande statligt utredningsarbete. Uppdraget är att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja regionerna, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Arbetet utgör ett viktigt steg i en strukturförändring av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, som innebär att primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Tre delbetänkanden har lämnats och huvudbetänkandet kommer att lämnas i mars 2020.

Enligt SKR:s syn är inte Nära vård en ny organisationsnivå eller en annan benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör en kärna i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta. En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler.

Som ett led i omställningen har SKR och staten träffat en överenskommelse om att under 2019 vidareutveckla den nära vården. Målet för omställningen till en god och nära vård är att skapa en god, nära och samordnad vård och omsorg som främjar jämlik hälsa.

4.2.2 Koncentration

Trenden i Europa och i Sverige är en ökad koncentration inom den mest specialiserade vården. Sedan flera år tillbaka pågår ett nationellt arbete för en ökad nivåstrukturering och koncentration. Utgångspunkten i detta är att ett större patientunderlag leder till en ökad volym av åtgärder, vilket ger mer träning, ökad kvalitet och effektivitet.

Ny lagstiftning har införts med avsikt att koncentrera en stor del av den högspecialiserade vården till ett till fem centra i Sverige. Inom sjukvårdsregionen Uppsala-Örebro sker en koncentration av den mer högspecialiserade cancervården till ett eller två av sjukhusen i sjukvårdsregionen.

4.2.3 Kunskapsstyrning

Sveriges regioner håller på att etablera ett gemensamt system för kunskapsstyrning, med stöd av SKR. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Därmed ska kunskapsstyrningen leda till en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap.

För att dela upp arbetet med kunskapsstyrning har 18 nationella programområden inrättats som till exempel akut vård, infektionssjukdomar och ögonsjukdomar. Till sin hjälp har de regionala programområden som finns på sjukvårdsregional nivå. I systemet för kunskapsstyrning ingår även att det ska finnas en struktur för arbetet på regionnivå. Även den kommunala hälso- och sjukvården omfattas av arbetet och kommunerna ingår därför, i relevanta delar, i arbetet med kunskapsstyrningsarbetet.

Arbete med standardiserade vårdförlopp har pågått sedan 2015 inom cancersjukvården. Arbetet utökas nu till fler medicinska områden och kommer att bli en naturlig del av kunskapsstyrningen. SKR (Sveriges kommuner och regioner) och staten har tecknat en överenskommelse om detta. Överenskommelsen är ettårig, men inriktningen är en satsning för perioden 2019-2021. Överenskommelsen syftar till att standardiserade vårdförlopp ska tas fram och kunna omfatta en hel vårdkedja, inklusive utredning, uppföljning och rehabilitering. Enligt överenskommelsen ska standardiserade vårdförlopp till att börja med tas fram inom minst fem nya sjukdomsområden och implementeras i vården 2020.

5. Utredningens arbete

5.1 Identifiering av målen med organiseringen

Utredningen inledde sitt arbete genom att identifiera tolv mål för hur Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är organiserad. De första fem målen sammanfattar enligt utredningens bedömning de huvudsakliga intentionerna bakom den organisationsförändring som trädde i kraft 2014 och 2015. De följande fem målen är hämtade från Målbild 2030 som beslutades 2019. De sista två målen uppfattar utredningen är generella mål med organiseringen. Därefter har utredningen utvärderat organisationen mot de tolv identifierade målen.

Följande tolv mål har använts vid utvärderingen:

1. Effektivt utnyttjande av resurser
2. Jämlik och jämställd vård
3. Tillgänglig vård
4. Högkvalitativ vård
5. Stödja forskning och utbildning samt integration med Örebro universitet
6. Stödja invånarperspektivet ”Jag har fokus på hälsan”
7. Stödja invånarperspektivet ”Jag är en aktiv del av vårdteamet”
8. Stödja invånarperspektivet ”Jag får vård som håller hög kvalitet”
9. Stödja medarbetarperspektivet ”Jag har de förutsättningar jag behöver för att ta mitt ansvar i mötet med patienten och för att trivas på min arbetsplats”
10. Stödja organisationsperspektivet ”Vi är en kunskapsorganisation som ständigt utvecklas”
11. Ekonomi i balans
12. Samverkan med aktörer inom och utom organisationen

Tilläggas kan att inget av målen helt täcker in utredningens uppdrag att utvärdera organisationens förmåga att ”erbjuda ett aktivt ledarskap”. Det är dock vår bedömning att de svar vi fått i samband med de workshops som genomförts även täcker in denna aspekt.

5.2 Workshops

För att kartlägga verksamhetsföreträdare, medarbetare och kommunernas uppfattning kring hur väl dagens organisation stödjer de tolv identifierade målen har processledarna genomfört nio workshops, med sammanlagt 137 deltagare.

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp (19 september)
- Verksamhetschefer vid Universitetssjukhuset, Örebro (23 september)
- Facklig samverkansgrupp (8 oktober)
- Verksamhetschefer inom närsjukvårdsområden (9 oktober)
- Socialchefer i Örebro län (11 oktober)

- Område forskning och utbildning, ledningsgruppen (11 oktober)
- Område habilitering och hjälpmedel, ledningsgruppen (30 oktober)
- Karlskoga, första linjechefer (19 november)
- Lindesberg, första linjechefer (4 december)

Vid dessa tillfällen har deltagarna inledningsvis fått välja vilka av de tolv målen som de anser är mest angelägna att utvärdera. Därefter har deltagarna i grupper fått diskutera vilka fördelar respektive nackdelar som dagens organisation har för att stödja de mål som valts ut för diskussion. Dessutom har deltagarna fått ange hur dagens organisation skulle kunna förändras för att i större utsträckning stödja de utvalda målen. Grupperna har redovisat sina synpunkter skriftligt. Eventuella kommentarer om relationen till det politiska systemet har projektledarna bortsett ifrån, eftersom uppdraget inte omfattar den politiska organisationen.

Efter varje workshop har de inlämnade synpunkterna sammanställts och skickats ut till deltagarna. I några fall har processledarna ställt kompletterande frågor kring de lämnade synpunkterna.

Vid de workshops som har genomförts har deltagarna fått möjligheten att individuellt lämna ytterligare synpunkter via mejl direkt till processledarna. Ett fåtal deltagare har använt den möjligheten. Kommentarer har arbetats in i rapporten.

5.3 Fördjupad dialog med facken

I samband med den workshop som genomfördes med den fackliga samverkansgruppen inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen framförde de fackliga företrädarna önskemål om ytterligare möjligheter att lämna inspel till utredningen. Därför har ytterligare ett möte mellan projektledarna och de fackliga företrädarna genomförts.

5.4 Intervjuer

Intervjuer med Hälso- och sjukvårdsförvaltningens produktionschef Kurt Pettersson och kunskapsstyrningschef Ylva Nilsagård har genomförts. Dessutom har kompletterande uppgifter inhämtats från chefen för Område opererande och onkologi Ewald Ornstein.

5.5 Faktainsamling och analys

Fakta kring tillgänglighet, jämlik/jämställd vård, vårdkvalité samt ekonomi har inhämtats och analyserats. Denna del av arbetet har huvudsakligen utförts av medarbetare vid SKR (Sveriges kommuner och regioner).

6. Utvärdering av organisationens mål

I detta avsnitt utvärderas målen med organisationen, i första hand med hjälp av de kommentarer som lämnats vid olika workshops. Texten är en sammanfattning av de kommentarer som lämnats, och de som tydligast kan kopplas till organisation har prioriterats. I vissa fall har kommentarerna sorterats om mellan mål och frågeställningar för att kunna göra sammanfattningen tydligare.

Några av målen utvärderas genom redovisning av fakta som inhämtats och analyserats. Flera av målen utvärderas både genom kommentarer från workshops och genom redovisning av fakta. Ett mål är utvärderat genom en intervju.

6.1 Effektivt utnyttjande av resurser

Målet är hämtat ur de identifierade intentionerna med organisationsförändringen. Det har utvärderats vid åtta workshops.

En fördel med dagens organisation som återkommande lyfts fram är att hela hälso- och sjukvården finns i en gemensam förvaltning. ”Goda förutsättningar att arbeta utifrån helhetsperspektiv” (Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp), ”Samordningsmöjligheter” (USÖ) och ”Utnyttjar lokal, operationssalar, köer på ett mer effektivt sätt” (Facklig samverkansgrupp).

Men inom närsjukvårdsområdena handlar flera kommentarer om att organisationen är olika framgångsrik i olika delar av länet: ”Norr och väster har bättre kontakt med sina respektive sjukhus, lättare att samverka eftersom områdena är mindre” är ett exempel.

Länsklinikerna nämns av flera grupper som en fördel. ”Länskliniker gör att man inte är ensam” (Karlskoga) och ”Länskliniker kan ge större underlag för FoU, då verksamheten koncentreras” (Forskning och utbildning). I Lindesbergs görs ett tillägg ”Dialysen ett gott exempel på länsövergripande samarbete utan att vara länsklirik”.

En lång rad nackdelar finns dock också enligt grupperna. Länsklinikerna dyker även upp bland nackdelarna: ”Ej jämställd vård på grund av ”centralisering” (Karlskoga), ”Långa avstånd till chefer inom länskliniker” (USÖ) och ”Svårt komma framåt i ”ett sjukhus på tre ben” (Habiliteringen).

Ett återkommande tema inom närsjukvårdsområdena är att primärvården är uppdelad på flera områden. ”Ett stort hinder”, ”Fördröjt beslutsfattande med tre områdeschefer” är några av kommentarerna. Men temat finns också med på andra workshops: ”Fraktionerad primärvård – svårare att använda och nå ut med forskning” (Forskning och utbildning) och ”Splittring inom primärvård/akutkliniker på tre delar” (USÖ).

Flera av grupperna vid olika workshops tar upp stödfunktionerna när nackdelar ska anges. ”Tappat nära verksamhetsstöd (HR, ekonomi)” (Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp) och ”Stödfunktioner i respektive område som skulle kunna utnyttjas gemensamt” (Närsjukvårdsområdena). En grupp på USÖ skriver ”Verksamhetschefer får inte träffas”.

I Lindesberg återkommer kommentarer om ett försämrat samarbete, exempelvis ”Stuprören blev tydligare på sjukhuset” och ”Sämre lokal lojalitet”. De fackliga grupperna tycker ”Att medarbetare ses som brickor i ett spel som är fritt omflyttbara” men också att ”Områdesgränser utgör hinder för effektivt utnyttjande av resurser, till exempel samarbete mellan verksamheter i olika områden”.

Ett återkommande förändringsförslag är att införa fler länskliniker även om en grupp tycker att vissa länskliniker ska avvecklas. Ett annat återkommande förändringsförslag är sammanhållen primärvård. Det finns också andra förslag kring närsjukvården. ”Psykiatri och geriatriken kunde ingå i samtliga närsjukvårdsområden” (Verksamhetschefer inom närsjukvårdsområden) och ”Likrikta/definiera ”Nära vård” och organisera efter det, till exempel borde delar av sjukhusvården ingå även i Örebro och även psykiatrin”.

”Mer möten inom verksamhetschefergrupp mellan områden som behöver varandra” efterlyses på USÖ, och en grupp i Lindesberg vill ”Ge verksamhetschefen ett större ”mandat” att samarbeta med andra oavsett organisation”.

6.2 Jämlik och jämställd vård

Målet är hämtat ur de identifierade intentionerna bakom organisationsförändringen. Det har utvärderats av verksamhetschefer på USÖ och av kommunernas socialchefer.

I grupperna med verksamhetschefer på USÖ noterades flera fördelar, bland annat ”Samordning” och ”Gemensamma köer/väntelista”. Men det fanns också en grupp som svarade ”Finns inga”. Socialcheferna svarade bland annat ”Specialiseringen är samlad”.

När det gällde att beskriva nackdelar fanns från verksamhetscheferna svar som ”Storlek, mängd personer” och ”Större olikheter när det inte är länskliniker”. Socialcheferna nämnde ”Vid fler diagnoser krävs samverkan av många” och ”För mycket specialisering kan leda till att man inte hör hemma hos någon”.

Det kom också flera förbättringsförslag kopplade till målet. En av grupperna bland verksamhetscheferna på USÖ föreslog att ”Kommunerna och Region Örebro län

borde ha en gemensam nämnd för hälso- och sjukvårdsfrågor”. Bland socialcheferna föreslogs att ”Titta på de organisatoriska mellanrummen” och ”Se över huvudmannskapet”.

6.3 Tillgänglig vård

Målet är hämtat ur de identifierade intentionerna bakom organisationsförändringen. Det har utvärderats vid sex tillfällen: Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, verksamhetschefer på USÖ, verksamhetschefer inom närsjukvårdsområdena, kommunernas socialchefer, habiliteringens ledningsgrupp samt vid de workshops som arrangerats i Karlskoga och Lindesberg. Dessutom har statistik från ”Väntetider i vården” sammanställts.

Bland de fördelar som nämns är det två teman som är återkommande: Det första temat är länsklinikernas gemensamma planering och resursfördelning. Som exempel kan nämnas från hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp ”Möjlighet att styra resurser till tre sjukhus med gemensamt operationsråd”, från Karlskoga ”Kapat köer genom gemensamma satsningar” och från Lindesberg ”Tillgång till och tillgänglighet till vissa yrkeskategorier som det tidigare varit brist på”.

Det andra temat handlar om närsjukvården. ”Bättre samverkan mellan primärvård och akuten är bättre för patienterna” skriver verksamhetschefer inom närsjukvården, i Karlskoga nämns ”Närsjukvårdsområden: Bra samverkan mellan vårdcentralerna” och i Lindesberg ”Nära kontakt med alla delar i närsjukvårdsområde norr”..

Andra fördelar förs fram av socialcheferna är ”Bra att närsjukvårdsområdena matchar samverkansorganisationen med länsdelsgrupper” och från Karlskoga: ”Inom ortopedin: När vi blir experter gör vi det bättre och snabbare”.

Men grupperna tycker också att dagens organisation har många nackdelar när det gäller att stödja målet. När det gäller nackdelarna finns det också en större bredd på vilka som lyfts fram.

I hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp nämns att ”Vissa kliniker är fortfarande delade i länet”, ”Otydligt nära ledarskap” och ”Avsaknad av/kompetens av produktion/kapacitetsplanering”. Verksamhetscheferna inom närsjukvårdsområdena skriver om att ”Man ”behöver” inte hjälpas åt”. En grupp inom Habiliteringen tycker att ”Tiden läggs på avtal och överenskommelser” och tycker att det är ”Mer kontrollorganisation istället för tillit”.

Men det finns återkommande teman även bland nackdelarna. Det handlar om ökade transporter av patienter som riskerar att försämrade tillgängligheten till ambulans och att

det är olika struktur i de olika närsjukvårdsområdena. Ett förändringsförslag som kommer fram är inne på samma tema: ”Det bör finnas samma organisation av samtliga närsjukvårdsområden” är ett förslag från verksamhetschefer inom närsjukvården.

Flera andra förändringsförslag är inriktade på ökad samverkan på olika sätt: ”Göra det enklare att ha en helhetssyn” (Lindesberg), ”Vi måste se länsklinikerna som gemensamma och även läkarna måste ta ett gemensamt ansvar, inte skyffla runt patienterna” (Karlskoga), ”Saknas forum för dialog mellan produktion/sjukhus och vårdcentral vid till exempel förändring av arbetssätt som ni upplevs leda till överstjälpning” (Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp). En grupp bland socialcheferna vill se ”Möjligheter till gemensamma verksamheter genom avtalssamverkan exempelvis missbruksmottagningar”.

Inom hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp finns också flera förbättringsförslag för att minska otydligheter. ”Tydliggör processledarens ansvar och vad som är produktionsansvar” och ”Tydliggör stabsfunktionernas ansvar kontra verksamhetens ansvar”.

6.4 Högkvalitativ vård

Målet är hämtat ur de identifierade intentionerna med organisationsförändringen. Det har utvärderats av verksamhetscheferna på USÖ samt av ledningsgruppen för Forskning och utbildning.

Det finns en samstämmighet kring vilka fördelar som organisationen har för att stödja målet. Ett tema är återkommande i flera svar. En av grupperna på USÖ uttrycker det genom att svara ”Att man kan koncentrera vård leder till högre kvalitet”. Men det finns också ett återkommande svar om en nackdel: ”Kompetensutarmning på grund av specialisering”. Ingen av grupperna lämnar några konkreta förändringsförslag.

6.5 Stödja forskning och utbildning samt integration med Örebro universitet

Målet är hämtat ur de identifierade intentionerna med organisationsförändringen. Det har utvärderats av Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp och områdesledningen för Forskning och utbildning.

Deltagarna har vid båda workshopstillfällena listat flera fördelar som vi kan knyta till organisationen, men också några nackdelar. Det sammanfattande intrycket är att dagens samlade förvaltning bedöms som positiv för detta mål.

Hos Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp nämns till exempel följande fördelar ”HS

Forskningschef i ledningsgruppen”, ”En förvaltning att samarbeta med universitetet” och ”Korta avstånd till universitetet”. Även från områdesledningen för forskning och utbildningen finns flera fördelar angivna: ”Enklare samverkan med överenskommelser då det är 1 HS-förvaltning istället för 6 tidigare” och ”Kan leda till mer diskussion i HS-ledning när det är en förvaltning”.

Bland de nackdelar som nämns kan en kommentar från områdesledningen för forskning och utbildningen ha en koppling till organisationen: ”Stark linjeorganisation gör det svårt med horisontella processer som exempelvis verksamhetsutveckling, innovation”. Även deltagarna från hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp hittar nackdelar med dagens organisation i förhållande till målet: “Avsaknad av dialog/samarbete omkring ekonomi och även upplevelse av kravställan från Örebro universitet exempelvis utifrån läkarutbildningen” och “Ingen universitetsrepresentant med i HS ledningsgrupp”.

Ett konkret förändringsförslag som vi kan knyta till en tänkbar organisationsförändring har framförts. ”Antal områden för att kunna hålla en kontinuerlig diskussion” skriver en av grupperna från områdesledningen för forskning och utbildning. Vi tolkar det som ett förslag om att antalet områden i förvaltningsstrukturen borde minska från dagens 10. Eftersom samma grupp lyft fram fördelar med en sammanhållen förvaltning tolkar vi det som att en uppdelning av förvaltningen inte ses som ett alternativ.

6.6 Stödja invånarperspektivet ”Jag har fokus på hälsan”

Målet kommer från Målbild 2030. Där utvecklas det bland annat så här: ”Hälsan är viktig för mig. Hälsofrämjande aktiviteter är en naturlig del av min vardag.” Ingen workshop har valt att utvärdera detta mål.

Ett försök till utvärdering har gjorts genom att ta del av resultatet av undersökningen ”Liv och hälsa” som Region Örebro län genomför regelbundet tillsammans med flera andra regioner. Senast genomfördes den 2017 då cirka 8 000 invånare i Örebro län i åldern 18 år och äldre besvarade enkäten. Svarsfrekvensen var 46%.

Undersökningen innehåller frågor om befolkningens livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Bland annat får deltagarna besvara frågor om fysisk aktivitet, matvanor och rök- och snusvanor. Men undersökningens frågor täcker inte helt in i vilken utsträckning som individen avsiktligt fokuserar på sin hälsa. Utredningens bedömning är ändå att undersökningens resultat kan ha viss relevans när målet ska utvärderas. Självrapporterat allmänt hälsotillstånd är ett bra mått på den generella hälsan i en befolkning.

Vid undersökningstillfället 2017 svarade 70% i Örebro län att de bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra. Resultatet är exakt det samma som det sammanlagda för de fem regioner som undersökningen genomfördes i. Sett över tid har den självskattade hälsan legat på ungefär samma nivå sedan 2004 i de regioner som deltar i undersökningen.

Noteras bör dock att resultatet skiljer sig något mellan könen och mellan kommuner. Män beskriver sitt hälsotillstånd som bra i större utsträckning än kvinnor (Män: 73%, kvinnor 66%). I Örebro och Ljusnarsberg var den självrapporterade hälsan bäst (72%), medan den var lägst i Karlskoga (65%).

6.7 Stödja invånarperspektivet ”Jag är en aktiv del av vårdteamet”

Målet kommer från Målbild 2030. Där utvecklas det bland annat så här: ”Utifrån mina förutsättningar är jag delaktig och aktiv i mötet med hälso- och sjukvården. Min och mina närståendes kunskap om min hälsa och sjukdom tas tillvara.” Ingen workshop har valt att utvärdera detta mål. För att utvärdera målet använder utredningen istället resultat från Nationell Patientenkät. Det är återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården som genomförs i samtliga regioner i landet.

Enkäten visar ett värde för begreppet ”delaktighet och involvering”, utifrån svaren på fyra av enkätens frågor. Utredningen bedömer att begreppet motsvarar målet. Resultat för primärvård, öppen specialiserad sjukhusvård samt slutet specialiserad sjukhusvård från de två senaste mätningarna har därför analyserats. Mätningarna genomfördes för primärvården 2015 och 2017. För den specialiserade sjukhusvården genomfördes mätningarna 2016 och 2018. Resultat för Örebro län har jämförts med landet som helhet.

Resultaten visar en tydlig förbättring av värdet för ”delaktighet och involvering”. För primärvården i Örebro län har värdet ökat från 69,9 till 74,8. Även för den specialiserade sjukhusvården i Örebro län har värdet ökat tydligt. Inom öppenvården från 82,1 till 88,7 och inom slutenvården från 73,8 till 81,9. Observeras bör dock att ökningen är nästan exakt den samma även för landet som helhet.

Noteras kan också att svarsfrekvensen för enkäten är förhållandevis låg, och att den minskat märkbart mellan mätningarna i både länet och landet. Vid den senaste mätningen var svarsfrekvensen i länet för slutet specialiserad sjukhusvård 45,8%, för öppen specialiserad sjukhusvård 42,1% och för primärvården 34,2%.

6.8 Stödja invånarperspektivet ”Jag får vård som håller hög kvalitet”

Målet kommer från Målbild 2030. Det har utvärderats vid workshop med hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

Flera fördelar nämns av grupperna inom hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. ”Samutnyttjande av resurser, enhetlig struktur”, ”Gjort det möjligt att följa upp på gemensamt likartat sätt” samt ”Ökad och jämlik kvalitet på grund av ensade riktlinjer inom länsorganisation, med uppföljning”. En nackdel noterades under workshopen: ”Utmanar det lokalpolitiska”. Avslutningsvis lämnades följande förbättringsförslag: ”Fortsätta utveckla gemensamma uppföljningssystem”.

6.9 Stödja medarbetarperspektivet ”Jag har de förutsättningar jag behöver för att ta mitt ansvar i mötet med patienten och för att trivas på min arbetsplats”

Målet kommer från Målbild 2030. Det har utvärderats av den fackliga samverkansgruppen, verksamhetschefer inom närsjukvårdsområden samt vid de workshops som arrangerats i Karlskoga och Lindesberg.

Genomgående är att grupperna som utvärderat målet tycker att det finns fler nackdelar än fördelar med dagens organisation.

Som fördelar nämns i Lindesberg olika nätverk och mobila team. I Karlskoga räknas några fördelar upp: ”Delade tjänster skapar förståelse och kompetens” och ”Ortopedin: Kunna specialisera sig, intressant och utvecklande, rekrytering tillsammans”. En av grupperna skriver ”Närsjukvårdsområden: Närmare till chef och närmare till primärvården. Förbättrar samverkan”, vilket är på samma tema som den enda fördel som nämns av cheferna inom närsjukvårdsområdena. Där anges att den fördelen berör norr och väster.

En av de fackliga grupperna skriver visserligen att ”En av fördelarna är att det blivit en förvaltning”, men en annan skriver ”Strukturen ger möjlighet att arbeta klokt men det har INTE fungerat”.

Från de fackliga grupperna lyfts en rad nackdelar: ”Nuvarande organisation försvårar möten med kollegor och utbyte av kompetens” och ”Har ingen tydlig arbetsplats”. ”Ett av målen med den nya organisationen (2015) var att ”bygga bort” stuprörsorganisationen. Istället upplevs det nu som vi fått ännu mer stuprör med processer som ska gå horisontellt – men istället ”studsar” processerna mot stuprören.”

Även den uppdelade primärvården nämns som en nackdel: ”I praktiken blir många frågor så omfattande – involverar flera områden – vilket får till följd att många frågor måste tas i samverkan på förvaltningsnivå, det vill säga trycks ”uppåt” i organisationen istället för ”neråt”.

Från verksamhetscheferna inom närsjukvårdsområdena nämns ”Dagens organisation med toppstyrning” och ”Inom opererande verksamheter: inte utmanande att operera en och samma sak hela tiden om varje sjukhus har sin egen specialisering”. Från flera håll lyfts ”Alla olika resor som företas av personal mellan olika sjukhus”. Nackdelar som ”Sämre samarbete inom ”sjukhuset”, ”Inte närvarande chefer på länsklinikerna” och ”Risk att känna sig ”rotlös” vid för mycket byte av verksamheter” återkommer i Karlskoga och Lindesberg.

I Karlskoga nämns konkreta förändringsförslag om lokal ledning. En av grupperna lägger till ”men med större fokus på samverkan än innan centralisering”. I Lindesberg skriver en grupp ”Fortsätt utveckla redan påbörjat samarbete”.

6.10 Stödja organisationsperspektivet ”Vi är en kunskapsorganisation som ständigt utvecklas”

Målet har inte utvärderats vid någon workshop. Utredningen har istället utvärderat målet genom att intervjua Ylva Nilsagård som är chef för kunskapsstyrningen inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Ylva Nilsagårds bild är att förvaltningens kunskapsstyrning fortfarande är under uppbyggnad, precis som i övriga regioner. Hon försöker utveckla arbetssätt som dels harmoniserar med det nationella kunskapsstyrningssystemet, dels harmoniserar internt. Det finns vissa kulturskillnader inom förvaltningen när det gäller kvalitets- och förbättringsarbete, men mer samsyn har nåtts de senaste åren. En förklaring som hon lyfter fram till att utvecklingen inte har gått snabbare är att det saknats ledarskap med tydligt intresse för och kunskap kring kunskapsstyrning inom förvaltningen. Vår tolkning är att hon syftar på den omsättning som funnits på posten som hälso- och sjukvårdsdirektör.

En tydlig nackdel som Ylva Nilsagård ser är att den yrkeskategori som i första hand är delaktig i hennes ansvarsområde - vårdutvecklarna - är ojämnt fördelade mellan områdena. Behov och uppgifter styr inte fördelningen. Hon önskar att verksamhetsutvecklarna i större utsträckning än idag skulle vara knutna till förvaltningens övergripande stab. Det skulle möjliggöra en samlad kompetens som stöd till verksamheterna och stärka möjligheterna till kompetensutveckling och nyttjande av spetskompetenser inom verksamhetsutveckling/implementering. Dessutom skulle det förenkla en koppling till analys och uppföljning. Ylva Nilsagård

jämför med de båda stödfunktionerna kommunikation och ekonomi, där resurserna enligt Ylva Nilsagård i större utsträckning har en sammanhållen styrning för förvaltningsövergripande uppdrag.

Ylva Nilsagård tycker att arbetet för ökad kunskapsstyrning kräver kommunikation med många områdeschefer vilket kan bli särskilt tungarbetat när det gäller primärvård, där flera områdeschefer alltid är inblandade tillsammans med Hälsovalsenheten på Regionkansliet. Strategiska diskussioner om lokal kunskapsstyrning ges inget eller litet utrymme på hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp och stabsmöten, vilket försvårar förankring.

I de processer hon är involverad i är det ofrånkomligt och en viktig förutsättning att flera områdeschefer är involverade och delaktiga. Hon tar standardiserade vårdförlopp (SVF) som ett exempel på det, där i princip alla områden kan ingå. Ylva Nilsagård efterlyser därför tydligare roller och mandat för att möjliggöra en tydligare processtyrning. Hon tror att det är möjligt med en tydligare samverkan utan att behöva organisera om förvaltningen. Det som saknas är i första hand en vana av att arbeta processororienterat i en linjeorganisation. Hon beskriver att hennes arbete är ”i det brinnande korset” mellan linje och process. ”Det måste vi lära oss, det är inget vi kan än.”

6.11 Ekonomi i balans

Målet har utvärderats av Habiliteringens ledningsgrupp. En tänkbar förklaring till att inte fler grupper utvärderat detta mål är att det kan uppfattas som att det i praktiken är samma mål som målet ”Effektivt utnyttjande av resurser” (se 6.1). Observera dock att Habiliteringens ledningsgrupp valde att utvärdera även det målet.

Ingen av grupperna inom Habiliteringens ledningsgrupp kunde ange några fördelar som dagens organisation har för att stödja målet. Flera nackdelar har angetts. Den som tydligast är kopplad till organisation (en gemensam förvaltning) lyder ”Vi blir bestraffade av andras misslyckanden, vi delar på problemet som andra har skapat. De som sköter sig straffas. De som missköter premieras. Vi vet antalet tjänster, det vet inte andra.”

Andra nackdelar som nämndes var ”Det blir dyrare”, ”Dåligt ledarskap”, ”Ingen förändringsplan” och ”Dålig följsamhet till ekonomiska restriktioner”.

Flera förbättringsförslag lämnades av grupperna: ”Tydligare ramar och tydlig uppföljning med konsekvens”, ”Modiga beslut på valt utbud – överensstämmer med ekonomin” och ”Prioritera hälso- och sjukvård före arbetsmarknadspolitik”.

6.12 Samverkan med aktörer inom och utom organisationen

Målet har utvärderats av hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, den fackliga samverkansgruppen samt av kommunernas socialchefer.

Flera av de konkreta förändringar som organisationsförändringen innebar (en gemensam förvaltning, närsjukvårdsområden och länskliniker) nämns här som både fördelar och nackdelar för att stödja målet.

Grupperna från hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp skriver som fördelar till exempel ”En HS-förvaltning”, ”Närsjukvårdsområden”. Deltagarna från den fackliga samverkansgruppen beskriver som fördelar ”Länsverksamheter – tydliggjort annat arbetssätt – produktion ökat”, ”Närsjukvårdsområden – möjliggör samarbete, tagit steg mot nära vård” och ”Psykiatri och rehabiliteringen mer delaktiga i hälso- och sjukvården genom den nya förvaltningen”. Från en grupp med socialchefer kommer kommentaren ”Närsjukvårdsområdena är bra organiserade, matchas bra ihop med länsdelsgrupperna”.

Men det finns också tydliga kommentarer om att dagens organisation innebär nackdelar för att stödja målet. En av grupperna inom hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp skriver ”Delad primärvård/relation till Hälsoval/HS, inget strukturerat forum”. Från grupperna inom den fackliga samverkansgruppen listas en rad nackdelar: ”Primärvård visar tydlig försämring efter förändring. Samarbete fungerar inte.”, ”Länsverksamhet: Vissa delar fungerar – exempelvis produktion. Otydlig/tydlig chefsled. – vem är chef.”, ”Flyttar både patient, personal – patientsäkert. Otrygghet. Minskad effektivitet.”, ”Områdesgränser försvårar samarbete mellan verksamheter inom primärvårdens tre områden och mellan USÖ:s tre områden” samt ”Stort avstånd mellan verksamhetschefer och förvaltningsledningen på grund av mellanliggande områdesnivå”.

Även kommunernas socialchefer nämner en rad nackdelar, men de är enligt vår bedömning svåra att knyta till hur förvaltningen är organiserad. Kommentarna är till exempel ”Förskjutning till kommunernas ansvar” och ”Länsdelsgrupperna utvecklas väldigt olika beroende på engagemang, person med mera”.

Det finns också konkreta förändringsförslag som enligt deltagarna skulle få organisationen att stödja målet i större utsträckning än idag. En av grupperna inom hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp skriver ”Hålla samman närsjukvården inom HS” och en av de fackliga grupperna skriver ”Sammanhållen primärvård”. En av grupperna med socialchefer skriver ”Mobila team där kommun och region samverkar – samäga”.

Noteras kan också att flera av grupperna under utvärderingen av detta mål nämner behovet av ökad dialog inom förvaltningen. En grupp från hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp skriver ”Utveckla forum för dialog inom HS och mellan HS/Hälsoval” och ”Säkra dialog/samverkan med alla närsjukvårdsområden, habilitering och psykiatri”. En av de fackliga grupperna skriver ”Skapa forum där chefer får träffas över områdesgränser och träffa förvaltningsledningen”.

7. Diskussion

7.1 Kort tid efter stor förändring

Hälso- och sjukvård kan generellt beskrivas som ett system som ofta på ett oväntat sätt förändras. Ett sätt att beskriva detta är att benämna det ett komplext adaptivt system. Organisatoriska förändringar kan därför sällan åstadkomma större förändringar på kort tid. Det gäller exempelvis ekonomi, kvalitet, produktivitet, effektivitet och tillgänglighet. Den nuvarande organisationen har vid årsskiftet 2019-2020 varit i drift i drygt fyra och ett halvt år. Det är därför inte sannolikt att återfinna några avgörande förändringar i utfall, varken åt det ena eller andra hållet.

Erfarenheter från annan hälso- och sjukvård är att organisationsförändringar tar mycket ledningskraft, som annars skulle kunna nyttjas för utvecklings- och förbättringsarbete. Därför kan man förvänta sig en försämring av organisationens prestation, åtminstone under tidsintervallet kring förändringen.

En omständighet som präglat många av workshopdeltagarnas kommentarer är den bristande kontinuiteten i rollen som hälso- och sjukvårdsdirektör. Ingen har framfört kritik mot någon av de direktörer som innehaft posten. Icke desto mindre bedömer vi att den bristande kontinuiteten i sig har försvårat etableringen av den nya organisationen, nya arbetssätt och etableringen av en ny organisationskultur. Detta kan också vara en del av förklaringen till att det som beslutades 2014 ännu inte har förverkligats.

7.2 Skärningen mellan process och linje

Precis som flertalet andra regioner har Region Örebro län ett tydligt arv av en stark linjeorganisation. Detta innebär en rad tydliga fördelar. Det kan ge en stark lokal logik eller en logik präglad av sammanhållen specialistkompetens.

Men det kan också innebära vissa svårigheter för förmågan att styra verksamhetens processer. Gemensamt för de processer som involverar flera linjestrukturer är svaga strukturer för styrning, ledning, genomförande, uppföljning och förbättring. Nästan alla processer inom hälso- och sjukvården involverar flera linjestrukturer.

Region Örebro län delar denna svårighet med den absoluta merparten av hälso- och sjukvården, åtminstone i Sverige. Kunskapen om att mäta resurseffektivitet är betydligt mer utvecklad än förmågan att mäta process- eller flödeseffektivitet.

Vi bedömer att det finns stora vinster med att tydliggöra linjechefernas ansvar för att leda, styra, genomföra, följa upp och förbättra även hälso- och sjukvårdens processer.

Linjecheferna ansvarar alltså för såväl organisationens isolerade insatser i en process, som för att hela processen fungerar på avsett sätt.

Här kan etableringen av kunskapsstyrningsorganisationen medföra positiva effekter.

7.3 Vad är organisation? Vad är arbetssätt?

En återkommande reflektion från flera workshops är att de fördelar och nackdelar som förknippas med rådande organisation, snarast har med arbetssätt och kultur att göra. Det sätt som verksamheten är organiserad på kan förstås underlätta eller försvåra ett visst arbetssätt. Men ofta kompenseras goda arbetsrelationer och mindre formaliserade kontakter svagheter i en vald organisationsmodell. Detta förutsatt att chefer och medarbetare ges förutsättningar för det och att de också väljer att axla det uppdraget. Etablerandet och konsolideringen av en ny organisationskultur och dess arbetssätt sägs ofta ta ungefär sju år.

Kommentarer från workshops som belyser detta är till exempel från den fackliga gruppen ”Hur man arbetar är nyckeln, oavsett organisation”. Kritik mot nuvarande organisations uttrycks i termer av ”Nuvarande organisation försvårar möten mellan kollegor och utbyte av kompetens”. En annan facklig aspekt belyses genom citatet: ”I praktiken blir många frågor så omfattande – involverar flera områden – vilket får till följd att många frågor måste tas i samverkan på förvaltningsnivå, det vill säga trycks ”uppåt” i organisationen istället för ”neråt”.

Man ger också uttryck för att intentionerna bakom den nya organisationen inte uppnåtts. ”Ett av målen med den nya organisationen (2015) var att bygga bort stuprörsorganisationen. Istället upplevs det nu som vi fått ännu mer stuprör med processer som ska gå horisontellt – men istället studsar processerna mot stuprören.”

7.4 Stödfunktioner

Även om utredningen inte omfattar stöd- och stabsfunktioner så har synpunkter på dessa framförts vid flera workshops. Här ett axplock av synpunkter:

Från verksamhetschefer inom närsjukvårdsområdena framfördes att ”stödfunktioner i respektive (närsjukvårds)område som skulle kunna utnyttjas gemensamt” och att ”OH-personal (stödfunktioner med mera) har ökat markant utan att det medfört någon som helst förbättring.” Ledningsgruppen inom Forskning och utbildning lyfter den asymmetriska organiseringen av stödfunktionerna: ”Stödsystemen till verksamheten är olika, exempelvis HR, ekonomi, verksamhetsutveckling”.

Habiliteringens chefer noterade att ”HR och ekonomi kan inte samverka över områdesgränserna på tänkt vis” samt att (man) ”tappat det nära stödet” och att man

idag uppfattar ” Mindre möjlighet till verksamhetsanpassat utvecklingsarbete”. Habiliteringens chefer uttrycker sitt samlade önskemål enligt följande: ” Vi önskar verksamhetsnära HR, ekonomi, IT och kommunikation ända ut mot första linjen med styrning från området”. Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp konstaterar på likartat sätt att (man) ” tappat nära verksamhetsstöd (HR, ekonomi etc.)”

7.5 Behov av mötesplatser

På alla tre sjukhusområden i länet finns idag verksamheter som organisatoriskt tillhör flera olika områden inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Se bilagor 3B-3D som visar verksamheter på Karlskoga lasarett, Lindesbergs lasarett och Universitetssjukhuset, Örebro.

Vid workshop med verksamhetschefer på USÖ och vid workshops i norra och västra närsjukvårdsområdet har behovet av ”mötesplatser” tydligt markerats. Det gäller både inom organisatoriska enheter, som mellan olika områden och länskliniker.

Vid ett sjukhus uttrycktes det som att ”vi är förbjudna att hålla möten mellan länsklinikerna och närsjukvårdsområdet, men det har vi ”i smyg” i alla fall”.

Oavsett om det rör sig om en missuppfattning eller är ett faktum så är det för oss självklart att det måste finnas, eller snarast måste etableras, mötesplatser för att underlätta och förbättra effektiviteten i de diagnostik-och behandlingsprocesser där flera organisatoriska enheter samverkar. Strategier för kompetensförsörjning och samverkan med ”vårdgrannar” bör också kunna hanteras ”ortsvis”. Närsjukvårdschefen bör ha ett tydligt ansvar och mandat för att etablera och upprätthålla lämpliga mötesplatser. För USÖ behöver lämplig lösning diskuteras.

7.6 Är förvaltningen rustad för nära vård?

Det råder idag en nationell enighet om att svensk hälso- och sjukvård bör gå vidare i riktning mot det som kallas ”Nära vård”. Som begrepp är inte ”Nära vård” väldefinierat, men det anses allmänt att vi inte talar om en separerad organisatorisk enhet, utan att det snarare är ett ”system” där hälsofrämjande, förebyggande, rehabiliterande och kurativa insatser sker från flera olika organisatoriska ansvarsområden utgående från olika huvudmän. Begreppet ”Nära vård” lyftes i förarbetet till Målbild 2030, men där valdes slutligen att lyfta de effekter man önskar se, snarare är de organisatoriska eller verksamhetsspecifika aspekterna

Det är dock vår bedömning att etableringen av närsjukvårdsområden med ett samlat ansvar för primärvård och delar av den slutna sjukhusvården, har skapat goda förutsättningar för dialog inom närsjukvårdschefens ansvarområde. Det har dessutom skapat goda förutsättningar för dialog med den kommunala hemsjukvården, rehabiliteringen och socialtjänsten. Därmed kan sägas att organisationsmodellen har

”tagit höjd” för fortsatt utveckling av nära vård. Tydligt är dock att effekterna ännu inte har kunnat realiseras, med undantag för delar av länet där det redan sedan tidigare funnits etablerade mötesplatser och goda relationer.

Det stora sjukhusets komplexitet gör självklart arbetet kring Örebro svårare. Detta aktualiserar frågan om ”allmän internmedicin” vid USÖ.

Vi rekommenderar att Region Örebro län tillsammans med länets kommuner tar fram en gemensam vision/målbild eller idéskiss som visar riktning i det fortsatta arbetet mot nära vård.

Etableringen av närsjukvårdsområden skapar förutsättningar för ett kommande, ännu närmare samarbete mellan regionen och kommunerna, såväl inom hälso- och sjukvård, som inom socialtjänst och hemsjukvård. En utveckling som ses såväl nationellt som internationellt är att denna samverkan också kan övergå i nya organisatoriska lösningar, med än bättre förutsättningar för hälsofrämjande och förebyggande samt kurativa och rehabiliterande insatser, det vill säga det breda uppdraget inom nära vård.

7.7 Workshopdeltagarnas förslag till organisationsförändringar

Den generella bilden är att relativt få konkreta förslag till organisationsförändringar lyftes fram under workshops. En förklaring till det kan vara att frågemodellen byggde på att ett förslag till förändring skulle leda till bättre måluppfyllelse. Andra förklaringar kan vara att grupperna var heterogena och att tidsutrymmet var begränsat.

Dock lyftes bland annat förslag om ”en ensning av närsjukvårdsområdenas omfattning (innehåll)”. Det har också framförts förslag om ”en sammanhållen primärvård” liksom ”en flytt av psykiatrin till närsjukvården”.

8. Rekommendationer och fortsatt arbete

Varken i genomförda workshops eller i tillgängliga data finner vi stöd för att genomföra radikalare organisationsförändringar. Dock vill vi ge ett antal rekommendationer och ange några områden där det, enligt vår bedömning, behövs ett fördjupat arbete.

8.1 Rekommendationer

Ta fram en konkret målbild och en gemensam definition av begreppet Nära vård för Örebro län. Detta arbete måste ske i tät samverkan och dialog med länets samtliga kommuner, Region Örebro län.

Säkerställ att det finns lokala mötesplatser där närsjukvårdsområdenas chefer kan möta chefer för länsverksamheter respektive länsverksamhetsområden för att utveckla effektiviteten i de diagnostik- och behandlingsprocesser där flera organisatoriska enheter samverkar. Strategier för kompetensförsörjning och samverkan med ”vårdgrannar” bör också kunna hanteras ”ortsvis”. Dessa mötesplatser bör finnas ortsvis, såväl i Karlskoga och Lindesberg som i Örebro. **Tydliggör** närsjukvårdschefernas ansvar och mandat att etablera och utveckla dessa mötesplatser.

Normera och **enså** hur verksamheterna skall beskriva och bedöma behovet av, planera och följa upp verksamheten. Vi rekommenderar att **utgå från** och närmare **analysera** och **eventuellt modifiera** Hälso- och sjukvårdsförvaltningens befintliga ”Årshjul”.

Rekommendationen att **normera** uppföljningen gäller även ekonomi- och HR-områdena. Vi rekommenderar också att **enså** dessa stabsresursers arbetssätt inom verksamheterna.

Tydliggör linjechefernas ansvar för att även leda, styra, genomföra, följa upp och förbättra hälso- och sjukvårdens processer, utöver det renodlade linjeansvaret.

Synliggör och **förstärk** förmågan till förbättring. **Säkerställ** chefers kompetens inom förändringsledning. **Se över** befintliga verksamhetsutvecklarens kompetens, uppdrag och organisering. **Stärk** förvaltningens sammantagna förmåga till förbättring.

Tydliggör universitetssjukhusets roll som länsdelssjukhus för de båda närsjukvårdsområdena Söder och Örebro, i enlighet med lydelsen i Landstingsstyrelsens beslut att “ett särskilt fokus” (ska läggas på) “utvecklingen av

allmän internmedicin vid universitetssjukhuset för närsjukvårdsområdena Örebro och Söder.”

8.2 Områden för fördjupat arbete

Psykiatrins organisatoriska tillhörighet behöver klargöras. Antingen ska den vara organiserad som idag, eller organiseras som en del av närsjukvårdsområdena.

Utred vidare hur primärvården, som föreslås behålla nuvarande organisatoriska tillhörighet i närsjukvårdsområdena, ska kunna agera sammanhållet. Detta gäller såväl Hälsovalsenhetens styrning av vårdcentraler (oavsett driftsform), som den verksamhet som bedrivs i egen regi.

Utred vilka specialistmottagningar och verksamheter som ytterligare skulle kunna organiseras som länsverksamheter, för att säkerställa tillgång till kompetens till exempelvis specialistutbildade läkare inom bristområden. Kvinnosjukvård inklusive förlossningsverksamhet, öron-näsa-halssjukvård och ögonsjukvård är exempel på verksamheter som bör övervägas. Kvinnosjukvården är idag delvis en länsverksamhet, men inte fullständigt.

Beakta möjligheten att låta vissa yrkesgrupper, i huvudsak läkare, organiseras i länsverksamhet, medan övriga yrkesgrupper organisatoriskt tillhör närsjukvårdsområden. Man bör eftersträva samma organisatoriska lösning för länets olika delar.

Ambulansverksamhet som idag är delad i tre verksamheter ter sig som en naturlig verksamhet att organisera i länsverksamhet. Argumentet för det är att säkerställa en behovstäckning i hela länet, med bättre möjligheter för olika enheter att ”täcka upp” för varandra genom en gemensam ledning och styrning.

Se över möjligheten att hitta olika styrnings- och ledningslogiker för universitetssjukhusets olika uppdrag, det vill säga att dels att vara ett sjukhus för högspecialiserad vård, dels ett länsdelssjukhus för invånare i närsjukvårdsområdena Örebro och Söder. Detta behov delar Region Örebro Region län med övriga regioner som har Universitetssjukhus eller länsjukhus.

Vår bedömning är att detta vore till stor nytta, såväl för en framgångsrik utveckling av den högspecialiserade vården som för länsdelssjukhusets förmåga att bidra till arbetet med att utveckla och bedriva Nära vård. Ett framgångsrikt arbete med att hitta och etablera dessa olika logiker skulle kunna göra Region Örebro län till föregångare.



§ 264 En utvecklad hälso- och sjukvårdsorganisation – närsjukvård och länsverksamhet

Diarienummer: 13OLL4008
Handläggare: Gunnel Åkesson

Ärendebeskrivning

Utifrån det uppdrag som lämnades till landstingsdirektören den 30 oktober i år föreslås nu bildandet av en förändrad hälso- och sjukvårdsorganisation med fyra närsjukvårdsområden och ett antal länsverksamheter med länsjukvårdsuppdrag. Förändringen ska träda i kraft den 7 april 2015. Samråd har skett med de fackliga organisationerna.

Bedömning

Förslaget bygger på den rapport som tidigare presenterades med förslag om införande av en närsjukvårdslösning och en utökad produktionsplanering. Utredningen har bearbetats vidare av landstingsdirektören och som ett första steg i förändringsarbetet föreligger nu en organisationsstruktur med en lokalt inriktad närsjukvård i närsjukvårdsområden och länsverksamheter vilkas uppdrag är länsorienterade. Nuvarande kliniker för internmedicin och geriatrik vid Karlskoga lasarett och Lindesbergs lasarett organiseras inom respektive närsjukvårdsområde och utvecklingen av en allmän internmedicinsk verksamhet vid universitetssjukhuset Örebro för närsjukvårdsområde Örebro respektive Söder påbörjas.

Förändringarna av organisationen ska följas av fortsatt utveckling av gränsöverskridande processer och samarbetsformer inom sjukhusen och mellan närsjukvårdsområden och länsverksamheter.

Se bifogad PM "En utvecklad hälso- och sjukvårdsorganisation", bilaga § 264.

Konsekvenser för Miljö-, Barn- och Jämställdhetsperspektiven


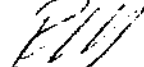

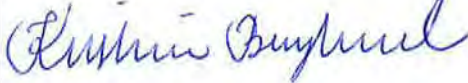
Syftet med organisationsförändringen är att åstadkomma en förbättrad tillgänglighet och höjd kvalitet vilket ger ökade förutsättningar att möta alla patientgruppers skilda behov.

Ekonomiska konsekvenser

Förslaget om organisationsförändring ska genomföras inom befintliga budgetramar.

Yrkanden

Robert Mörk (S), Ewa Sundkvist (KD), Torbjörn Ahlin (C), Jihad Menhem (V), Catrin Steen (MP) och Ola Karlsson (M) yrkar bifall till föreliggande förslag.

Ordförandes sign	Justerandes sign	Justerandes sign	Exp den	Utdragsbestyrkande
 Marie-Louise Forsberg-Fransson	 Robert Mörk	 Isac Nordin	8/1 2015	



Landstingsstyrelsen beslutar enhälligt

a t t ge landstingsdirektören i uppdrag att starta genomförandet av förändringarna i hälso- och sjukvårdsorganisationen i enlighet med framlagd promemoria,

a t t regionstyrelsen får i uppdrag att ansvara för förändringsarbetet, samt

a t t nämnden för hälsa, vård och klinisk forskning får i uppdrag att arbeta med utvecklingen av gränsöverskridande processer och samarbetsformer inom sjukhusen och mellan närsjukvårdsområden och länsverksamheter. Ett särskilt fokus ska läggas på utvecklingen av allmän internmedicin vid universitetssjukhuset för närsjukvårdsområdena Örebro och Söder.

Delges:

Regionstyrelsen

Nämnden för hälsa, vård och klinisk forskning

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Ordförandes sign	Justerandes sign	Justerandes sign	Exp den	Utdragsbestyrkande
 Marie-Louise Forsberg-Fransson	 Robert Mörk	 Isac Nordin	8/1 2015	

En utvecklad hälso- och sjukvårdsorganisation

Närsjukvård och länsverksamheter

Utifrån de utredningsförslag som tidigare presenterats för att utveckla hälso- och sjukvården i länet och det uppdrag som lämnades till landstingsdirektören den 30 oktober 2014 föreslås nu att det bildas fyra närsjukvårdsområden och att fler kliniker får ett länsuppdrag.

Förslaget bygger på Rapporten om närsjukvård och produktionsplanering. Den har därefter bearbetats i fråga om organisationsstruktur, formerna för styrning och innehållet i verksamhetsledningens ansvar och roller.

Förändringsarbetet för en jämlik vård - bakgrund

Under våren 2013 inleddes en översyn av länets hälso- och sjukvårdsorganisation för att uppnå en jämlik och likvärdig tillgång till vård i hela länet, med smidiga vårdkedjor och en ökad vårdkvalitet. Ett motiv var att landstingets vårdmässiga och ekonomiska mål inte kunnat uppfyllas i sin helhet. Sjukvårdens roll som regional tillväxtfaktor betonades liksom behovet av att länet kan hävda sig inom forskning, utbildning och utveckling för att kunna attrahera kvalificerad arbetskraft.

Vid landstingsstyrelsens sammanträde i juni 2013 presenterades strategin för en förändrad ledning av hälso- och sjukvården. Bakgrunden var en önskan att förbättra tillgängligheten och kunna möta befolkningens vårdbehov nu och i framtiden.

Slutmålet är

- en organisation med tydliga ansvarsområden och mandat
- arenor för samverkan mellan verksamheterna och mellan förtroendevalda, tjänstemän och profession
- ett styr- och resursfördelningssystem som underlättar en utveckling av kvalitet och effektivitet
- en organisationskultur som präglas av delaktighet, ansvarstagande och utveckling
- en verksamhet som kännetecknas av hög kvalitet och tillgänglighet utifrån patientfokus

En gemensam hälso- och sjukvårdsförvaltning

Som ett första steg bildades sedan den nya hälso- och sjukvårdsförvaltningen under ledning av en hälso- och sjukvårdsdirektör. Avsikten är att öka beslutskraften och möjligheterna att samordna och fördela resurser. I hälso- och sjukvårdsförvaltningen ingår idag sammanlagt tio specialitetsindelade, länsvisa eller geografiska områden. Områdescheferna är direkt underställda hälso- och sjukvårdsdirektören.

Fortsatta utredningsuppdrag

I september 2013 gavs landstingsdirektören i uppdrag att fortsätta förändringsarbetet och direktiv gavs att utreda

- förutsättningarna för införande av en närsjukvårdslösning
- ledning av produktionen för den planerade vården
- forskning och utbildning i samverkan med Örebro universitet
- en ny resursfördelningsmodell

Utredningen om organisation och ledning av den kliniska forskningen och högre utbildningen redovisades i januari 2014. I den samlade hälso- och sjukvårdsförvaltningen inkluderas numera landstingets samlade kliniska forskning och utbildning inom vård och medicin.

Den nya resursfördelningsmodellen slutrapporterades i april samma år.

Utredarens förslag om närsjukvård och samordnad produktionsplanering

Förslagen om att bilda en närsjukvårdsorganisation och en sammanhållen styrning och fördelning mellan länets verksamhetsenheter för den planerade vården redovisades i en gemensam rapport oktober 2014.

Utredaren föreslår att vården ska styras både processororienterat och enligt linjeorganisering. Tre eller fyra geografiska länssjukvårdsområden föreslås som innefattar primärvård, delar av sjukhusvården och även sjukhusens akutmottagningar. Nära samverkan med kommunerna är väsentlig och den kan fortsätta att utvecklas utifrån den redan befintliga plattformen med mer inflytande i varandras uppgifter. En mer samordnad vård på basnivån kan även ge ett ökat utrymme för den högspecialiserade vården och förbättra förutsättningarna för den kliniska forskningen.

Vanlig ofta nära

I närsjukvården ska ingå all vård som är vanlig och ofta förekommande i befolkningen och som behöver finnas nära patienten. I närsjukvården ska ingå en kärna av allmänmedicinsk specialitet, men även viss intermedicin, geriatrik och rehabilitering. Här samverkar även psykiatri, habilitering, mödra- och barnavård och koppling finns till skolhälsovården. Sjukhusens akutmottagningar föreslås organiseras i närsjukvårdsområdet. Närsjukvårdschefen kommer att vara driftansvarig för de vårdprocesser som ska genomföras i området.

Antagandet är att en närsjukvårdschef kommer att ha bättre förutsättningar att hantera patientflöden och bemanning än i dagens mer uppdelade struktur. Detta kan också ge möjlighet till förnyelse i arbetssättet.

Länsverksamheter

Flera länskliniker än idag föreslås arbeta med gemensam produktionsplanering för besök, behandlingar och operationer. Det innebär att en klinik får ansvara på länsnivån för verksamhet vid flera sjukhus och under en gemensam chef. Genom samordning kan specialistkompetens, lokal, bemanning och utrustning användas mer effektivt.

Några områden som nämns i utredningen som lämpliga att sammanföra är medicinska serviceverksamheter som radiologi, klinisk fysiologi, anestesi och intensivvård samt ambulansverksamhet. Vidare anses specialiteter som ögon-, hud- och öronsjukvård samt ortopedi, kirurgi och kvinnosjukvård dra fördel av gemensam planering. I utredningen läggs ett antal förslag som rör ett processorienterat arbetssätt och även hur uppföljningsarbetet kan utvecklas.

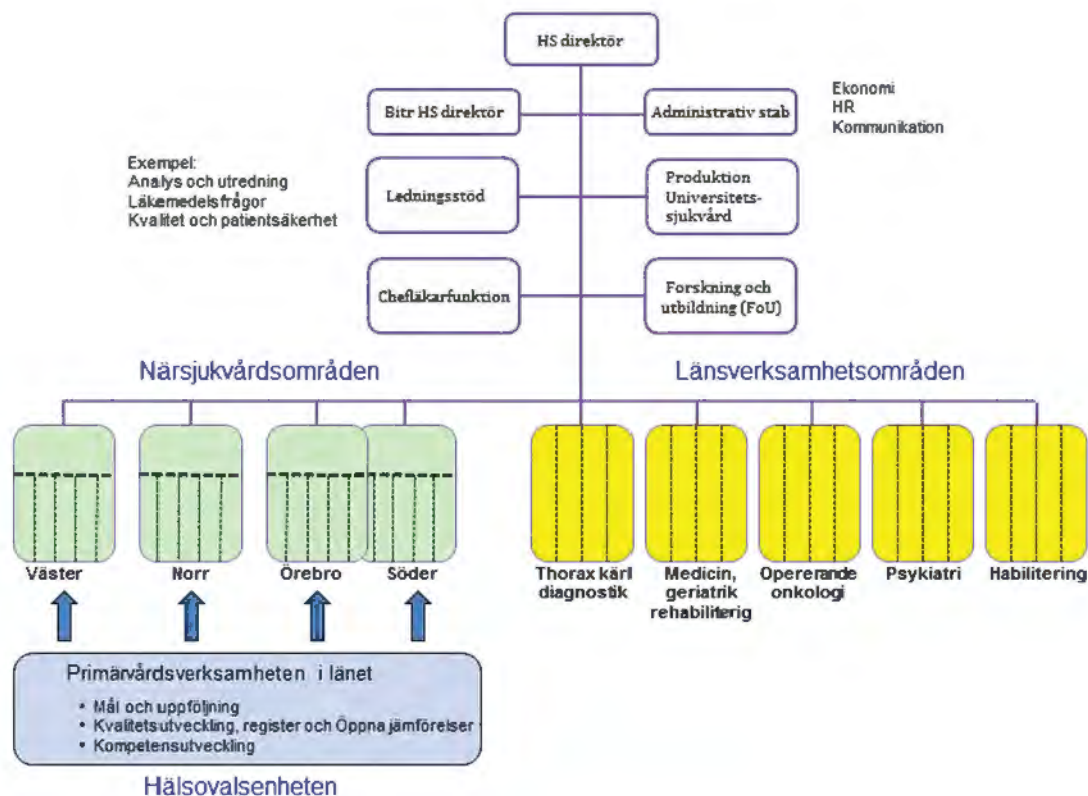
Landstingsdirektörens förslag – utgångspunkter och inriktning**En tydlig organisation och ledning**

Hälso- och sjukvårdsorganisationen ska organiseras så att det blir lättare utveckla processer i vården och att skapa värden för patienterna. Ytterst handlar det om att forma bästa möjliga förutsättningar för värdeskapande möten mellan sjukvårdens medarbetare och patienter, brukare och studenter.

Chefer och medarbetare har ett stort ansvar när det gäller att se till att mötena motsvarar förväntningarna. Förväntningar i form smidig access, delaktighet, råd och åtgärder enligt bästa evidens, ett gott bemötande och utökad kunskap.

I den nya hälso- och sjukvårdsorganisationen blir chefsrollen tydligare, både när det gäller linjeansvar och processansvar. I linjeansvaret ingår att skapa värden med hjälp av tillgängliga resurser i form av kompetens och materiella resurser. I processansvaret ingår att skapa värde genom samverkan med andra chefer och aktörer. I linjechefens uppdrag ingår att balansera dessa ibland motstridiga uppgifter, så att det samlade värdet blir så stort som möjligt.

Organisation av närsjukvård och länsverksamhetsområden



I allt väsentligt handlar förslagen om ett förtydligande av organisation och ledning och styrning av hälso- och sjukvården. Ett ökat fokus på kunskapsstyrning och en tydligare chefsroll där både linjeansvar och processansvar lyfts fram. Syftet är att det ska bli lättare att omvandla professionernas expertkunskap i praktisk handling när beslutsvägarna blir tydligare och verksamhetsmässiga resultat blir centrala för uppföljning och återkoppling. Ett samordnat ansvar för produktion underlättas och det blir lättare att införa nya metoder och ta del av tekniska landvinningar och utfasningen av icke verkningsfulla åtgärder underlättas. Det blir lättare att samarbeta med omgivande kommuner och universitet.